

GACETA SANITARIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

ISSN: 0213-9111

XXXIV REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y XI CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGIA

Epidemiología para la salud en todas las políticas

Sevilla, 14-16 de septiembre de 2016



XXXIV REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y XI CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGIA

**Epidemiología para la salud
en todas las políticas**

Sevilla, 14-16 de septiembre de 2016

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA

Presidente

Esteve Fernández Muñoz

Vicepresidenta

Carmen Vives Cases

Secretario

Juan Pablo Alonso

Vocales

Jose M. Mayoral Cortés

Ana M. Novoa

Elena Vanessa Martínez

Eva María Navarrete

JUNTA DIRECTIVA DE LA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGIA

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente

Jorge Manuel Torgal Dias Garcia

Vice-Presidente

Cristina Maria Moreira Furtado

Secretário

Elisabete Conceição Pereira Ramos

DIRECÇÃO

Presidente

José Henrique Dias Pinto Barros

Vice-Presidente

Carla Maria Moura Lopes

Tesoureiro

Marta Sofia Ferreira Pereira

Vogal

Paulo Jorge Morais Zamith

Vogal

Ana Paula Mecheiro Martins

CONSELHO FISCAL

Presidente

José Manuel Pereira Miguel

Relator

José Manuel Campelo Calheiros

Secretário

Ricardo Filipe Barreiros Mexia

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidentes

José María Mayoral Cortés

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Soledad Márquez Calderón

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Vocales / Vocaís

Nuria Aragonés Sanz

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III

Amaia Bacigalupe de la Hera

Universidad del País Vasco

Fernando G. Benavides

Universidad Pompeu Fabra

Pere Godoy García

Departamento de Salud de Lleida, Unidad de Vigilancia Epidemiológica

Ricardo Ocaña Riola

Escuela Andaluza de Salud Pública

María José Rabanaque Hernández

Universidad de Zaragoza, Unidad de Medicina Preventiva

Alberto Ruano Raviña

Universidad de Santiago de Compostela

Dolores Salas Trejo

Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana

Elisabete Ramos

Instituto de Saude Publica da Universidad do Porto

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Juan Ramón Lacalle Remigio

Universidad de Sevilla

Vocales / Vocaís

Elena Baños Álvarez

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Silvia Calzón Fernández

Servicio Andaluz de Salud

Xurxo Hervada Vidal

Conselleria de Sanidade, Xunta de Galicia

José María Mayoral Cortés

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Carmen Montaña Remacha

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Blanca del Rocío Botello Díaz

Servicio Andaluz de Salud

Ángel Vilches Arenas

Universidad de Sevilla

REVISORES EXTERNOS

Abreu, Sandra
Agudelo Suárez, Andrés Alonso
Aguilar Elena, Raúl
Aguilar Palacio, Isabel
Alarcón Rodríguez, Raquel
Almagro Nievas, Diego
Álvarez Carmona, José Luis
Álvarez León, Eva Elisa
Alves, Elisabete
Alves Pinto, Antonio Germane
Ameijide Sánchez, Alberto
Amezcu Prieto, Carmen
Andrade, Carmen
Antero Sousa Machado, Maria de Fátima
Araújo, Joana
Araújo Lopes Elias, Maria Fátima
Aurrekoetxea, Juan J.
Ayala García, Alba
Ayuso Álvarez, Ana
Azevedo, Ana
Baños Álvarez, Elena
Barranco Chamorro, Inmaculada
Barros, Henrique
Bascur Castillo, Carolina
Benachi Sandoval, Narly
Bennasar Veny, Miguel
Bezerra de Souza, Dyego Leandro
Borja Cabrera, Gulnara Patricia
Braceras Izaguirre, Leire
Bueno Marí, Rubén
Cabral, María
Caffaro Rovira, Mercedes
Caicoya, Martin
Calheiros, José
Calvo Quiros, Otto Antonio
Camacho, Tania
Camarena-Ojinaga, Lourdes
Carlos Chillerón, Silvia
Carmona Díaz-Velarde, Joaquín
Carmona Torres, Juan Manuel
Carnicer-Pont, Dolores
Carrasco Garrido, Pilar
Carrasco-Portiño, Mercedes
Carretero Ares, José Luis
Carrión Ribas, Carme
Carvalho, Isabelle
Casado Buesa, Marina Itziar
Castañeda Porras, Oneida
Castellares, Carol
Castrillejo Pérez, Daniel
Castro, Sybelle de Souza
Cavero Carbonell, Clara
Chalabe, Ana María del Carmen
Chicote Aylagas, Noelia
Chorén Freire, María Jesús
Cirera Suárez, Lluís
Conde Vicente, Rosa

Cornejo Ovalle, Marco
Costa, Ana
Costa, Andreia
Cuevas, Óscar
Dávila Batista, Verónica
De la Rosa Eduardo, Rosanna
Denis Medeiros Mascarenhas, Marcio
Denise Silva da, Silveira
Díaz Franco, Asunción
Díaz Jiménez, Julio
Díaz Olalla, José Manuel
Drumond, Eliane
Duran Jordà, Xavier
Durão, Catarina
Ederra Sanz, María
Elizondo López de Landache, Isabel
Escribá Agüir, Vicenta
Esteban Peña, Mercedes
Fagundes de Souza, Elizabethe Cristina
Faria de Moura Villela, Edlaine
Farias, Norma
Faubel Cava, Raquel
Fayos Fernández, Ana
Felicio Magalhães, Maria Sonia
Félix Lana, Francisco Carlos
Fernández Cabrera, Mariana (Marieta)
Fernández Villa, Tania
Ferrari de Lima, Dartel
Ferreira Lemos, Everton
Ferreira Maia Fontes, Filipa
Ferro, Ana
Figueroa, Carmen
Flores, Thaynã Ramos Flores
Flores Bienert, María Dolores
Forné, Carles
Fraga, Sílvia
Franky Rojas, Mabel Patricia
Galeano, Rosa Alicia
Gandarillas Grande, Ana María
García Carrasco, Emely
García Marco, Alba
García Martínez, Montse
García Pérez, Javier
García Vicente, Sergio
Garriga, César
Gavrila Chervase, Diana
Gil-Borrelli, Christian
Giménez Tebar, José Luis
Godoy García, Pere
Goicoechea Sáez, Mercedes
Gomes, José Hermínio
Gómez Rubio, Paulina
Gómez-Besteiro, María Inmaculada
Gomez-La-Rotta, Ehidee Isabel
Gonçalves Leite, Isabel Cristina
Gonçalves Soares, Ana Luiza
González Cuello, Ana

González de Paz, Luis
González Hidalgo, Catalina
González López, José Rafael
González Pérez, Guillermo Julián
González Rabago, Yolanda
Grau Cano, Jaume
Guevara, Marcela
Gutiérrez Aguirre, Óscar
Henriques, Ana
Hernández Díaz, Rogelio
Hernández-García, Ignacio
Herrador Ortiz, Zaida
Herrera López, Astrid Berena
Jaramillo-Mejía, Marta Cecilia
Jerez Roig, Javier
Jiménez Mejías, Eladio
Jiménez Serranía, María Isabel
Jornalo Freire Pinto, Isabel Cristina
Juárez, Sol
Justich Zabala, Pablo
Kawa, Helia
Laredo Aguilera, José Alberto
Laserna, Marcelo Emilio
Latasa Zamalloa, Pello
Librero López, Julián
Lima Serrano, Marta
Lima-Rodríguez, Joaquín Salvador
Llorens Ivorra, Cristóbal
Lopes, Carla
López Márquez, María Reyes
López Ruiz, María
López Villegas, Antonio
Luengo Corbacho, Alisenda
Luque Fernández, Miguel Ángel
Machado, Isis
Machado-Rodrigues, Aristides
Malo Fumanal, Sara
Martín López, Juliana Ester
Martín Ruiz, Eva
Martínez Cuenca, Silvia
Martínez Hernández, Adrián
Martínez Moure, Olga
Martínez Ochoa, Eva María
Martínez Ruiz, Virginia
Martínez-Baz, Iván
Martos López, Antonio
Maure Rico, Mónica
Maza, Yanina
Mendes, Vânia
Meneses Gomez, Edwin Jaritzon
Mesas, Arthur
Mexia, Ricardo
Miravet Valenciano, José
Molina de la Torre, Antonio José
Molina Linde, Juan Máximo
Molina Montes, Esther
Monge Corella, Susana
Mónico, Lisete S.
Monjardino, Teresa
Montaño Remacha, Carmen
Morais, Samantha

Morales Illanes, Gladys
Morales Salcedo, Inés Sofía
Morales Suárez-Varela, María
Moreno Díaz, Jesús Francisco
Morrison, Joana
Mosquera Gordillo, Miguel Armando
Murta-Nascimento, Cristiane
Nascimento Monteiro, Camila
Noguer Zambrano, Isabel
Nunes, Baltazar
Nunes, Bruno
Ocampos Ojeda, Sandra
Olariu, Elena
Oliveira, Carla
Oliveira, Pedro
Oliveira Friestino, Jane Kelly
Ollé Espluga, Laia
Onieva García, María Ángeles
Ortiz Barreda, Gaby
Ortiz Moncada, María del Rocío
Pajaro Cantillo, Duban Enrique
Parker, Lucy Anne
Parra Calderón, Carlos Luis
Paz Zulueta, María
Peleteiro, Bárbara
Penido Matozinhos, Fernanda
Pereira, Carlos
Pereyra Zamora, Pamela
Pérez Castro, Teresa Rosalía
Pérez Ciordia, Ignacio
Pérez Sanjuan, María Emilia
Pérez Vicente, Sabina
Pinto, Elisabete
Pinto Barbosa, Sara
Plana Ripoll, Oleguer
Plaza Espuña, Isabel
Portillo Villares, María Isabel
Povedano Montes, Araceli
Prats Viedma, Blanca
Pruneda González, Laura
Puig Plana, María Pilar
Pulido Fuentes, Montserrat
Quiles Gómez, Inmaculada
Ramiro González, María D.
Ravara, Sofía
Reques Sastre, Laura
Respaldiza Salas, María de las Nieves
Reviriego, Eva
Ribeiro, Ana Isabel
Rivas García, Francisco
Rivas Pérez, Ana Isabel
Rivas Ruiz, Francisco
Rodríguez Blanco, María Jesús
Rodríguez Rieiro, Cristina
Rodríguez Suárez, Marta María
Rogers, Heather L.
Ruiz-Canela, Miguel
Sáez Zafra, Marc
Salamendy, Lorena
Samorinha, Catarina
Sánchez Ruiz, Emilia

Sanclemente Angrino, Katherine
Sanine, Patricia Rodrigues
Sans Menéndez, Susana
Santiuste de Pablos, Carmen
Santos, Joana
Santos, Maria Paula
Santos, Susana
Sanvisens Bergé, Arantza
Sanz Barbero, Belén
Segura, Omar
Seixas, Rui
Silva, Susana
Simões, Daniela
Slaoui Berezak, Nabil
Soares dos Reis Aguiar, Bárbara Andreia
Sousa Louro da Cruz, Carlota Zenaide
Stolses Bergamo Francisco, Priscila Maria
Tamayo Fonseca, Nayara
Teixeira Afonso Rodrigues, António Duarte
Thumé, Elaine

Toledo Atucha, Estefanía
Torres Butrón, Elisa
Torres Meza, Víctor Manuel
Tuells, José
Ubalde López, Mònica
Valencia Martín, Raquel
Valera Gran, Desirée
Vargas Naranjo, Socrates
Vasconcelos Alho, Ana Margarida
Vaz-Fernandes, Paula
Velasquez Melendez, Gustavo
Vicente Cemborain, Esther
Vilela, Sofia
Vilhena, Estela
Villar-Vidal, María
Werlinger, Fabiola
Yang Lai, Rosa María
Zamora Cervantes, Alberto
Zangiacomi Martinez, Edson
Zaragoza Martí, Ana

Sumario

XXXIV REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y XI CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGIA

Epidemiología para la salud en todas las políticas

Sevilla, 14-16 de septiembre de 2016

PRESENTACIÓN	1
INFORME DEL COMITÉ CIENTÍFICO	2
PROGRAMA CIENTÍFICO	7
MIÉRCOLES, 14 DE SEPTIEMBRE	
MESAS ESPONTÁNEAS	
ME01. El reto de la cronicidad en salud pública: de la caracterización a la intervención	16
ME02. La enfermedad por el virus Zika: vigilancia y riesgo de transmisión autóctona en España	20
ME03. Alcohol y salud pública	22
COMUNICACIONES ORALES	
CO01. Brotes epidémicos (I)	26
CO02. Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías (I)	30
CO03. Desigualdades en salud	34
CO04. Lesiones por causas externas	38
CO05. Cáncer (I)	42
CO06. Nutrición y alimentación	46
SESIÓN DE PÓSTERS	
CP01. Vigilancia epidemiológica (I)	49
CP02. Evaluación en salud pública	54
CP03. Salud ambiental	58
CP04. Salud sexual y reproductiva	62
MESAS ESPONTÁNEAS	
ME04. Efectividad de la vacuna antigripal	66
ME05. Biometría	69
COMUNICACIONES ORALES	
CO07. Vigilancia epidemiológica (I)	71
CO08. Salud de las personas ancianas	75
CO09. VIH-Sida	79
CO10. Cribados	83
CO11. Enfermedades cardiovasculares	87

SESIÓN DE PÓSTERS

CP05. Brotes epidémicos (I)	90
CP06. Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías (I)	96
CP07. Enfermedades crónicas	101
CP08. Calidad de vida relacionada con la salud	106

MESAS ESPONTÁNEAS

ME06. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y prestaciones del SNS: avances metodológicos	110
ME07. Poniendo la evaluación de impacto en salud en práctica	112

COMUNICACIONES ORALES

CO12. Vigilancia epidemiológica (II)	115
CO13. Tabaco	119
CO14. Mortalidad	123
CO15. Obesidad y diabetes	127
CO16. Violencia	131
CO17. Calidad de vida relacionada con la salud	135

SESIÓN DE PÓSTERS

CP09. Vigilancia epidemiológica (II)	139
CP10. Cáncer (I)	144
CP11. Desigualdades en salud	149
CP12. Políticas de salud pública	154

JUEVES, 15 DE SEPTIEMBRE

MESAS ESPONTÁNEAS

ME08. Mesa Manel Nebot: Investigación para la prevención y control del tabaquismo	160
ME09. La estadística y las ciencias de la salud: un entendimiento necesario	164
ME10. Innovaciones para la mejora de los estudios de contactos en tuberculosis	166

COMUNICACIONES ORALES

CO18. Género y salud	168
CO19. Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías (II)	172
CO20. Brotes epidémicos (II)	176
CO21. Salud urbana	180
CO22. Salud mental	183

SESIÓN DE PÓSTERS

CP13. Vigilancia epidemiológica (III)	187
CP14. Promoción y educación para la salud	191
CP15. Salud infantil y juvenil	196
CP16. Salud laboral	201

MESAS ESPONTÁNEAS

ME11. Retos en el uso de datos basados en historia clínica informatizada ("real world data") para estudios epidemiológicos y fármaco-epidemiológicos	204
ME12. Determinantes sociales de la salud	207

COMUNICACIONES ORALES

CO23. Vigilancia epidemiológica (III)	210
CO24. Salud ambiental	214
CO25. Políticas de salud pública	218
CO26. Hábitos de vida relacionados con la salud	221
CO27. Metodología	225
CO28. Enfermedades raras	229

SESIÓN DE PÓSTERS

CP17. Vigilancia epidemiológica (IV)	233
CP18. Cáncer (II)	239
CP19. Alcohol, tabaco y drogodependencias	244
CP20. Tuberculosis	250

MESAS ESPONTÁNEAS

ME13. La violencia de odio como problema emergente de salud pública. Respuesta del sector salud	255
ME14. Logros y límites de la epidemiología molecular en la investigación de brotes	258

COMUNICACIONES ORALES

CO29. Vigilancia epidemiológica (IV)	262
CO30. Cáncer (II)	265
CO31. Crisis económica, crisis social y salud	269
CO32. Evaluación en salud pública	273
CO33. Salud laboral	277
CO34. Sistemas de información sanitarios y en salud pública	281
CO35. Vacunas (I)	284

SESIÓN DE PÓSTERS

CP21. Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías (II)	288
CP22. Hábitos de vida relacionados con la salud	294
CP23. VIH-Sida	299
CP24. Mortalidad	304

VIERNES, 16 DE SEPTIEMBRE

MESAS ESPONTÁNEAS

ME15. Retos y oportunidades de la investigación sobre la salud de la población inmigrante en España	307
ME16. Cancro em Portugal/Cáncer en España	310
ME17. Proyecto RELAS: la salud en todas las políticas en los gobiernos locales de Andalucía	312

COMUNICACIONES ORALES

CO36. Vigilancia epidemiológica (V)	315
CO37. Salud infantil y juvenil	318
CO38. Promoción y educación para la salud	322
CO39. Salud sexual y reproductiva	324
CO40. Enfermedades crónicas	328
CO41. Vacunas (II)	332

SESIÓN DE PÓSTERS

CP25. Brotes epidémicos (II)	336
CP26. Enfermedades cardiovasculares	342
CP27. Salud mental	346
CP28. Salud bucodental	348
CP29. Lesiones por causas externas	351

ÍNDICE DE AUTORES

354

Presentación

La ciudad de Sevilla acoge a la XXXIV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología y el XI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, entre los días 14 y 16 de septiembre de 2016. Todas las personas e instituciones que participamos en su organización esperamos que el lema de la reunión suponga un gran estímulo para debatir cómo podemos contribuir a que ciencia y política dejen de ser silos aislados. Si avanzamos hacia esta meta –que la epidemiología tenga una mayor incidencia en las decisiones sobre las políticas que afectan a la salud–, los que participamos en esta reunión habremos logrado un gran objetivo.

En este propósito nos acompañan dos aliados, que son imprescindibles para que esta reunión tenga lugar. Por un lado, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que apoya institucionalmente el desarrollo de este encuentro. Por otro lado, la Universidad de Sevilla, que cede los espacios y contribuye a proporcionar el oportuno apoyo logístico para que esta reunión se pueda celebrar.

Trabajar por la salud en todas las políticas supone que, de forma clara y contundente, abogemos activamente para que los determinantes sociales de la salud tengan un protagonismo real, tanto en nuestras actividades investigadoras como en las actuaciones para mejorar la salud de la población. También requiere que nos esforcemos por llevar la bandera de la salud a las esferas de la planificación política, que hasta ahora hemos sentido lejanas desde la salud pública, promoviendo alianzas y objetivos comunes entre sectores a menudo poco conocidos. Es un gran desafío, que hay que acometer con ilusión.

El interés que ha despertado esta reunión científica se ha traducido en que se van a discutir casi 900 comunicaciones, que recogen los resultados de trabajos realizados en el ámbito de la epidemiología y la salud pública. Además se van a desarrollar 17 mesas espontáneas sobre diferentes problemas y temáticas, lo que da idea del gran dinamismo de las dos sociedades organizadoras.

La oferta del congreso se ha adaptado para crear espacios en los que haya una reflexión crítica sobre las barreras que debe superar la estrategia de la salud en todas las políticas. También será interesante la discusión sobre el papel de la epidemiología para avanzar en su desarrollo. Para ello necesitamos la colaboración de todos/as los/as que, desde diferentes ámbitos y disciplinas profesionales, hemos ido construyendo, a lo largo de los años, una concepción amplia e integradora tanto del concepto de salud como del de epidemiología. Todo ello quedará reflejado, con toda seguridad, en las aportaciones que juntos hagamos en esta reunión.

¡Esperamos que todos y todas disfrutéis de esta reunión!

Juan Ramón Lacalle Remigio
Presidente del Comité Organizador

José María Mayoral Cortés
Copresidente del Comité Científico

Soledad Márquez Calderón
Copresidenta del Comité Científico

Informe del Comité Científico

Una nueva y brillante «cosecha» epidemiológica

Este año 2016, la XXXIV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) se celebrará en Sevilla y se organiza conjuntamente con el XI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE). El lema de la reunión, «Epidemiología para la salud en todas las políticas», quiere poner el foco, una vez más, en un reto que no es pequeño: acercar ciencia y política, lanzar nexos entre ambas y generar confluencias que permitan que las políticas que afectan a la salud y a sus determinantes tengan verdaderamente en cuenta el mejor conocimiento disponible. Al tiempo, el reto está también en acercar ese conocimiento desde la epidemiología al ámbito de la toma de decisiones.

La sede del congreso, cedida por la Universidad de Sevilla, es la Facultad de Medicina. Como en los últimos años, en los que se vienen utilizando espacios de instituciones académicas públicas para los congresos de la SEE, las fechas vienen condicionadas por la necesidad de utilizar la sede antes de que comience el periodo lectivo: este año nuestra reunión científica se celebrará del 14 al 16 de septiembre.

En el desarrollo del programa, el Comité Científico ha tenido en cuenta la *Guía de organización de reuniones científicas de la SEE*¹ y la experiencia de las reuniones de los últimos años²⁻⁴. Así, el programa científico, como viene siendo habitual, tiene una gran parte de los espacios dedicados a la presentación de comunicaciones y mesas espontáneas propuestas por los/as socios/as (es decir, un contenido temático decidido en gran medida por las personas que participan en la reunión científica), manteniendo al mismo tiempo una actividad plenaria cada día, como espacio compartido de reflexión en temas de actualidad y ligados al lema del congreso. Como particularidad, este año, además de las conferencias inaugural y de clausura, se ha juzgado de interés realizar dos mesas redondas, que serán consideradas como sesiones semiplenarias.

Asimismo, como en reuniones previas, el congreso presenta muy diversas áreas temáticas, diversidad que refleja los múltiples ámbitos de trabajo donde se desarrolla la labor epidemiológica y de salud pública.

A continuación, como Comité Científico, detallamos las particularidades en las comunicaciones recibidas, describimos el proceso de evaluación e informamos de otras actividades realizadas en esta reunión científica.

Método

El Comité Científico (CC) de la XXXIV Reunión Científica de la SEE y XI Congresso da APE se constituyó en julio de 2015. En la reunión de Santiago, en septiembre de 2015, se presentó la reunión de Sevilla y el lema elegido, «Epidemiología para la salud en todas las políticas», que ha sido la guía principal para la configuración de las sesiones plenarias.

La secretaría técnica que ha prestado apoyo en la preparación del congreso ha sido Geyseco, que ha aportado la experiencia de su labor en las reuniones anteriores. Asimismo, se ha trabajado conjuntamente

con el Comité Organizador (CO) y se ha contado con la guía y apoyo de la Junta Directiva de la SEE y de los presidentes de los Comités Organizador y Científico del congreso de Santiago de Compostela de 2015.

El CC ha trabajado fundamentalmente a través de correo electrónico, con una única reunión presencial. En la primera fase se utilizó además un foro de internet, que facilitó la configuración de las sesiones plenarias (conferencias y mesas invitadas), la discusión sobre los criterios de evaluación de las comunicaciones y otros temas que requerían debate entre los miembros del CC. La reunión presencial se celebró en Sevilla, en la Facultad de Medicina, el 7 de junio de 2016, una vez finalizada la evaluación de las comunicaciones. En ella se trabajó fundamentalmente en la agrupación de las comunicaciones en sesiones orales y de póster, quedando así el programa cerrado.

Evaluación de las comunicaciones

El plazo de envío de las comunicaciones finalizó el 31 de enero para la evaluación exprés y el 31 de marzo para el resto de las comunicaciones y propuestas de mesas espontáneas. Se utilizó el gestor de la SEE para el envío de comunicaciones, así como para su evaluación. Se solicitaba a autores y autoras que eligiesen la modalidad de presentación preferida (oral, póster, indiferente) y que asignasen la comunicación a un máximo de tres áreas temáticas de una lista de 50 áreas establecidas previamente por el CC.

Las personas interesadas en participar en el proceso de evaluación externa pudieron inscribirse hasta el 31 de enero. Se contó con 306 evaluadores/as, que identificaron entre una y cinco áreas temáticas en las que podían valorar comunicaciones. Las áreas con mayor número de evaluadores/as fueron desigualdades en salud, vigilancia epidemiológica, brotes epidémicos, nutrición, obesidad, promoción de salud y metodología.

Una vez concluido el plazo de recepción de las comunicaciones, las 50 áreas temáticas se repartieron entre los miembros del CC teniendo en cuenta el perfil de cada uno y procurando hacer un reparto equilibrado de las comunicaciones. La persona del CC responsable de cada área asignó sus comunicaciones a dos personas evaluadoras a través del gestor. Cada evaluador/a dispuso aproximadamente de un plazo de 2 semanas para evaluar, con un máximo de 20 comunicaciones. Cada miembro del CC se encargó de revisar las evaluaciones realizadas por los/as evaluadores/as y de resolver los casos en que hubo discrepancias en sus áreas temáticas.

En este congreso se utilizaron los criterios de evaluación de las últimas reuniones de la SEE para las comunicaciones estructuradas²⁻⁴ y de la reunión de 2015 para las no estructuradas² (modalidad que se admitió por primera vez en 2015). En ambos casos el rango de la puntuación total era de 0 a 12 puntos (tabla 1). El único cambio respecto al año anterior fue en el reparto de los puntos entre dos criterios en las comunicaciones estructuradas (se pasó de una puntuación máxima de 2 a 3 en metodología y de 3 a 2 en innovación).

Tabla 1

Criterios de evaluación de las comunicaciones. XXXIV Reunión Científica de la SEE y XI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, Sevilla, 2016

Criterios para comunicaciones estructuradas	Puntuación
1. Objetivos alcanzables y formulados con claridad	0-1
2. Diseño y metodología del estudio adecuados a los objetivos y bien descritos/diseño de la experiencia innovadora adecuado para conseguir el objetivo propuesto (plausibilidad de lograr el efecto deseado)	0-3
3. Presentación clara de los resultados del estudio/características de la experiencia innovadora (actividades, recursos, proceso) relatadas con claridad y evaluación adecuada	0-2
4. Conclusiones/recomendaciones	0-2
5. Relevancia del tema	0-2
6. Innovación	0-2
Total	0-12
Criterios para comunicaciones no estructuradas	Puntuación
1. Descripción, utilidad y capacidad de aplicación de la experiencia o del desarrollo metodológico a otros contextos	0-5
2. Conclusiones/recomendaciones	0-2
3. Relevancia del tema	0-2
4. Innovación	0-3
Total	0-12

El CC decidió poner como punto de corte para aceptar una comunicación una puntuación de 5,5. Para identificar las discrepancias, el criterio principal fue la diferencia de puntuación entre las dos personas que realizaron la evaluación. Dado que la magnitud de dicha diferencia no es igualmente importante en todos los casos, se tuvo en cuenta también un segundo criterio: la evaluación media entre las dos evaluaciones realizadas. Así, en las comunicaciones con puntuación media menor de 5,5, se consideró discrepancia cualquier diferencia entre evaluadores/as mayor de 1 punto. En las comunicaciones con puntuación media entre 5,5 y 8, se consideraron discrepantes aquellas con una diferencia mayor de 3 puntos y en las que tuvieron una puntuación media por encima de 8, solo se consideró discrepancia si la diferencia fue superior a 6 puntos. Los miembros del CC volvieron a evaluar las comunicaciones con evaluaciones discrepantes, considerándose su puntuación como la definitiva. Para las comunicaciones no discrepantes, la puntuación final se calculó como la media de las dos notas dadas por las personas evaluadoras. El CC volvió a evaluar también los casos de comunicaciones no aceptadas en que el/la autor/a solicitó revisión.

Resultados

Actividades plenarias: conferencia inaugural, clausura y mesas de debate

El CC decidió dedicar tres espacios horarios (uno por cada día del congreso) a las actividades plenarias, siguiendo el mismo modelo que el congreso de 2015²: conferencia inaugural (miércoles), conferencia de clausura (viernes) y mesa redonda (jueves). Dado que entre las propuestas que se debatieron había dos temas de mucho interés como posibles mesas redondas, se decidió finalmente realizar las dos y considerarlas como semiplenarias.

Como se ha comentado anteriormente, la guía principal para realizar propuestas y decidir entre ellas ha sido el lema del congreso. Además, se ha buscado elegir temas que están en el foco de interés de la mayoría de las personas dedicadas a la epidemiología y salud pública, por la actualidad de los mismos.

Tanto la conferencia inaugural como la de clausura son centrales al lema del congreso. La conferencia inaugural, «How politics makes us sick: political epidemiology», está a cargo de la profesora Clare Bambra, directora del Centre for Health and Inequalities Research (CHIR) y profesora de Salud Pública en la Universidad de Durham (Reino Unido). La conferencia de clausura, «Calidad de las instituciones e intereses en juego en el desarrollo de la salud en todas las po-

líticas» será impartida por Ildefonso Hernández Aguado, catedrático de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández y presidente saliente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

Las dos mesas redondas que compartirán el espacio plenario del jueves versarán sobre dos temas de actual interés. Una de ellas pone el énfasis en la metodología y en las aportaciones de la epidemiología: «Información epidemiológica para el desarrollo de la estrategia de salud en todas las políticas. Experiencias actuales en España». La otra se centra en una de las crisis humanitarias y de derechos humanos más importantes de los últimos años y que necesariamente concierne a los y las profesionales de la salud pública: «Procesos migratorios forzados, implicaciones para la salud pública y retos para la salud en todas las políticas en Europa».

«Tapas con gurús»

Las personas invitadas a la actividad de «Tapas con gurús» este año son Elia Díez, Iñaki Galán, Carla Lopes y Carlos Álvarez-Dardet.

Mesas espontáneas

La contribución de las mesas espontáneas en el programa científico de los congresos de la SEE es indiscutible. Siguiendo la línea de las anteriores reuniones científicas, se ha facilitado la presentación de estas mesas. A través del formulario específico del gestor de la web, se recibieron 19 propuestas de mesas espontáneas de comunicaciones. Una de las propuestas se canceló directamente porque no llevaba asociada ninguna comunicación. Otra se rechazó por tener un número insuficiente de comunicaciones, que fueron asignadas a sesiones ordinarias. Finalmente, se aceptaron para su inclusión en el programa del congreso 17 mesas espontáneas que tenían entre cinco y 11 comunicaciones, que siguieron el mismo proceso de evaluación que las demás comunicaciones presentadas.

Además, se recibieron cuatro iniciativas de mesas de ponencias, todas ellas autofinanciadas, que en el programa hemos denominado como «mesas temáticas» para diferenciarlas de las mesas espontáneas de comunicaciones. Estas mesas temáticas han sido propuestas y organizadas por la Dirección General de Tráfico, la Secretaría General de Salud Pública y Consumo de Andalucía, el equipo editorial de GACETA SANITARIA y el grupo de trabajo de nutrición de la SEE.

Comunicaciones

Se recibieron 930 comunicaciones (tras la eliminación de los duplicados). De ellas, 29 (3,1%) solicitaron evaluación exprés y 131 (14%) pertenecían a propuestas de mesas espontáneas. Tras la evaluación externa de los resúmenes, fue necesario reevaluar 126 comunicaciones por discrepancia entre sus dos puntuaciones.

De las 930 comunicaciones recibidas, cinco fueron eliminadas por los propios autores durante o tras el proceso de evaluación, quedando así 925 comunicaciones. De ellas se rechazaron 45 (4,8%), que tuvieron una puntuación final inferior a 5,5. Esta tasa de rechazo es superior a la de las dos reuniones previas^{2,3} (en torno al 2%), debido a un punto de corte algo más alto este año (5,5 en la escala de 12). En un caso, se pidió a los autores de dos comunicaciones presentadas en una mesa espontánea que las fusionaran, al ser resultados de un mismo estudio que podían unificarse sin perder información. De esta forma, se aceptaron finalmente 879 comunicaciones.

Características de las comunicaciones aceptadas

De las 879 comunicaciones aceptadas, 849 (97%) fueron estructuradas y 30 (3%) no estructuradas. De ellas, 742 (84%) estaban en español, 75 (9%) en portugués y 62 (7%) en inglés. Un 14% (123 comunicaciones) formaba parte de mesas espontáneas y el resto (756) se

distribuyó en sesiones ordinarias de comunicaciones (orales y de póster).

La distribución entre sesiones orales y de póster se realizó procurando respetar en lo posible las preferencias de los/as autores/as en cuanto a la forma de exposición y procurando el máximo número posible de sesiones orales que permitía el espacio del congreso. Hay que tener en cuenta que la distribución de las comunicaciones también estuvo condicionada por el área temática, dado que en algunas áreas no había suficientes comunicaciones para hacer una sesión oral y otra de póster, por lo que solo pudo hacerse una sesión de póster, sin poder tener en cuenta la puntuación recibida. Finalmente, se asignaron 403 comunicaciones a sesiones ordinarias de comunicaciones orales y 353 a sesiones de póster.

La puntuación media de las comunicaciones aceptadas fue de 8,1, con una desviación estándar (DE) de 1,7. En la tabla 2 se presentan las puntuaciones según la forma de presentación y en las comunicaciones rechazadas. Cabe destacar que la puntuación media de las comunicaciones orales no ligadas a mesas espontáneas fue algo superior (9) a las de estas (8,4).

Según la procedencia del autor o autora que presenta la comunicación, el 80% (702) de las comunicaciones aceptadas fueron de España (tabla 3) y algo más de la mitad de estas (52%) procedían de cuatro comunidades autónomas: Madrid (157), Andalucía (153), Cataluña (148) y Valencia (87). Andalucía, al ser este año la comunidad organizadora del congreso, ha aumentado de forma importante el número de comunicaciones presentadas respecto a años previos, más del doble que en la reunión científica de 2015 en Santiago (72)². No hubo comunicaciones de Extremadura, de Cantabria ni de la ciudad autónoma de Ceuta.

El segundo país en cuanto al número de comunicaciones aceptadas fue Portugal, como cabía esperar, al ser el congreso conjunto con la APE, con 57 comunicaciones aceptadas (3,6% del total). También es muy reseñable la participación de países de América Latina, que suman un total de 105 comunicaciones aceptadas (11,9%), entre los que destacan Brasil, Colombia y Chile.

La distribución de las comunicaciones aceptadas en función del área temática elegida como primera opción y la forma de presentación se detalla en la tabla 4. A pesar de que hay algunas diferencias del listado de áreas temáticas entre un año y otro, el área con mayor número de comunicaciones viene siendo siempre la de vigilancia epidemiológica, este año con 94 comunicaciones (10,7% del total). Las siguientes áreas con mayor número de comunicaciones han sido brotes epidémicos y crisis de salud pública (5,6%), cáncer (5,5%), gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías (4,7%), desigualdades en salud (3,9%), salud ambiental (3,4%) y tuberculosis (3,3%).

Organización de las sesiones

Las 879 comunicaciones se organizaron para su presentación en 87 sesiones: 41 orales, 29 de póster y 17 mesas espontáneas. Estas 87 sesiones más las cuatro mesas temáticas comparten espacios y horarios en el programa.

Tabla 2

Puntuación de las comunicaciones recibidas (escala 0-12). XXXIV Reunión Científica de la SEE y XI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, Sevilla, 2016

Tipo de comunicación	N.º	Media	DE	Mínimo	Máximo
Mesa espontánea	123	8,4	1,5	5,5	11,5
Oral	403	9,0	1,0	5,5	11,75
Póster	353	7,4	1,4	5,5	11,25
Fusión de comunicaciones*	1	-	-	-	-
Rechazada	45	4,3	0,8	2,25	5,25
Total	925	8,1	1,7	2,25	11,75

DE: desviación estándar.

* Una comunicación perdida por fusión de dos comunicaciones solicitada a los autores.

La mayoría de las sesiones orales, con un espacio de 2 horas, incluyen 10 comunicaciones, lo que ha permitido asignar a cada comunicación un tiempo de 12 minutos (incluyendo tiempo de preguntas). La mayoría de las sesiones de carteles electrónicos (24) son también de 2 horas de duración, con un número de comunicaciones entre 10 y 15, si bien cinco de las sesiones de carteles tuvieron menos de 10 comunicaciones y dispondrán de un tiempo menor. El tiempo asignado a la exposición de las comunicaciones en formato póster ha sido de 8 minutos (incluyendo tiempo de preguntas).

La selección de moderadores y moderadoras ha sido realizada por el Comité Científico entre las personas inscritas al congreso, teniendo en cuenta la experiencia profesional en las diferentes áreas temáticas de las sesiones de las comunicaciones y procurando dar participación a personas jóvenes. En las sesiones con tres o más comunicaciones en portugués, se asignaron dos moderadores/as: una persona de habla española y otra de habla portuguesa.

Premios y ayudas

Como en reuniones anteriores de la SEE, este año se han convocado diversos premios, que pretenden ser un reconocimiento a los mejores trabajos presentados en el congreso. Asimismo, la SEE ha convocado también este año las ayudas para la asistencia a la reunión científica, dirigidas a personas en formación e investigadores jóvenes y cuyo número se ha incrementado este año hasta 30 becas. Las bases completas de todas estas convocatorias están disponibles en la página web de la reunión científica.

Entre los premios dirigidos a personas jóvenes cabe destacar el Premio SEE-CIBERESP, que va dirigido a las 10 mejores comunicaciones presentadas por personas menores de 36 años (como primer/a firman-

Tabla 3

Distribución de las comunicaciones aceptadas por país y comunidad autónoma (en el caso de España) del autor o autora que presenta la comunicación. XXXIV Reunión Científica de la SEE y XI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, Sevilla, 2016

País Comunidad autónoma	Frecuencia	%
España	702	79,9
Madrid	157	17,9
Andalucía	153	17,4
Cataluña	148	16,8
Comunidad Valenciana	87	9,9
País Vasco	32	3,6
Castilla León	28	3,2
Galicia	27	3,1
Castilla-La Mancha	14	1,6
Murcia	13	1,5
Navarra	13	1,5
Asturias	10	1,1
Aragón	9	1,0
Canarias	5	0,6
Baleares	3	0,3
Melilla	2	0,2
La Rioja	1	0,1
Portugal	57	6,5
Brasil	49	5,6
Colombia	24	2,7
Chile	14	1,6
México	9	1,0
Noruega	6	0,7
Paraguay	5	0,6
Alemania	3	0,3
Ecuador	2	0,2
Estados Unidos	2	0,2
Albania	1	0,1
Argentina	1	0,1
Bélgica	1	0,1
Italia	1	0,1
Marruecos	1	0,1
Perú	1	0,1
Total	879	100

Tabla 4

Distribución de las comunicaciones aceptadas por área temática elegida como primera opción. XXXIV Reunión Científica de la SEE y XI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, Sevilla, 2016

Área temática	N.º	%	Oral	Póster	Mesa espontánea
Actividad física	7	0,8	4	3	-
Alcohol	14	1,6		5	9
Brotos epidémicos y crisis de salud pública	49	5,6	16	24	9
Calidad de vida relacionada con la salud	12	1,4	6	5	1
Cáncer	48	5,5	23	18	7
Cribados	9	1,0	8	1	-
Crisis económica, crisis social y salud	8	0,9	8		
Cuidados en salud	6	0,7	1	4	1
Desigualdades en salud	34	3,9	14	14	6
Diabetes mellitus	9	1,0	3	4	2
Discapacidad y dependencia	4	0,5	1	3	-
Drogodependencias	10	1,1	-	10	-
Enfermedades cardiovasculares	20	2,3	11	5	4
Enfermedades crónicas (otras no especificadas)	25	2,8	12	9	4
Enfermedades infecciosas (otras no especificadas)	17	1,9	2	12	3
Enfermedades raras	13	1,5	10	3	-
Enfermedades respiratorias (EPOC, asma y otras)	10	1,1	1	7	2
Epidemiología genética y molecular	3	0,3	1	1	1
Espacio sociosanitario	3	0,3	1	2	-
Ética en salud pública	1	0,1	1	-	-
Evaluación en salud pública	16	1,8	9	4	3
Farmacoepidemiología	5	0,6	1	3	1
Género y salud	7	0,8	5	1	1
Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías	41	4,7	14	19	8
Intersectorialidad	6	0,7	4	1	1
Lesiones por causas externas	27	3,1	15	8	4
Metodología	25	2,8	11	5	9
Mortalidad	17	1,9	10	7	-
Nutrición y alimentación	17	1,9	11	6	-
Obesidad	8	0,9	3	5	-
Otras áreas	11	1,3	5	5	1
Otros hábitos de vida relacionados con la salud	4	0,5	2	2	-
Participación comunitaria	3	0,3	1	1	1
Políticas de salud pública y políticas sanitarias	18	2,0	4	11	3
Promoción y educación para la salud	21	2,4	11	10	-
Salud ambiental	30	3,4	12	13	5
Salud e inmigración	10	1,1	3	3	4
Salud en las personas ancianas	19	2,2	11	8	-
Salud infantil y juvenil	23	2,6	12	11	-
Salud internacional	3	0,3	2	1	-
Salud laboral	13	1,5	8	5	-
Salud mental	22	2,5	14	8	-
Salud sexual y reproductiva	11	1,3	5	5	1
Salud urbana	9	1,0	4	3	2
Sistemas de información sanitarios y en salud pública	14	1,6	8	5	1
Tabaco	21	2,4	10	2	9
Tuberculosis	29	3,3	-	22	7
Vacunas	20	2,3	11	4	5
Vigilancia epidemiológica	94	10,7	57	30	7
VIH-sida	25	2,8	11	13	1
Violencia de género	8	0,9	6	2	-
Total	879	100	403	353	123

te), que sean socios o socias de la SEE. Este año, como novedad, se ha convocado el primer premio a las mejores comunicaciones presentadas por personas que asisten por primera vez a la reunión anual de la SEE. Otro premio que se puede considerar consolidado en los congresos de la SEE es el Premio Emilio Perea, que otorga la Escuela Andaluza de Salud Pública, que en su VI edición concede un premio y dos accésit a las mejores comunicaciones cuyo/a primer/a firmante sea socio/a de la SEE, tenga más de 35 años y presente el trabajo en el congreso.

Cabe destacar asimismo el Premio SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) a la mejor comunicación

presentada en cada uno de los congresos de las sociedades federadas, como es la SEE. Para la resolución de este premio se han preseleccionado las 20 comunicaciones con puntuación más alta (de 11 o mayor), que han sido valoradas por un jurado designado por la SESPAS, realizando una primera selección y una segunda valoración según la exposición en el congreso.

Asimismo, la Dirección General de Tráfico vuelve a convocar un premio estrenado en la reunión científica de 2015 en Santiago: el premio a la mejor comunicación sobre lesiones por causas externas relacionadas con accidentes de tráfico.

Todos estos premios se entregarán en la cena de clausura del congreso, que se celebrará el 15 de septiembre de 2016. También se hará entrega del premio que otorga la Associação Portuguesa de Epidemiologia.

Actividades precongreso

Se han convocado seis actividades para el día previo al inicio del congreso. Entre ellas, se incluyen los dos ya tradicionales cursos que imparte desde hace varios años el equipo editorial de GACETA SANITARIA: «Cómo escribir y publicar artículos científicos en GACETA SANITARIA y otras revistas» y «Cómo revisar un artículo original y responder a editor y revisores». Además, se convocan cuatro actividades adicionales sobre los siguientes temas: «Identificación y mapeo de activos para la salud», «Análisis gráfico con R», «Cómo hacer mapas para dummies», e «Introducción al network meta-analysis». Finalmente, cabe destacar que el día previo al congreso, se vuelve también a celebrar la reunión anual del CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Comentarios finales

La situación de crisis económica continúa, con las consiguientes dificultades para obtener patrocinios que ayuden a financiar las actividades profesionales y de investigación, como es el caso de este congreso. Sin embargo, y como contrapartida, el número de comunicaciones alcanzado pone de manifiesto un importante esfuerzo de la comunidad epidemiológica por mantener su asistencia y apoyo económico a través de las inscripciones a nuestra reunión científica anual, al tiempo que constituye una manifestación de la riqueza y vitalidad de la SEE. Se sigue también consolidando la colaboración con la APE y la presencia internacional, destacando la participación de profesionales procedentes de Latinoamérica.

El Comité Científico quiere agradecer su esfuerzo a todas las personas que han hecho este congreso, participando de muy diversas maneras. Hay que empezar necesariamente con un agradecimiento al rector de la Universidad de Sevilla y al decano de la Facultad de Medicina (a su vez, presidente del Comité Organizador). Este congreso es viable gracias a la cesión de los espacios e infraestructura de la Facultad de Medicina y todas las facilidades que la Universidad ha dado para su organización, lo que ha permitido una reducción importante de costes para el presupuesto propio del congreso. Igualmente importante ha sido la participación en la organización de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Salud de Andalucía y su ayuda en la difusión del congreso entre los y las profesionales de la salud pública andaluza. Agradecemos asimismo el patrocinio de la Dirección General de Tráfico y su participación en actividades científicas del congreso.

Gracias a todas las personas que aportaron su trabajo en la evaluación de las comunicaciones. A todas las que enviaron el resultado de su trabajo profesional y científico como comunicaciones y a las que elaboraron las propuestas de mesas espontáneas y temáticas. A las personas que contribuyen con sus ponencias y conferencias en las sesiones plenarias. A las que han propuesto y organizado la oferta formativa del día precongreso. A las que amablemente aceptaron realizar la moderación de las mesas y sesiones. Todas ellas han hecho

posible la configuración de un programa de calidad e interés científico. Gracias a los profesionales de Geyseco, que han sido una ayuda inestimable en el apoyo como secretaría técnica para la gestión de las comunicaciones.

Gracias a todas las organizaciones que han prestado su apoyo de diversas formas, incluidas las que han facilitado las inscripciones y asistencia de sus profesionales al congreso. Y por último, pero no menos importante, gracias a los presidentes de la SEE y la APE por la confianza depositada en todas las personas que formamos parte del Comité Científico y a la Junta Directiva de la SEE por su cercanía y haber estado ahí siempre que ha sido necesario.

Hemos puesto mucha ilusión y trabajo en la configuración del programa científico. Ahora nuestra esperanza es que cumpla vues-

tras expectativas, que podáis disfrutar el congreso, compartir conocimientos y experiencias, aprender, debatir con pasión. Sevilla es un buen sitio también para cultivar la amistad. Aquí os esperamos.

Bibliografía

1. Del Amo J, Ballester F, Borrell C, Brugal T, De Mata Donado J, Doreste J, et al. Guía de organización de reuniones científicas de la Sociedad Española de Epidemiología. 2015, noviembre. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología.
2. XXXIII Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Informe del Comité Científico. Gac Sanit. 2015;29(Espec Congr):2-5.
3. XXXII Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Informe del Comité Científico. Gac Sanit. 2014;28(Espec Congr):2-5.
4. XXXI Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Informe del Comité Científico. Gac Sanit. 2013;27(Espec Congr 2):2-5.

XXXIV REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y XI CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGIA

Epidemiología para la salud en todas las políticas

Sevilla, 14-16 de septiembre de 2016

PROGRAMA CIENTÍFICO

Martes, 13 de septiembre

10:30-19:30 h CURSO PRECONGRESO 1

Cómo escribir y publicar artículos científicos en GACETA SANITARIA y otras revistas

Coordinador:

Alberto Ruano Raviña (Universidad de Santiago de Compostela)

Ponentes:

Alberto Ruano Raviña* (Universidad de Santiago de Compostela)

Clara Bermúdez* (Escuela Andaluza de Salud Pública)

M^a José López* (Agència de Salut Pública de Barcelona)

*Editores de GACETA SANITARIA

13:00-20:30 h CURSO PRECONGRESO 2

Cómo revisar un artículo original y cómo responder a editor y revisores

Coordinador:

Pere Godoy Garcia (Generalitat de Catalunya)

Ponentes:

Pere Godoy Garcia* (Generalitat de Catalunya)

M^a Felicitas Berjón* (Comunidad de Madrid)

Miguel Ángel Negrín Hernández* (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)

*Editores de GACETA SANITARIA

15:30-19:30 h CURSO PRECONGRESO 3

Cómo hacer mapas para dummies

Profesora:

Diana Gómez-Barroso (Instituto de Salud Carlos III, Madrid)

11:00-17:30 h CURSO PRECONGRESO 4**Análisis gráfico con R***Profesores:*

Emilio Sánchez-Cantalejo Ramírez (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Pablo Sánchez Villegas (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Carlos Martín Pérez (Escuela Andaluza de Salud Pública)

15:00-20:00 h CURSO PRECONGRESO 5**Identificación y mapeo de activos para la salud***Profesores:*

Mariano Hernán García (Profesor de Salud Pública, Escuela Andaluza de Salud Pública, Junta de Andalucía)

Javier Gállego Diéguez (Jefe de Sección de Educación para la Salud, Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón)

16:30-18:30 h CURSO PRECONGRESO 6**Introducción al *network* metaanálisis (NMA). Realización de NMA con NETMETAXL**

Organización: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

Profesora:

Laila Abdel-Kader Martín (Doctora en Farmacia, Farmacéutica Adjunta en la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia Hospitalaria del Hospital Virgen del Rocío, Servicio Andaluz de Salud)

10:30-17:30 h ACTIVIDADES PRECONGRESO**Reunión Anual del CIBER de Epidemiología y Salud Pública**

Miércoles, 14 de septiembre

08:00-09:00 h ACREDITACIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN**09:00-10:30 h MESA ESPONTÁNEA****ME02 La enfermedad por el virus Zika: vigilancia y riesgo de transmisión autóctona en España***Coordina y modera:*

Pere Godoy Garcia

09:00-11:00 h MESAS ESPONTÁNEAS**ME01 El reto de la cronicidad en salud pública: de la caracterización a la intervención***Coordinan y moderan:*

Maria João Forjaz y Antonio Sarria Santamera

ME03 Alcohol y salud pública*Coordinan:*

José Lorenzo Valencia Martín y Joan Ramón Villalbí Heterer

Modera:

Francisco J. Babín Vich (Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas)

09:00-11:00 h COMUNICACIONES ORALES

- CO01 Brotes epidémicos (I)**
- CO02 Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías (I)**
- CO03 Desigualdades en salud**
- CO04 Lesiones por causas externas**
- CO05 Cáncer (I)**
- CO06 Nutrición y alimentación**

09:00-11:00 h CARTELES ELECTRÓNICOS

- CP01 Vigilancia epidemiológica (I)**
- CP02 Evaluación en salud pública**
- CP03 Salud ambiental**
- CP04 Salud sexual y reproductiva**

11:00-11:30 h PAUSA-CAFÉ**11:30-13:00 h CONFERENCIA INAUGURAL****How politics makes us sick: political epidemiology***Presentadora:*

Carmen Vives Cases (Profesora de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante)

Ponente:

Clare Bambra (Professor of Public Health Geography; Director, Centre for Health and Inequalities Research [CHIR]; Associate Director, Fuse: The UKCRC Centre for Translational Research in Public Health; Department of Geography, Durham University, U.K.)

13:00-14:30 h COMIDA. TAPAS Y GURÚS**Tapas y gurús 1: Salud: en todas las políticas, en toda la ciudad, en todos los barrios**

Elia Díez David (Agència de Salut Pública de Barcelona)

Tapas y gurús 2: Factores individuales y contextuales de las enfermedades crónicas. Consideraciones en la práctica de la salud pública

Iñaki Galán (Científico Titular, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III)

14:30-15:00 h INAUGURACIÓN**15:00-16:30 MESA TEMÁTICA****MT01 Experiencias en el desarrollo de la estrategia de salud en todas las políticas. Nivel autonómico y nacional***Moderador:*

Alberto Fernández Ajuria (Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada)

*Ponentes:***Experiencia en la Región Norte de Portugal**

Antonio Pimenta Marinho (Presidente de la Administración Regional de Salud del Norte de Portugal)

Regulación y desarrollo de procedimientos para la evaluación del impacto en salud en la Comunitat Valenciana

Ana María García García (Directora General de Salud Pública, País Valenciano)

Experiencia en el País Vasco

Miren Dorronsoro (Directora General de Salud Pública, País Vasco)

La estrategia de STP: IV Plan Andaluz de Salud. Su provincialización

Josefa Ruiz Fernández (Secretaria General de Salud Pública y Consumo de Andalucía)

15:00-16:30 h MESA ESPONTÁNEA**ME05 Biometría***Coordina y modera:*

Miguel Ángel Martínez Beneito

15:00-17:00 h MESA ESPONTÁNEA**ME04 Efectividad de la vacuna antigripal***Coordinan y moderan:*

Ángela Domínguez y Vicente Martín

15:00-17:00 h COMUNICACIONES ORALES**CO07 Vigilancia epidemiológica (I)****CO08 Salud de las personas ancianas****CO09 VIH-Sida****CO10 Cribados****CO11 Enfermedades cardiovasculares****15:00-17:00 h CARTELES ELECTRÓNICOS****CP05 Brotes epidémicos (I)****CP06 Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías (I)****CP07 Enfermedades crónicas****CP08 Calidad de vida relacionada con la salud****15:00-18:45 h REUNIÓN****Reunión Grupo de Trabajo sobre Alcohol****17:00-17:15 h Descanso****17:15-18:45 h MESA TEMÁTICA****MT02 Investigación para mejorar GACETA SANITARIA***Moderador:*

Carlos Álvarez Dardet (Grupo de Salud Pública, Universidad de Alicante, CIBERESP)

*Ponentes:***¿Se pueden predecir las citas bibliográficas en GACETA SANITARIA?**

Alberto Ruano (Área de Medicina Preventiva, Universidad de Santiago de Compostela, CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP)

Revisiones externas en GACETA SANITARIA: ¿contamos contigo?

Maria Felicitas Domínguez-Berjón (Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid)

Datos de utilización online de GACETA SANITARIA

Miguel Ángel Negrín (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)

Nueva blogosfera de GACETA SANITARIA

Clara Bermúdez-Tamayo (Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP)

17:15-18:45 h MESAS ESPONTÁNEAS**ME06 Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y prestaciones del SNS: avances metodológicos***Coordinan y moderan:*

Sandra García Armesto y Pedro Serrano Aguilar

ME07 Poniendo la evaluación de impacto en salud en práctica*Coordinan y moderan:*

José Vela Ríos y Alberto Fernández Ajuria

17:15-19:15 h COMUNICACIONES ORALES**CO12 Vigilancia epidemiológica (II)****CO13 Tabaco****CO14 Mortalidad****CO15 Obesidad y diabetes****CO16 Violencia****CO17 Calidad de vida relacionada con la salud****17:15-19:15 h CARTELES ELECTRÓNICOS****CP09 Vigilancia epidemiológica (II)****CP10 Cáncer (I)****CP11 Desigualdades en salud****CP12 Políticas de salud pública****19:30-20:30 h ASAMBLEAS****Asamblea de la Sociedad Española de Epidemiología****Assembleia Geral da APE e Entrega do Prémio Melhor Publicação - edição de 2015**

Jueves, 15 de septiembre

08:00-09:00 h ACREDITACIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN**09:00-11:00 h MESA TEMÁTICA****MT03 Investigación e innovación para la prevención de los accidentes de tráfico y las lesiones asociadas***Modera:*

Juan Carlos González Luque (Subdirector Adjunto de Investigación, DGT)

*Ponentes:***Análisis del cumplimiento efectivo de la legislación viaria y detección de factores de riesgo de la transgresión reiterada de las normas de tráfico en España**

Fernando Miró Llinares (Universidad Miguel Hernández)

Fatiga al volante: mejorar la seguridad vial mediante la prevención de los accidentes debidos a la fatiga: biomarcadores oculares como índices objetivos de fatiga

Leandro Luigi Di Stasi (Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento [CIMCYC] de la Universidad de Granada)

Isócronas dinámicas de calidad de servicio para la planificación de actuaciones de atención al accidentado: indicadores de precocidad y riesgo

Javier Otamendi Fernández de la Puebla (Universidad Rey Juan Carlos)

09:00-10:30 h MESA ESPONTÁNEA**ME09 La estadística y las ciencias de la salud: un entendimiento necesario***Coordinan y moderan:*

Sabina Pérez Vicente y Juan Manuel Praena Fernández

09:00-11:00 h MESAS ESPONTÁNEAS**ME08 Mesa Manel Nebot: Investigación para la prevención y control del tabaquismo***Coordinan y moderan:*

Cristina Martínez Martínez y Xisca Sureda Llull

ME10 Innovaciones para la mejora de los estudios de contactos en tuberculosis*Coordinan y moderan:*

Juan José Fornovi Vives y Porfirio Marín Martínez

09:00-11:00 h COMUNICACIONES ORALES**CO18 Género y salud****CO19 Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías (II)****CO20 Brotes epidémicos (II)****CO21 Salud urbana****CO22 Salud mental****09:00-11:00 h CARTELES ELECTRÓNICOS****CP13 Vigilancia epidemiológica (III)****CP14 Promoción y educación para la salud****CP15 Salud infantil y juvenil****CP16 Salud laboral****11:00-11:30 h PAUSA-CAFÉ****09:00-11:00 h MESA TEMÁTICA****MT04 Industria alimentaria e investigación epidemiológica***Moderadores:*

Jesús Vioque (Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Miguel Hernández)

Adonina Tardón (Titular Universidad, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo)

Ponentes:

Ascensión Marcos (Directora del Grupo de Inmunonutrición, Departamento de Metabolismo y Nutrición, Instituto de Ciencia y Tecnología de los Alimentos y Nutrición [ICTAN], Consejo Superior de Investigaciones Científicas [CSIC], Madrid)

Napoleón Pérez Farinós (Estrategia NAOS, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición)

Miguel Ángel Martínez (Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra)

Dora Romaguera (Instituto de Investigación Sanitaria de Palma [IdISPa], Hospital Universitario Son Espases, Research Unit I-1, Palma de Mallorca)

11:30-13:00 MESA ESPONTÁNEA**ME11 Retos en el uso de datos basados en historia clínica informatizada ("real world data") para estudios epidemiológicos y fármaco-epidemiológicos***Coordina y modera:*

Bonaventura Bolívar

11:30-13:30 MESA ESPONTÁNEA**ME12 Determinantes sociales de la salud***Coordinan y moderan:*

Ignacio Duque Rodríguez y Maica Rodríguez-Sanz

11:30-13:30 h COMUNICACIONES ORALES**CO23 Vigilancia epidemiológica (III)****CO24 Salud ambiental****CO25 Políticas de salud pública****CO26 Hábitos de vida relacionados con la salud****CO27 Metodología****CO28 Enfermedades raras****11:30-13:30 h CARTELES ELECTRÓNICOS****CP17 Vigilancia epidemiológica (IV)****CP18 Cáncer (II)****CP19 Alcohol, tabaco y drogodependencias****CP20 Tuberculosis****13:30-15:00 h COMIDA. TAPAS Y GURÚS****Tapas y gurús 3: Quando as recomendações colocam em risco a saúde das populações**

Carla Lopes (Faculdade de Medicina/Instituto de Saúde Pública Universidade do Porto)

Tapas y gurús 4: ¿Cómo publicar en GACETA SANITARIA?

Carlos Álvarez-Dardet (Catedrático de Salud Pública de la Universidad de Alicante, Director de GACETA SANITARIA)

13:30-15:00 h REUNIÓN**Reunión Grupo de Trabajo de Nutrición****15:00-17:00 h MESA PLENARIA****Información epidemiológica para el desarrollo de la Estrategia de Salud en Todas las Políticas. Experiencias actuales en España***Modera:*

Nuria Aragonés (Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III)

*Ponentes:***Salud en todas las políticas en Cataluña. El programa PINSAP**

Carmen Cabezas (Subdirectora General de Promoció de la Salut de la Generalitat de Catalunya)

Vigilancia de los determinantes de la salud y de las causas de las causas

Mario Margolles (Observatorio de Salud Pública de Asturias)

Demografía y salud pública. Sistemas de información para el análisis de la salud de la población de la Comunidad de Madrid

Ricard Gènova (Servicio de Informes de Salud y Estudios, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid)

Atlas de Indicadores de Salud y Bienestar Social en Andalucía (AISBI)

Ricardo Ocaña-Riola (Doctor en Ciencias Matemáticas, especialidad de Estadística e Investigación Operativa, Profesor de Estadística, Escuela Andaluza de Salud Pública. Coordinador de DEMAP, Grupo de Investigación en Geografía de la Salud adscrito al Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada)

15:00-17:00 h MESA PLENARIA**Procesos migratorios forzados, implicaciones para la salud pública y retos para la salud en todas las políticas en Europa***Moderador:*

Pere Godoy Garcia (Jefe del Servicio de Vigilancia Epidemiológica de Lleida, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya)

*Ponentes:***Procesos migratorios forzados en Europa: implicaciones y retos en Europa**

Josep Maria Jansà (Centro Europeo de Control de Enfermedades [ECDC])

Procesos migratorios forzados: implicaciones y retos en España

María Jesús Herrera Ceballos (Organización Internacional para las Migraciones [OIM])

Procesos migratorios forzados: experiencias y retos en el trabajo sobre el terreno

Julia García Gozalbes (Médicos Sin Fronteras)

Salud pública global y migración: el papel de la investigación

Antoni Plasencia (Instituto de Salud Global [ISGlobal])

17:00-17:15 h Descanso**17:15-19:15 h MESAS ESPONTÁNEAS****ME13 La violencia de odio como problema emergente de salud pública.****Respuesta del sector salud***Coordina y modera:*

M. Ángeles Rodríguez Arenas

ME14 Logros y límites de la epidemiología molecular en la investigación de brotes*Coordinan y moderan:*

Fernando González Candelas y Juan Carlos Galán Montemayor

17:15-19:15 h COMUNICACIONES ORALES

CO29 Vigilancia epidemiológica (IV)

CO30 Cáncer (II)

CO31 Crisis económica, crisis social y salud

CO32 Evaluación en salud pública

CO33 Salud laboral

CO34 Sistemas de información sanitarios y en salud pública

CO35 Vacunas (I)

17:15-19:15 h CARTELES ELECTRÓNICOS

CP21 Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías (II)

CP22 Hábitos de vida relacionados con la salud

CP23 VIH-Sida

CP24 Mortalidad

21:30 h CENA DEL CONGRESO

Viernes, 16 de septiembre

09:30-11:00 h MESAS ESPONTÁNEAS

ME16 Cancro em Portugal/Cáncer en España

Coordinan y moderan:

Bárbara Peleteiro y Marina Pollán

ME17 Proyecto RELAS: la Salud en Todas las Políticas en los Gobiernos Locales de Andalucía

Coordinan y moderan:

Covadonga Monte Vázquez y Alberto Fernández Ajuria

09:30-11:30 h MESA ESPONTÁNEA

ME15 Retos y oportunidades de la investigación sobre la salud de la población inmigrante en España

Coordinan y moderan:

Jordi Casabona i Barbarà y Elena Ronda Pérez

09:30-11:30 h COMUNICACIONES ORALES

CO36 Vigilancia epidemiológica (V)

CO37 Salud infantil y juvenil

CO38 Promoción y educación para la salud

CO39 Salud sexual y reproductiva

CO40 Enfermedades crónicas

CO41 Vacunas (II)

09:30-10:30 h CARTELES ELECTRÓNICOS

CP27 Salud mental

09:30-11:30 h CARTELES ELECTRÓNICOS

CP25 Brotes epidémicos (II)

CP26 Enfermedades cardiovasculares

CP29 Lesiones por causas externas

10:30-11:30 h CARTELES ELECTRÓNICOS

CP28 Salud bucodental

11:30-12:00 h PAUSA-CAFÉ

12:00-13:15 h CONFERENCIA DE CLAUSURA

Calidad de las instituciones e intereses en juego en el desarrollo de la Salud en Todas las Políticas

Presentadora:

Soledad Márquez Calderón (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía)

Ponente:

Ildefonso Hernández Aguado (Presidente saliente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Miguel Hernández)

13:15-13:30 h CLAUSURA

XXXIV REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y XI CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGIA

Epidemiología para la salud en todas las políticas

Sevilla, 14-16 de septiembre de 2016

MIÉRCOLES, 14 DE SEPTIEMBRE DE 2016

MESAS ESPONTÁNEAS

ME01. El reto de la cronicidad en salud pública: de la caracterización a la intervención

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h
Aula 7

*Coordinan y moderan: Maria João Forjaz
y Antonio Sarría Santamera*

580. INFORMACIÓN CLÍNICA INTEGRADA PARA INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES CRÓNICAS: LA COHORTE EPICHRON

A. Prados, B. Poblador, A. Calderón, A. Gimeno, C. Laguna, L. Gimeno, A. Poncel, F. González

Grupo EpiChron de Investigación en Enfermedades Crónicas, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, IIS Aragón; Servicio Aragonés de Salud; Universidad de Zaragoza; REDISSEC, ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: La información contenida en los diferentes registros asistenciales representa un valioso recurso para la investigación en enfermedades crónicas y multimorbilidad. Sin embargo, en la actualidad está infrautilizada debido principalmente a su fragmentación en diferentes niveles asistenciales, y a la necesidad de un adecuado procesamiento previo para que sea útil y de calidad. Una de las líneas de trabajo de nuestro grupo de investigación consiste en con-

formar una cohorte poblacional de los habitantes de Aragón, uniendo información clínica a nivel de paciente. Este enfoque holístico y longitudinal permitirá conocer la naturaleza de la multimorbilidad crónica, medir su evolución, e investigar sus determinantes.

Métodos: Se ha conformado una cohorte poblacional (Cohorte EpiChron) que integra, a nivel de paciente y de forma anonimizada, información de la población de Aragón (1,3M) contenida en los registros asistenciales públicos de atención primaria, consultas externas, hospitales y de facturación farmacéutica. La cohorte se inició en 2010 y está previsto que se prolongue hasta 2020. La base de datos generada ha sido depurada y procesada a través de distintos trabajos de investigación; contemplando la existencia de valores perdidos y su abordaje estadístico, las duplicidades y ausencia de registros diagnósticos para un mismo paciente, la concordancia entre el registro de diagnósticos y tratamientos específicos, la creación de nuevas variables con mayor utilidad clínica (e.g. comorbilidad concordante/discordante), el mapeo de diagnósticos entre diferentes sistemas de codificación (e.g. CIAP y CIE-9-MC) o la agrupación de enfermedades para facilitar análisis comparativos a nivel internacional (e.g. Expanded Diagnostic Clusters).

Resultados: Entre los trabajos desarrollados destacan: la caracterización de patrones poblacionales de multimorbilidad; la asociación sistemática entre comorbilidades y enfermedades índice como diabetes o demencia; la descripción del uso global de servicios sanitarios en pacientes crónicos en base al tipo de comorbilidad y determinantes sociodemográficos; o la descripción del perfil del paciente con baja adherencia a tratamientos crónicos. Además, el enfoque longitudinal permitirá establecer trayectorias individuales en la evolución de la multimorbilidad y conocer sus determinantes.

Conclusiones/Recomendaciones: La integración de la información clínica y epidemiológica contenida en los distintos registros asistenciales y en la propia historia clínica a nivel de paciente es un requisito y una necesidad apremiante para obtener una visión global de cómo la multimorbilidad crónica está afectando a una población cada vez más envejecida.

333. DISEASE BURDEN MORBIDITY ASSESSMENT, UNA ESCALA DE CARGA DE ENFERMEDAD CENTRADA EN EL PACIENTE

I. Wijers, A. Ayala, C. Rodríguez-Blázquez, A. Rodríguez-Laso, V. Rodríguez-Rodríguez, M.J. Forjaz

Hospital Gregorio Marañón; Instituto de Salud Carlos III (REDISSEC, CIBERNED); Universidad Europea de Madrid; CSIC-Centro de Ciencias Sociales y Humanas.

Antecedentes/Objetivos: A través de la escala Disease Burden Morbidity Assessment (DBMA) los pacientes valoran el impacto de una lista de problemas de salud en las actividades de vida diaria, como medida de gravedad. En este estudio hemos analizado las propiedades métricas de la escala DBMA según el modelo Rasch y la teoría clásica de los tests.

Métodos: Se usó una muestra de 1400 adultos de 50 años o más que participaron en el estudio longitudinal envejecer en España (ELES-Estudio piloto). Se aplicó la DBMA, un cuestionario que pregunta el impacto de varios problemas crónicos de salud sobre las actividades de vida diaria, en una escala de respuesta de 1 (nada) a 5 (mucho). Se analizaron los siguientes atributos métricos: ajuste al modelo Rasch, unidimensionalidad, fiabilidad, funcionamiento diferencial de los ítems (DIF), independencia local de los ítems y adecuación de la escala de respuesta. Una vez obtenidas puntuaciones lineales, se valoraron propiedades psicométricas según la teoría de respuesta al ítem. Se estudió la validez de constructo con una escala de función física, salud percibida (rango: 0-10), depresión (CES-D) y bien estar personal (Personal Wellbeing Index, PWI).

Resultados: La edad media de los participantes fue de 65,5 (desviación típica DT = 10,40) años y 55,36% eran mujeres. Los participantes reportaron un número medio de 2,5 (DT = 2,25) problemas crónicos de salud. Después de recodificar la escala de respuesta, se obtuvo un buen ajuste al modelo, con independencia local, unidimensionalidad aunque fiabilidad baja (Person Separation Index = 0,64). No se observó DIF por sexo, edad, nivel de educación o área de residencia. La medida lineal en una escala de 0-47 presentó una media de 7,32, un efecto suelo de 19,91%, y una correlación de 0,48 con función física, -0,47 con salud percibida, 0,32 con CES-D y -0,24 con el PWI.

Conclusiones/Recomendaciones: El cuestionario DBMA ofrece resultados en una medida lineal, con buena validez interna y de constructo. Permite valorar el impacto de la enfermedad según la perspectiva del paciente, y podrá ser útil para valorar los resultados de intervenciones en pacientes con multimorbilidad.

Financiación: Ministerio de Economía e Innovación, Plan Nacional I-D, Ref: CSO2011-30210-C02-01.

254. SCORE PARA ESTIMAR EL RIESGO DE MORTALIDAD A 30 DÍAS TRAS LA CIRUGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL

N. Torà, M. Pont, I. Arostegui, I. Barrio, J.M. Quintana, M. Baré, Grupo CARESS-CCR

Epidemiología Clínica, Corporació Parc Taulí, REDISSEC; Departamento de Matemática Aplicada, Estadística e Inv. Operativa, Universidad del País Vasco UPV/EHU, REDISSEC; Unidad de Investigación, Hospital Galdakao-Usansolo, REDISSEC.

Antecedentes/Objetivos: Desarrollar y validar un modelo predictivo y crear un score para estimar el riesgo de mortalidad a 30 días (mortalidad operatoria) en la cirugía de cáncer colorrectal.

Métodos: Estudio de cohorte, prospectivo y multicéntrico de 22 hospitales en España. Se incluyeron los pacientes intervenidos consecutivamente por cáncer colorrectal primario invasor entre abril del 2010 y junio del 2012. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas del preoperatorio. La cohorte se dividió aleatoriamente en una muestra de derivación (60%) y otra de validación (40%). Se llevó a

cabo un análisis univariante con la muestra de derivación, y se incluyeron en el modelo de regresión logística múltiple las variables con un p-valor = 0,20 o clínicamente relevantes. El modelo final se creó con aquellas variables significativas ($p < 0,05$) en el modelo múltiple. Se asignó un score para cada categoría de las variables seleccionadas en el modelo, basado en el coeficiente β estimado. A partir del score continuo, se crearon cuatro categorías de riesgo con el paquete CatPredi de R. Se estimó el área bajo la curva ROC (AUC-IC95%) del modelo. Tanto el modelo, el score como el score categorizado fueron validados en la muestra de validación, comparando los AUCs obtenidos mediante el test de DeLong.

Resultados: Se incluyeron 2.749 pacientes, edad media de 68 años. La mortalidad operatoria acumulada a 30 días fue del 1,9%. La edad superior a 80 años, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la intención paliativa de la cirugía, fueron los factores independientes predictores de mortalidad a 30 días. El AUC para la muestra de derivación y validación fueron del 79,1% (IC95% 69,8-88,4) y 81,8% (IC95% 71,9-92,4) respectivamente, sin encontrar diferencias significativas en las AUCs. Mediante la muestra de derivación se obtuvo un score con un rango de 0 a 5 puntos, y se categorizó en cuatro categorías de riesgo: bajo (score = 0; mortalidad = 0,6%), moderado (score = 1-1,5; mortalidad = 2,0%), alto (score = 2,5-3,5; mortalidad = 8,9%) y muy alto (score = 4-5; mortalidad = 23,5%). El AUC para la muestra de derivación y validación utilizando tanto el score continuo como el categorizado mostró un resultado similar a los AUCs obtenidos con las variables del modelo.

Conclusiones/Recomendaciones: Se obtuvo un modelo sencillo con buena capacidad predictiva. El nuevo score puede ser un instrumento útil en la toma de decisiones en la cirugía del cáncer colorrectal.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (PS09/00805; PS09/90441).

807. ORIENTACIÓN DE LOS HOSPITALES AL PACIENTE CRÓNICO: DEFINICIÓN DE INDICADORES Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

N. Robles, M.M. García, J. Escarrabill, J. Espauella, M. Espallargues

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; Hospital Clínic de Barcelona-PDMAR; Consorci Hospitalari de Vic; REDISSEC.

Antecedentes/Objetivos: Un elemento poco estudiado en el marco de la atención a los pacientes crónicos es la calidad de los cuidados ofrecidos durante el proceso asistencial hospitalario. El objetivo del presente trabajo es la definición de un conjunto de indicadores válidos y factibles para evaluar la atención a la cronicidad desde la perspectiva hospitalaria, y la definición operativa de paciente crónico (PC).

Métodos: Para la elección de indicadores se realizó una revisión exhaustiva de la literatura en las principales fuentes de información bibliométricas para identificar indicadores de carga de enfermedad y calidad asistencial que permitan describir la atención hospitalaria ofrecida a los PC. El equipo clínico investigador completó el listado añadiendo indicadores considerados relevantes no identificados en la búsqueda bibliográfica. Se comprobó la factibilidad revisando la disponibilidad de los indicadores en las bases los datos del sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT) El equipo clínico investigador consensuó acotar la definición de PC en función de la edad y las patologías padecidas. Para comprobar la sensibilidad de la definición se implementó un grupo de indicadores calculando las razones de casos observados por esperados en 2014 para cada hospital de agudos de la red pública catalana.

Resultados: La revisión bibliográfica resultó con un total de 145 indicadores, siendo los más repetidos los reingresos, las hospitalizaciones potencialmente evitables y la mortalidad. El equipo clínico añadió, entre otros, indicadores centrados en los tiempos asistenciales e intercon-

sultas. La definición de PC se acotó a pacientes de más de 85 años y/o que padecieran aquellas enfermedades crónicas más prevalentes (insuficiencia congestiva crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes). Se eligieron los indicadores de mortalidad hospitalaria, ingresos urgentes y estancia media para comprobar su comportamiento en función de la definición de PC acordada. Los resultados mostraron que la carga de enfermedad que supusieron estos pacientes en 2014 para los hospitales de agudos oscilaba entre el 15,3% y el 37,8% de las altas, y que los indicadores implementados presentaban un comportamiento bastante homogéneo entre los hospitales.

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque la atención hospitalaria es un aspecto parcial del conjunto de la atención a los crónicos, organizativamente puede ser útil para plantear mejoras en el proceso asistencial (orientación del hospital a la cronicidad, objetivar tendencias, evaluar el impacto de las intervenciones y detectar posibles problemas en éstas).

Financiación: PI15/01773.

463. EFECTO DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA INCIDENCIA DE DIABETES

A. Sarría Santamera, F.J. Prado Galbarro, G. Alemán

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; REDISSEC; Hospital La Princesa.

Antecedentes/Objetivos: La disponibilidad de tiempo en la consulta es uno de los factores más limitantes para poder llevar a cabo actividades de prevención y promoción de la salud en AP. La falta de tiempo es especialmente limitante en el caso del consejo para la modificación de estilos de vida. De hecho, la duración de las consultas debe considerarse un indicador de la calidad en AP. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre presión asistencial en AP e incidencia de diabetes.

Métodos: Se realizó un estudio observacional de seguimiento de una cohorte retrospectiva (1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2010) en los 22 centros de salud del Área 7 de AP de Madrid. Como fuente de datos se ha utilizado la información recogida en de la historia clínica del sistema de información sanitario de AP (OMI-AP). La variable dependiente fue el registro de diagnóstico de diabetes (códigos T89 y T90 de la CIAP-1) en los años 2007 a 2010 o el registro de algún tratamiento para la diabetes (códigos ATC) en los años 2007-2010 en pacientes sin registro de diabetes o tratamientos para la diabetes durante 2006.

Resultados: El análisis de Kaplan-Meier indicó que los pacientes atendidos en centros con más pacientes/día en 2006 tenían una menor supervivencia sin diabetes ($< 31,2$: 47,507; $33,2-33,6$: 47,332 $> 33,6$: 47,187). En el análisis de Cox la presión asistencial mostró un HR = 1,02 (1,01-1,03) ajustado por sexo, edad, visitas al centro de salud, glucemia, hipertensión, obesidad y dislipemia.

Conclusiones/Recomendaciones: Los pacientes atendidos en centros de salud con una mayor presión asistencial, en los que los profesionales tienen que ver más pacientes en su jornada laboral y, por lo tanto, disponen de menos tiempo para cada visita, presentan un mayor riesgo de desarrollar diabetes.

Financiación: RD12/0001/0016.

407. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CONTROL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

A. Galbete, K. Cambra, L. Forga, O. Lecea, M.J. Ariz, M.C. Moreno-Iribas, F. Aizpuru, B. Ibáñez

Navarrabiomed-Fundación Miguel Servet; Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC); IDISNA;

Complejo Hospitalario de Navarra; Dirección Atención Primaria-Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra; Hospital de Txagorritxu, Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

Antecedentes/Objetivos: La prevalencia de diabetes tipo 2 ha aumentado rápidamente a nivel mundial, alcanzando el 8,3% en el año 2015 (Atlas) en población mayor de 20 años. Esta condición crónica está asociada con diferentes complicaciones, causando un aumento en la discapacidad del paciente, con un coste excepcional para el paciente y para la sociedad. Caracterizar los pacientes con diabetes tipo 2 que alcanzan y no alcanzan los objetivos de control descritos en las Guías de Actuación en Atención Primaria y conocer en qué medida el cumplimiento de los mismos está relacionado con determinantes sociales, son pasos necesarios para mejorar las estrategias de intervención.

Métodos: Diseño transversal de base poblacional incluyendo los pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 en ATENEA (CIAP2: T90) a 31 de Mayo de 2013 ($n = 32.638$). Outcomes: Tener valor de HbA1c en los últimos 15 meses, HbA1c = 7%, Tensión Arterial = 140/90 mmHg, LDL = 100 mg/dL y no consumo de tabaco. Análisis estadístico: Ajuste de GLMM con covariables edad, sexo y variables proxy de nivel socioeconómico como nivel de educación y categoría de copago farmacéutico, añadiendo como efecto aleatorio la zona básica de salud (ZBS).

Resultados: El 70,8% de los pacientes tenían una analítica básica que incluía los niveles de HbA1c, y de estos, en el 39,9% no se cumplía el criterio de control glucémico (HbA1c = 7). El riesgo de no cumplir los objetivos de control de HbA1c fue mayor en pacientes con menor nivel de estudios (OR = 1,34; IC95% 1,16-1,55 para pacientes sin estudios primarios vs universitarios). Asimismo, los pacientes en la categoría de copago con ingresos $< 18.000€$ anuales presentaban mayor riesgo de incumplimiento de dicho objetivo de control (OR: 1,17; IC95% 1,08-1,26).

Conclusiones/Recomendaciones: El grado de cumplimiento de los objetivos de control en los pacientes diabéticos está relacionado con su nivel socio-económico. Estos resultados sugieren que intervenciones dirigidas a reducir desigualdades en salud podrían mejorar las tasas de cumplimiento de los objetivos de control.

Financiación: FIS PI15/02196 Fundación CAN 70787 EPICHRONIC REFBIO EFA 237/11 PN de I+D+I 2008-2011 "Subdirección General de Redes y Centros de Investigación Cooperativa". Expediente RD12/0001/0013.

633. FOUR-YEAR INCIDENCE OF DIABETIC RETINOPATHY IN A SPANISH COHORT: THE MADIABETES STUDY

M.A. Salinero-Fort, C. de Burgos-Lunar, F.J. San Andrés-Rebollo, P. Gómez-Campelo

Subdirección General de Investigación de la Consejería de Sanidad de Madrid; Subdirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Madrid; CS Las Calesas, SERMAS; IdiPAZ, Hospital Universitario La Paz.

Antecedentes/Objetivos: Identifying individuals at risk of Diabetic Retinopathy (DR) in order to establish preventive and therapeutic strategies is a highly important public health issue. Objective: To evaluate the incidence of DR in patients with Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM), to identify the risk factors associated and to develop a risk table to predict four-year retinopathy risk.

Métodos: 3,443 T2DM outpatients from 56 primary health care centers (HCC) were selected by simple random sampling by general practitioners ($n = 131$). Data were collected at baseline visit (2007) and annually during 4 years. Patients without an eye examination at baseline were excluded from follow-up ($n = 403$), as those who had been previously diagnosed with DR ($n = 292$), leaving a final sample of 2,748 patients. 343 patients were excluded from the analysis for not having a second eye examination during the follow-up period. We examined DR incidence. The median follow-up period was 48

months. Eye examinations were conducted through dilated pupils with a slit lamp. The stage of DR was based in 4 categories: no retinopathy, non-proliferative DR, proliferative DR and Diabetic Macular Edema. Adjusted hazard ratios and corresponding 95% Confidence Intervals were estimated using an extension of Cox proportional hazards models for time-dependant variables. The analysis of the results with multilevel models was unnecessary (variance between the HCC for the HbA1c being different from zero ($p = 0.34$); CCI = 0.036).

Resultados: The cumulative incidence of DR at four-year follow-up was 8.07% (95%CI = 7.04-9.22) and the incidence density was 2.43 (95%CI = 2.10-2.80) cases per 100 patient-years. The highest adjusted hazard ratios of associated risk factors for incidence of DR were LDL-C > 190 mg/dl (HR = 7.91; 95%CI = 3.39-18.47), T2DM duration > 22 years (HR = 2.00; 95%CI = 1.18-3.39), HbA1c > 8% (HR = 1.90; 95% CI = 1.30-2.77), and aspirin use (HR = 1.65; 95%CI = 1.22-2.24). Microalbuminuria (HR = 1.17; 95% CI = 0.75-1.82) and being female (HR = 1.12; 95% CI = 0.84-1.49) showed a non-significant increase of DR. The greatest risk is observed in females with T2DM > 22 years, microalbuminuria, HbA1c > 8%, hypertension, LDL-Cholesterol > 190 mg/dl and aspirin use (Risk Probability = 98.5%).

Conclusiones/Recomendaciones: The cumulative incidence of DR was relatively low in comparison with other studies. Higher baseline HbA1c, aspirin use, higher LDL-Cholesterol levels, and longer duration of diabetes were the only statistically significant risk factors found for DR incidence. This is the first study to demonstrate an association between aspirin use and DR risk.

Financiación: FIS PI12/01806.

629. EFECTIVIDAD INTERVENCIÓN-EDUCORE EN HIPERTENSOS MAL CONTROLADOS: ENSAYO CLÍNICO POR CONGLOMERADOS

E. Escortell-Mayor, E. Ojeda-Ruiz, I. del Cura-González, I. Rodríguez-Salceda, T. Sanz-Cuesta, M. Rumayor-Zarzuolo, R. Riesgo-Fuertes, S. Garrido-Elustondo, Grupo EDUCORE

Unidad de Apoyo a la Investigación, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Madrid; Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid; Centro de Salud Veredillas, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Madrid; Servicio de Salud Pública Área 2, Dirección General de Salud Pública, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la efectividad de la intervención EDUCORE en pacientes seguidos en atención primaria con HTA mal controlada frente a práctica clínica habitual, para mejorar el control de la tensión arterial (TA) a los 12 meses de seguimiento y analizar si hay variabilidad por centros de salud.

Métodos: Ensayo clínico aleatorio por conglomerados, 22 centros de salud. Pacientes hipertensos de más de 1 año de evolución con mal control (TAS $\geq$ 140 mmHg y/o TAD $\geq$ 90 mmHg), 40-65 años, con consentimiento informado. Intervención EDUCORE (aprendizaje visual basado en el riesgo SCORE) vs práctica habitual. Variables: edad, sexo, tabaco, TAS, TAD, grado de control de la TA, SCORE, bioquímica básica, IMC (Índice de Masa Corporal), tratamiento antihipertensivo y adherencia (Morisky-Green). Visitas: basal y 12 meses. Análisis estadístico: descriptivo, bivalente y estimación de la variabilidad mediante regresión logística multinivel.

Resultados: 451 pacientes, mediana de pacientes reclutados/centro: 17 rama Educare/20 rama control. Visita basal. 52% mujeres; edad media 55 (Desviación Estándar, DE = 7) años, 25% fumador, IMC 31 (DE = 6). SCORE: 16% riesgo alto o muy alto. TAS/TAD: 147 (DE = 11)/90 (DE = 9) mmHg. Un 67% tenía hipercolesterolemia (colesterol medio = 214 (DE = 32) mg/dl). Un 16% no recibía tratamiento antihipertensivo, 44% monoterapia, 40% = 2 fármacos. Subgrupos terapéuticos más prescritos: IECA, Diuréticos, ARA II. Un 19% tomaba hipolipemiantes. Adherencia adecuada al tratamiento 72%. Grupos homogéneos al inicio

(excepto TAD, EDUCORE 91 (DE = 9) mmHg vs control 89 (DE = 8) mmHg [$p = 0,045$] y consumo beta-bloqueantes 18,4% vs 9,7% [$p = 0,011$]). Visita 12m. n = 289. La disminución media a los 12 meses (EDUCORE vs práctica habitual) fue de 16/15 mmHg en la TAS ($p = 0,189$) y de 10/9 mmHg en la TAD ($p = 0,488$) y la diferencia de porcentaje de pacientes bien controlados fue 8% $p = 0,145$. Un 5% de la variabilidad en el grado de control es debida al centro de salud. El Odds Ratio mediano entre centros es 1,60.

Conclusiones/Recomendaciones: El grado de control de la TA mejora en ambos grupos a los 12 meses (posible efecto Hawthorne). La efectividad de la intervención es variable según los centros.

Financiación: ISCIII: FIS PI09/90354.

493. ASPECTOS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LA CRONICIDAD EN CATALUÑA: ANÁLISIS DEL DISCURSO DE PROFESIONALES Y USUARIOS

V. Serra-Sutton, C. Montané, N. Robles, J. Escarrabill, M. Espallargues

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) y CIBERESP; Consultora independiente; AQuAS y REDISSEC; Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo ha sido conocer la opinión y percepción de diferentes actores clave sobre aspectos de mejora en la atención y gestión de la cronicidad a partir de sus discursos.

Métodos: Se seleccionaron por conveniencia 62 profesionales para participar en 3 grupos de discusión teniendo en cuenta sus perfiles académicos, ámbitos geográficos y profesionales (atención primaria, hospitalaria, salud mental, socio-sanitaria, planificación e investigación). Se realizó también un grupo focal con usuarios y cuidadores. Todas las dinámicas de grupo se llevaron con guiones preestablecidos y las sesiones fueron grabadas para su posterior análisis de contenido y del discurso. Se trianguló la información de los 4 grupos generando categorías temáticas y subtemáticas que se consensaron entre dos analistas. El enfoque metodológico fue de carácter cualitativo exploratorio y fenomenológico cuya finalidad fue captar los significados de los discursos de las personas a partir de sus experiencias e interpretación de discursos.

Resultados: Participaron 39 profesionales, la mayoría del ámbito asistencial y gestión, con perfil de medicina familiar y comunitaria o enfermería. Además, participaron 9 usuarios que al menos tenían un problema crónico de salud vinculados a un grupo de ayuda mutua de pacientes expertos. Los profesionales, usuarios y cuidadores consideraron necesario la mejora de los siguientes aspectos: a) la comunicación entre los miembros de un mismo equipo y entre equipos que atienden a un mismo usuario, b) la comunicación y coordinación entre el ámbito sanitario y de servicios sociales, c) la necesidad de integración de sistemas de información y disponibilidad de datos homogéneos, d) la gestión de casos en pacientes crónicos complejos, e) las necesidades formativas de los profesionales y f) las estrategias de apoderamiento de los pacientes. En relación a consideraciones para la evaluación y gestión sanitaria destacaron como relevantes la mejora en la definición de la población diana, la definición de actividades y alcance de los programas para profundizar en su comprensión, así como las dimensiones/atributos a evaluar en estos programas (ej. efectividad, apoderamiento de usuarios).

Conclusiones/Recomendaciones: La comunicación interprofesional, la continuidad de la atención y el apoyo a las familias son aspectos clave a tener en cuenta en la mejora de la gestión y atención a usuarios con problemas crónicos de salud en Cataluña. Deberían tenerse en cuenta estos aspectos en la mejora de programas o modelos de atención en el ámbito de cronicidad.

Financiación: Proyecto comisionado (Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad Cataluña).

ME02. La enfermedad por el virus Zika: vigilancia y riesgo de transmisión autóctona en España

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 h a 10:30 h

Aula 1.2

Coordina y modera: Pere Godoy

865. MICROBIOLOGÍA DEL VIRUS ZIKA

A. Vázquez, F. de Ory Manchón, M.P. Sánchez-Seco

Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III.

El virus Zika (VZIK) pertenece al género *Flavivirus* dentro de la familia *Flaviviridae*. Dentro de este género se encuentran otros importantes patógenos humanos como los virus Dengue, West Nile o Fiebre Amarilla, entre otros. Sin embargo, el virus más similar a VZIK es el virus *Spondweni*. Todos ellos son virus envueltos, con un genoma compuesto por una molécula de ARN de polaridad positiva de unos 11.000 nt que codifica una poliproteína que se procesa dando lugar a tres proteínas estructurales y 7 no estructurales. Pertenecen al grupo de los arbovirus (*ARthropod BORne VIRUS*), es decir, virus transmitidos por mosquitos. Se ha descrito un ciclo selvático en el que primates no humanos actúan como huésped amplificador y uno urbano donde el huésped lo constituye el hombre. El vector son mosquitos del género *Aedes*. El virus fue descrito a mediados del siglo XX. La infección originalmente se consideraba circunscrita a África y Asia. Con anterioridad a la actual introducción del virus en América (2015), se han producido en el presente siglo importantes epidemias: en 2007 en la isla Yap, en Micronesia, de donde se expandió por el sudeste asiático, con epidemias en Camboya (2010), Tailandia (2012-13) y, más recientemente, en la Polinesia francesa (2013-14), Isla de Pascua, las Islas Cook y Nueva Caledonia. En Brasil, se estima en más de un millón y medio las infecciones producidas por el virus, el cual ya se ha extendido a más de 26 países del Continente Americano. Hasta la fecha, se han descrito dos linajes del virus: uno africano y otro asiático, siendo este último el que está causando la epidemia en América y al que se asocian las complicaciones neurológicas y los casos de microcefalia. Se están llevando a cabo diferentes trabajos para poder correlacionar el aumento en los casos de microcefalia y complicaciones neurológicas con la infección por el virus. Además, cada vez con más frecuencia, se están describiendo casos de transmisión sexual. En Europa, el virus actualmente está clasificado como un agente de riesgo biológico 2, aunque esta clasificación es anterior a los últimos descubrimientos sobre sus posibles efectos patogénicos (microcefalias en fetos y síndrome de Guillain-Barré), lo cual podría hacer elevar hasta 3 su clasificación.

926. LA TRANSMISIÓN VECTORIAL DEL VIRUS ZIKA

S. Ruiz, J. Figuerola

Servicio de Control de Mosquitos, Diputación Provincial de Huelva, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBER ESP); Estación Biológica de Doñana, CSIC, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBER ESP).

El virus Zika (VZIK) es un flavivirus, como el virus dengue y fiebre amarilla, entre otros. Es transmitido principalmente por la picadura de mosquitos del género *Aedes*, habiéndose detectado ya en 17 especies de mosquito. El ciclo biológico es similar al de los arbovirus dengue y chikungunya, presentando un ciclo selvático de mantenimiento (entre primates no humanos y mosquitos del género *Aedes*) y un ciclo

urbano (entre humanos y mosquitos de las especies *Aedes aegypti* y/o *Aedes albopictus*). La emergencia del VZIK se ha visto favorecida por la rápida expansión del virus, gracias al transporte de personas infectadas, así como por un aumento en la expansión geográfica de sus principales vectores de transmisión como son *Ae. aegypti* y *Ae. albopictus*. En España *Ae. aegypti* no está presente y el mayor riesgo de transmisión sería debido a la presencia de *Ae. albopictus*. Esta especie se detectó por primera vez en Sant Cugat del Valles en 2004 y desde entonces se ha extendido por toda la Cuenca Mediterránea hasta Andalucía, Islas Baleares y también se ha detectado recientemente en el País Vasco. La cada vez más común emergencia y reemergencia de enfermedades transmitidas por mosquitos, en este caso del virus Zika, pone de manifiesto que debería existir una estrategia común para reducir el riesgo de que se produzcan casos autóctonos o brotes epidémicos. En este sentido, y más allá de las molestias que produce la picadura del mosquito tigre, su expansión en España representa un riesgo sanitario que hace necesaria la adopción de medidas globales para el control de su expansión y la reducción de sus poblaciones.

873. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

M.P. Sánchez-Seco, A. Vázquez, F. de Ory

Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III; Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública, Instituto de Salud Carlos III.

El diagnóstico de laboratorio de virus Zika (VZIK) se realiza por detección directa (aislamiento del virus o detección de alguno de sus componentes), o por serología. El aislamiento no resulta una aproximación práctica, por lo que el diagnóstico directo se lleva a cabo por técnica de reacción en cadena de la polimerasa. Las muestras adecuadas son suero y saliva, donde se detecta hasta el tercer y quinto día de los síntomas, u orina, donde se excreta hasta 20 días; o incluso semen, como se ha documentado en casos de transmisión sexual. Ocasionalmente se ha detectado presencia de virus en suero durante períodos de tiempo relativamente largos. La respuesta de anticuerpos producida por la infección por VZIK se conoce en la actualidad de forma muy limitada: la IgM aparece a partir del tercer día, y la IgG a partir de las 2-3 semanas del comienzo de la enfermedad, aunque hay casos con respuestas atípicas (p. e., respuesta no detectable de IgM). Para detección de anticuerpos existen ensayos de inmunofluorescencia indirecta, o de ELISA que emplean diferentes antígenos del virus, aunque de momento se dispone de poca información sobre su funcionamiento. En cualquier caso, se puede hacer el diagnóstico serológico mediante seroconversión en dos sueros separados 15-20 días, el primero tomado al inicio de síntomas, o mediante detección de IgM específica, desde el tercer día. El VZIK muestra reacción cruzada con otros *Flavivirus*; son frecuentes reactividades heterólogas de anticuerpos que dificultan la caracterización serológica; entre todos estos virus el que más problemas de diagnóstico causa es el virus Dengue (VDEN); ambos producen sintomatología similar y comparten el área de circulación del vector, aparte de la reactividad cruzada que comparten. Por la asociación del VZIK con microcefalia en fetos de madres infectadas durante la gestación, el diagnóstico en embarazadas debe realizarse de forma sensible. Dado que es frecuente la infección asintomática, para el control serológico del embarazo de mujeres que refieren viaje a América, o contacto sexual con un viajero, se debe determinar IgG e IgM frente al virus. Es frecuente obtener patrones que sugieren infección previa (presencia de IgG, ausencia de IgM), debidos a una infección previa por algún VDEN en una estancia anterior en su país (situación muy frecuente en mujeres latinoamericanas) o a una vacunación previa frente a fiebre amarilla. Dadas las potenciales implicaciones teratógenas de la infección por el VZIK durante el embarazo, además de realizarse los controles ecográficos adecuados, se requiere

la confirmación de la infección por el virus, lo que se realiza mediante técnica de neutralización, en aquellos casos con serología positiva.

888. INFECCIÓN CONGÉNITA POR EL VIRUS ZIKA. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE CASOS DE NEONATOS EXPUESTOS Y/O INFECTADOS

E. Velasco, A. Noguera, C. Fortuny

Hospital Materno Infantil Universitari Sant Joan de Déu.

Tras el brote epidémico de infección por virus Zika, y evidenciado el potencial impacto en el desarrollo del sistema nervioso central del feto expuesto a la misma, las gestantes procedentes de áreas afectadas deberán ser objeto de evaluación y estudio. Se recomienda que la gestante expuesta contacte con obstetricia o unidad de referencia (CSUR) de enfermedades importadas. Si se confirma la infección deberá realizarse un seguimiento ecográfico fetal, para control de microcefalia, y otras posibles anomalías cerebrales. En aquellos casos en los que se confirmen anomalías, se comprobará infección fetal mediante PCR en líquido amniótico. En todos los casos de infección materna se debe realizar en el parto estudio histopatológico y microbiológico (PCR) de placenta y cordón. Los neonatos serán evaluados clínicamente y se solicitará una serología (Ig M específica para virus Zika) y determinación del genoma de dicho virus por PCR tanto en sangre como orina. En aquellos recién nacidos (RN) con microcefalia o alteración de la exploración neurológica, se solicitará también una PCR-VZ en líquido cefalorraquídeo. Definición de caso: RN con pruebas microbiológicas positivas (incluidos el LA, placenta y/o sangre de cordón. Seguimiento del RN-Lactante infectado. Tras estudio microbiológico, se recomienda: evaluación clínica (peso, longitud y perímetro craneal), ecografía cerebral; fondo de ojo, evaluación neurológica, potenciales evocados auditivos, EEG, y resonancia magnética nuclear. No existe en la actualidad un tratamiento específico, por lo que se indicará tratamiento sintomático y control por servicios de infectología, oftalmología y neuropediatría. Seguimiento del RN-expuesto pero no infectado: se realizará seguimiento serológico de las IgG frente al virus Zika hasta negativización. Controles periódicos de perímetro cefálico, audición, fondo de ojo y neurodesarrollo. No retirar la lactancia materna.

876. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA EN CATALUÑA

M. Jané, A. Martínez, N. Torner, M. Maresma, M. Martínez, A. Gonce, E. Sulleiro, T. Pumarola, A. Suy,

Grupo de Trabajo de Vigilancia del Virus Zika en Cataluña

Agencia de Salud Pública de Cataluña; CIBER en Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En 2016 la enfermedad por virus Zika se ha incluido entre las arbovirosis vigiladas en Cataluña. A pesar de que la enfermedad no está presente en Europa, el riesgo de emergencia es un hecho debido a su rápida extensión por el continente americano y la expansión del vector en el mundo. El mosquito *Aedes albopictus* (mosquito tigre), que se considera vector competente del virus, está presente en Cataluña desde el verano de 2004. Los objetivos de la vigilancia son detectar precozmente los casos importados y autóctonos para poder establecer las medidas ambientales requeridas y prevenir y controlar la posible aparición de brotes garantizando el correcto manejo de los casos para reducir el riesgo de transmisión, todo ello prestando una especial atención al colectivo con mayor riesgo de complicaciones que son las mujeres embarazadas, por la posibilidad de aparición de malformaciones neurológicas en el recién nacido.

Métodos: Análisis descriptivo de los casos de fiebre por virus Zika notificados a los Servicios de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña desde la puesta en marcha del protocolo de vigilancia, el 1 de enero de 2016, confirmados por los laboratorios de microbiología de soporte a la vigilancia (H. Clínic y H. Vall d'Hebron). Las variables estudiadas fueron sexo, país visitado, embarazo y resultado de laboratorio.

Resultados: Durante el período del 1 de enero al 31 de marzo del 2016, se han registrado 185 sospechas de posible infección por virus Zika en Cataluña. De éstas, un 80% han sido mujeres y el 63,5% de ellas, gestantes (3 no habían viajado a zona epidémica pero sí sus parejas). Los países más frecuentemente visitados fueron Brasil (16,7%), Colombia (15,7%), México (12,9%), Honduras (8,7%), República Dominicana (7%) y Ecuador (6%). Se confirmaron un 16,7% de las sospechas (31 casos), 17 por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y 14 por detección de anticuerpos IgG neutralizantes (NTRL) previa serología IgG y/o IgM positiva. Un 53,1% de los casos eran mujeres y de éstas, el 17,6% (3) eran gestantes.

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha confirmado un porcentaje considerable de los casos sospechosos notificados. Las infecciones por virus transmitidos por picadura de mosquitos que hacen de vectores constituyen un problema de salud pública internacional dada la facilidad y rapidez de difusión a la población lo cual dificulta su control. Es esencial anticiparse y poner en marcha protocolos de actuación, dirigidos con especial énfasis a la población vulnerable.

856. VALORACIÓN DEL RIESGO DE LA TRANSMISIÓN AUTÓCTONA DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA Y ACTUACIONES DESDE LA SALUD PÚBLICA

M.J. Sierra Moros, B. Suárez, L. Reques, A. Sánchez-Gómez, L. García San Miguel, C. Amela, F. Simón

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; TRAGSATEC, Encomienda de Apoyo al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En mayo de 2015 se confirmó la infección por virus Zika en Brasil y desde entonces se ha extendido a la mayoría de los países de América Latina. El 1 de febrero de 2016 la OMS declaró que la situación del Zika constituía una Emergencia de Salud pública de Importancia internacional. En España están presentes los factores de riesgo que hacen posible la transmisión del virus: está ampliamente distribuido un vector competente, hay una continua introducción del virus a partir de viajeros infectados, nuestra población es susceptible y se dan las condiciones ambientales y culturales que facilitan el encuentro entre un caso vírico, el vector y el huésped. *Aedes albopictus*, vector competente, se ha establecido en todo el litoral mediterráneo español, incluidas las Islas Baleares y presenta una rápida expansión. Está presente especialmente en los meses de mayo a noviembre. En 2014 la población residente en España realizó 11.782.715 viajes al extranjero de los que 764.018 fueron a América Latina. Durante 2014 visitaron nuestro país 64.995.275 turistas extranjeros (1.699.965 de América Latina). Del total de turistas extranjeros, más del 70% visitaron comunidades con presencia del vector. Si se introdujera el virus hay que considerar que el turismo interno en España también es elevado, con un total de 139.614.605 desplazamientos, muchos de ellos durante los meses de verano a la costa mediterránea. Existe por tanto un riesgo real de transmisión autóctona, que dependerá de la abundancia del vector en cada lugar y de la afluencia de personas infectadas procedentes de zonas endémicas durante los meses de actividad del vector. Este riesgo estará también influido por la capacidad de detección rápida de los casos importados y la toma de medidas para evitar que estos casos infecten a vectores competentes. La complejidad que con-

diciona la historia natural de las enfermedades transmitidas por vectores supone un reto para la salud pública. Es fundamental disponer de información sobre la presencia de los factores facilitadores en cada lugar, y realizar evaluaciones del riesgo a nivel local para adoptar medidas eficaces. Las medidas de respuesta requieren poner en marcha mecanismos de participación y coordinación de todos los sectores implicados. Esta coordinación debe reflejarse en planes integrales de preparación y respuesta que se desarrollen no sólo a nivel nacional sino también autonómico y local, y que incluyan entre sus objetivos el refuerzo de los sistemas de vigilancia epidemiológica, la implantación o mejora de sistemas de vigilancia y control entomológico, la comunicación de riesgo a la población y su participación y la articulación de mecanismos para la coordinación entre sectores.

ME03. Alcohol y salud pública

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Aula 1.3

Coordinan y moderan: *José Lorenzo Valencia Martín*
y *Joan Ramón Villalbí Hereter*

189. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS EN ADOLESCENTES DE UNA POBLACIÓN MULTICULTURAL (BURELA, LUGO)

A. Díaz Geada, A. Busto Miramontes, L. Moure Rodríguez, F. Caamaño Isorna

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidade de Santiago de Compostela, CIBER-ESP; Departamento de Medicina Preventiva, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO).

Antecedentes/Objetivos: Las desigualdades sociales constituyen un importante determinante de la salud poblacional de las sociedades modernas y juegan un papel crucial en el desarrollo humano. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto del género, etnia e inequidades sociales sobre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes en un contexto multicultural.

Métodos: Se ha llevado a cabo estudio transversal entre los estudiantes de ESO de los institutos de Burela (Lugo). Los alumnos respondieron al cuestionario FRESC (Factors de Risc en Estudants de SeCundària). Las variables independientes consideradas fueron: sexo, edad, nacionalidad y paga semanal. Como variables dependientes para alcohol se consideraron: "¿Has bebido alguna vez medio vaso de una bebida alcohólica?", "¿Tomaste alguna vez más de 4 bebidas alcohólicas en una única ocasión?", "¿Te emborrachaste alguna vez?"; para tabaco: "¿Has fumado alguna vez?"; y para cannabis: "¿Has probado alguna vez la marihuana?". Se generaron modelos de regresión logística multivariante.

Resultados: La proporción de alumnos de 13, 14 y 15 o más años que probaron alcohol alguna vez fue del 27,3%, 47,7% y el 75,9% respectivamente; 53,5% eran autóctonos y 68,6% extranjeros. En cuanto al consumo de alcohol, disponer de más de 10€ a la semana incrementa el riesgo de consumir más de 4 bebidas alcohólicas en una única ocasión (OR = 3,35) así como de emborracharse (OR = 6,45). Además, los alumnos con paga semanal superior a 20€ presentan la mayor probabilidad de haber probado alcohol (OR = 3,05) al igual que aquellos de 15 años o más (OR = 8,61). La proporción de sujetos que han probado el tabaco alcanzó el 1,8%, 7,6% y 17% en los alumnos 13, 14 y 15 o más años respectivamente, siendo el riesgo para estos últimos 11 ve-

ces superior (OR = 11,03). Por último, la proporción de sujetos que han probado el cannabis asciende del 0% a los 13 al 7% a los 15. Al igual que en las restantes variables dependientes consideradas, la mayor disponibilidad de dinero aumenta significativamente el riesgo de haber probado el cannabis (OR = 15,3). Las variables género y etnicidad no han mostrado relación con el consumo de ninguna de las tres drogas consideradas.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados de nuestro estudio muestran que el consumo de alcohol, tabaco y cannabis se incrementa con la edad así como con la mayor disponibilidad económica. Una mejora en la gestión de estos recursos podría reducir el consumo. Por último, los resultados constatan que los alumnos inmigrantes no constituyen un grupo de riesgo y por ello no deben ser estigmatizados.

423. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE BARCELONA (1987-2012)

C. Ariza, X. Continente, A. Pérez, F. Sánchez, M.J. López, A. Espelt, A.M. Guitart, J.R. Villalbí

Agència de Salut Pública de Barcelona; Ciber de Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El consumo de alcohol se inicia en la adolescencia, es especialmente lesivo para las estructuras cerebrales inmaduras de esta etapa y está relacionado con otros problemas de conducta. El objetivo del estudio es describir el consumo de alcohol en adolescentes en 2012 y la tendencia en los últimos 20 años en Barcelona.

Métodos: Estudio de análisis de la tendencia del consumo. Se comparan datos de 8 ediciones de una encuesta sobre "Factores de Riesgo en Estudiantes de Secundaria" (FRESC), realizadas en 2º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Se presentan datos del consumo experimental (haber probado) y problemático (borracheras en los últimos 6 meses) de alcohol en 2012 y se comparan estos datos con los de estudios previos iniciados en 1987, con un total de ocho valores de referencia. Se calcularon los porcentajes de cambio anual mediante regresión Joinpoint y se estratificó por sexo y curso académico.

Resultados: En 2012 el consumo experimental de alcohol en 2º ESO era del 53,6% en los chicos y del 54% en las chicas; y en 4º ESO del 78,7% y 87,4%, respectivamente. En 1987, el consumo experimental era del 76,4% en chicos y del 69,7% en chicas de edad equivalente a 2º ESO, con una disminución media anual del 1% desde 1987 hasta 2012, que es significativa en ambos sexos. En el consumo problemático, en 2012, el 9,5% de los chicos y el 11,8% de las chicas de 2º ESO y el 29% de los chicos y el 42,5% de las chicas de 4º ESO se había emborrachado en los últimos 6 meses. En 2º ESO este porcentaje era del 7,5% en chicos y de 7,6% en chicas en 1987 y en 4º ESO del 30,1% en chicos y del 34,9% en chicas en 1996.

Conclusiones/Recomendaciones: La experimentación con el consumo de alcohol se ha retrasado significativamente entre los adolescentes de Barcelona. A los 15-16 años entre el 30-40% han realizado algún consumo problemático, con tendencia al estancamiento entre los chicos y al alza entre las chicas.

861. CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAS DE 50 A 64 AÑOS ANTES Y DURANTE LA CRISIS ECONÓMICA

A. Espelt, A.E. Kunst, M. Bartroli, L. Sordo, M.C. de Goeij, M.T. Brugal, M. Bosque-Prous

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP; Universitat Autònoma de Barcelona; Consorci Sanitari de Barcelona; AMC Amsterdam.

Antecedentes/Objetivos: Estimar los cambios en la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol y de abstinencia, así como en la media de bebidas consumidas diariamente en personas entre 50 y 64 años antes y durante la crisis económica, y analizar los factores contextuales asociados a los cambios.

Métodos: Estudio transversal basado en las olas 2 (2006) y 5 (2013) de la encuesta del proyecto europeo SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe). La población de estudio fueron 25.479 individuos entre 50 y 64 años de 11 países de Europa (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Italia, Países Bajos, República Checa, Suecia y Suiza). Las variables dependientes fueron el consumo de riesgo de alcohol y la abstinencia. Se consideraron abstemias las personas que no habían consumido alcohol en los últimos 3 meses y consumidoras de riesgo aquellas que bebieron durante el período una media = 2 bebidas diarias en las mujeres y = 3 bebidas diarias en los hombres. A nivel contextual, se incluyó en el análisis el índice de justicia social, como proxy del grado de afectación de la crisis económica por país. Se estimó la prevalencia de consumidores de riesgo de alcohol y de abstemias por país, separando por sexo, así como la media de bebidas consumidas por día entre los bebedores, también por país y las diferencias en el consumo entre 2006 y 2013. Para determinar si el índice se asociaba a los cambios en el consumo, se estimaron modelos de regresión de Poisson multinivel con varianza robusta.

Resultados: En mujeres, no se observaron diferencias en la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol entre 2006 y 2013, mientras que la prevalencia de abstinencia aumentó un 2,9% en el período de estudio (IC95%: 1,3; 4,5). En hombres, se observó una disminución en la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol del 2% (IC95%: -2,9; -1,0), pero un aumento en la prevalencia de abstinencia del 1,5% (IC95%: 0,3; 2,7). La variación encontrada entre los países se explicaba parcialmente por el impacto de la crisis en el país. En hombres, en los países con mayor justicia social (menor impacto de la crisis) las diferencias en el consumo de riesgo de alcohol entre 2006 y 2013 se acentuaron más que en el resto de países: por cada punto que aumentaba el índice, aumentan 1,45 veces las diferencias en la prevalencia entre los períodos.

Conclusiones/Recomendaciones: En Europa, la proporción de abstemias aumentó durante la crisis en hombres y mujeres. Respecto al consumo de riesgo de alcohol, la prevalencia disminuyó en los hombres pero se mantuvo estable en las mujeres. Entre los consumidores de alcohol, disminuyó la media diaria de bebidas consumidas entre 2006 y 2013.

Financiación: Health Strategic Action [PI13/00183]; Red de Trastornos Adictivos [RD12/0028/0018].

355. CONSUMO DE ALCOHOL DECLARADO POR MUJERES EMBARAZADAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN SANITARIA SOBRE SUS EFECTOS EN LA GESTACIÓN

R. Mendoza, O. García-Algar, D. Gómez-Baya, I. Corrales, F. León, R. Medero, E. Morales, M.S. Palacios, C. Rodríguez

Universidad de Huelva; Hospital del Mar; Universidad Loyola-Andalucía; Hospital Universitario Virgen Macarena; Universidad de Sevilla; Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme.

Antecedentes/Objetivos: Se ha ido generando una creciente evidencia de que el consumo de alcohol en la gestación -sin necesidad de que se tenga dependencia del alcohol- puede ser un factor teratogénico de primer orden, con consecuencias perdurables durante todo el ciclo vital. Estos problemas en su expresión más grave se denominan síndrome alcohólico fetal y en conjunto se engloban bajo términos como espectro de trastornos por el alcohol en la gestación. El presente estudio pretende examinar el consumo declarado de alcohol durante la gestación, así como analizar las recomendaciones recibidas por parte de los profesionales sanitarios respecto a la ingestión de alcohol en el embarazo.

Métodos: Se ha realizado un estudio transversal de tipo descriptivo, entrevistando mediante un cuestionario oral (diseñado ad hoc) a una muestra aleatoria de 325 gestantes de 14 a 44 años (M = 31,55, DE = 5,58) que se encuentran aproximadamente en la semana 20ª de gestación, atendidas en un hospital universitario de Sevilla. El cuestionario incluye, además de cuestiones sociodemográficas y de la historia reproductiva, preguntas relativas al consumo actual de alcohol y a la información facilitada al respecto por parte de la matrona, ginecólogo o médico de familia.

Resultados: El 22% de las mujeres embarazadas manifiestan consumir alcohol. Entre las gestantes consumidoras, el 88% afirma realizar 1 o 2 consumiciones en un día de consumo normal; el resto, 3 o 4 o más. Antes del embarazo, sólo el 23,5% no consumían bebidas alcohólicas. En cuanto a las recomendaciones de los profesionales sanitarios que las atienden, el 49% afirma que la matrona no le ha dicho nada sobre el consumo de alcohol en el embarazo (75% en lo que se refiere al ginecólogo y 86%, al médico de familia); de las que sí le han dicho algo al respecto, la recomendación de que no debería beber absolutamente nada de alcohol la han efectuado el 78% de las matronas, el 86% de los ginecólogos y el 84% de los médicos de familia; en el resto de estos profesionales, la recomendación más frecuente ha sido que puede beber excepcionalmente algo de alcohol sin problema.

Conclusiones/Recomendaciones: Aproximadamente una de cada cinco gestantes (en Sevilla) reconoce consumir alcohol durante el embarazo. La postura generalizada entre los profesionales que las atienden es no comentarles nada sobre el consumo de alcohol en la gestación. Estos resultados subrayan la necesidad de reforzar la formación continuada de los profesionales sanitarios en lo que se refiere a la prevención primaria, la detección temprana y la atención temprana del síndrome alcohólico fetal y otros problemas congénitos relacionados con el consumo de alcohol en el embarazo.

570. DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAR EL ENTORNO URBANO EN RELACIÓN CON EL ALCOHOL EN MADRID Y BARCELONA

X. Sureda, J.R. Villalbí, A. Espelt, L. Baranda, A. Cebrecos, L. Moure, S. Fuentes, M. Franco

Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: Existen factores del entorno urbano que influyen en el consumo de alcohol. El objetivo de este trabajo es desarrollar un instrumento para caracterizar la presencia de alcohol en entornos urbanos.

Métodos: El instrumento fue diseñado para caracterizar mediante observación social sistemática los elementos relacionados con el alcohol que puedan ser percibidos en las calles de nuestras ciudades. Un comité de expertos propuso la primera versión del instrumento. Para evaluar si las preguntas capturaban de manera válida el tema objeto de investigación, cuatro observadores entrenados aplicaron el cuestionario en Madrid y Barcelona. Con los resultados obtenidos en la experiencia piloto, se rediseñó el instrumento. La nueva versión fue probada en Madrid en seis rutas de conveniencia dando prioridad a la caracterización de los elementos de interés. El trabajo de campo se llevó a cabo en diferentes días de la semana y horas para comprobar la idoneidad del cuestionario en diferentes situaciones de la vida real relacionados con los consumos de alcohol. El cuestionario se diseñó para ser utilizado tanto en papel como en formato digital, obteniendo con este segundo formato, información georreferenciada.

Resultados: El instrumento final incluye información sobre la presencia de establecimientos de venta sin consumo (supermercados, licorerías...) y establecimientos de venta y consumo de alcohol (bares,

pubs, restaurantes...) así como la publicidad y promoción de alcohol asociada a éstos. Además, el instrumento permite caracterizar otros elementos publicitarios o de patrocinio de alcohol en vía pública, venta y promoción ambulante de alcohol e indicios de consumo de alcohol en vía pública. En las 6 rutas realizadas en Madrid se caracterizaron un total de 32 establecimientos de venta sin consumo, 43 establecimientos de venta y consumo, 28 elementos de promoción y publicidad en vía pública no asociados en a un establecimiento y 29 signos de consumo de alcohol. El acuerdo entre observadores fue alto y las variables en las que hubo discrepancia y alguna información relevante que no estaba cubierta se modificaron para la versión final del instrumento.

Conclusiones/Recomendaciones: El desarrollo de herramientas de medida que nos permitan caracterizar los factores contextuales del entorno urbano que influyen en el consumo de alcohol es necesario para entender el impacto que tienen éstos y apoyar las intervenciones para controlar el consumo excesivo de alcohol.

Financiación: Starting Grant 2013 (ERC).

408. EL ALCOHOL EN EL MEDIO URBANO: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

J.R. Villalbí, A. Espelt, X. Sureda, M. Bosque-Prous, M. Franco, L. Baranda

Agència de Salut Pública de Barcelona; Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá; Consorci Sanitari de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Las normas sociales percibidas influyen en los patrones de consumo de alcohol. La publicidad y el consumo en los espacios públicos contribuyen a crear una imagen de aceptación social, por lo que sus regulaciones pueden tener un importante valor preventivo. En este trabajo observacional se describe la presencia de alcohol en el entorno urbano valorando tres aspectos: número de establecimientos que lo ofrecen, elementos de publicidad y promoción visibles en la vía pública, e indicios de consumo en el espacio público.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo en la ciudad de Barcelona a finales de 2015 basado en un muestreo por conglomerados tomando como unidad muestral la sección censal. La selección fue bietápica: dos barrios para cada uno de los diez distritos en función de sus indicadores socioeconómicos y población; en cada uno de los 20 barrios se seleccionó de forma aleatoria una sección censal. Los observadores realizaron las observaciones en tres franjas horarias (matutina, vespertina y nocturna) mediante un formulario normalizado.

Resultados: En las 20 secciones censales estudiadas se identificaron un total de 287 establecimientos que ofrecían bebidas alcohólicas: 205 de venta y consumo (predominio de bares y cafeterías) y 82 de venta sin consumo (predominio de supermercados y comercio alimentario). Su distribución territorial fue desigual: el 46,3% está en los dos distritos más céntricos. Se identificaron 76 elementos de promoción y publicidad de bebidas alcohólicas destacando el peso de los que se presentan como patrocinio de actividades musicales por marcas de bebidas. Además de éstos, se observan numerosos elementos promocionales vinculados a los locales de venta y consumo, en buena parte relacionados con las terrazas de los locales (lonas, sombrillas, sillas...). Se observaron cinco personas realizando venta ambulante de alcohol o promoción del consumo, todas en el distrito correspondiente al casco antiguo. En cada franja horaria se apreciaron entre 39 y 51 elementos considerados como indicios de consumo en la vía pública, en su mayor parte envases de cerveza abandonados, con predominio nocturno, y más frecuentes en el distrito que incluye al casco antiguo.

Conclusiones/Recomendaciones: El medio urbano de Barcelona está caracterizado por la presencia de elementos que estimulan el consumo de alcohol con una especial concentración en algunas zonas. Una regulación más rigurosa de la promoción, la disponibilidad y el

consumo de alcohol, y acciones que garanticen su cumplimiento pueden cambiar la actual imagen social del alcohol, que parece favorecer un mayor consumo por la población.

597. ESTIMACIÓN DEL CONSUMO PROMEDIO POBLACIONAL DE ALCOHOL EN ESPAÑA USANDO MÚLTIPLES FUENTES

L. Sordo, J.R. Villalbí, M. Neira, M. Ruiz, I. Alonso, G. Barrio

ISCIII, CNE; ASPB; MSSSI; ISCIII, ENS.

Antecedentes/Objetivos: Diversas fuentes permiten obtener estimaciones nacionales del consumo per cápita de alcohol. Sin embargo, pueden tener problemas de validez, por lo que para usarlas con fines de monitorización y evaluación hay que corregirlas. El objetivo es comparar varias estimaciones de disponibilidad poblacional de alcohol en España, construir la mejor estimación (consumo real), caracterizar la tendencia en 2001-2011, y cuantificar la cobertura del consumo real por las distintas estimaciones.

Métodos: Las estimaciones de disponibilidad proceden de la Agencia Estatal de Administración Tributaria (disponibilidad-AEAT), Organización Mundial de la Salud (disponibilidad-OMS), otras agencias internacionales, compras autoinformadas en el Panel Alimentario y consumo autoinformado en encuestas. Se calcularon: las discrepancias interagencia en la disponibilidad, la disponibilidad multifuente (disponibilidad-AEAT corregida por subestimación de vino y sidra), consumo real (ajustando la disponibilidad multifuente por consumo no registrado, consumo/compras por visitantes internacionales, y pérdidas) y cobertura de las estimaciones. Se hicieron análisis de sensibilidad. Las tendencias temporales se caracterizaron con regresión joinpoint.

Resultados: La discrepancia interagencia en la disponibilidad fue sustancial, debido sobre todo a vino y destilados, y apenas decreció en 2001-2011. El consumo real fue 9,5 litros de alcohol puro/persona-año en 2011, disminuyendo 2,3% anualmente en 2001-2011, debido sobre todo a vino y destilados. En 2011 la cobertura de la disponibilidad-WHO, disponibilidad-AEAT, compras autoinformadas y consumo autoinformado fue, respectivamente, 99,5%, 99,5%, 66,3% y 28,0%, con una tendencia descendente en las tres últimas estimaciones, sobre todo en el consumo autoinformado. La disponibilidad multifuente sobrestimó el consumo real en un 12,3%, debido sobre todo al desequilibrio turístico.

Conclusiones/Recomendaciones: Las estimaciones del consumo per cápita de alcohol en España muestran debilidades. Usar estimaciones no corregidas, sobre todo las de consumo autoinformado, para fines de monitorización o evaluación puede conducir a errores de bulto. Para estimar correctamente la carga de enfermedad atribuible a alcohol o la prevalencia de bebedores de riesgo, hay que elevar el consumo autoinformado hasta un porcentaje superior al 85% (91% en 2011) de las cifras de disponibilidad-AEAT o disponibilidad-OMS. Las debilidades halladas, probablemente existen también en otros países, por lo que hay que hacer aún mucho trabajo empírico para mejorar las estimaciones.

Financiación: AES (PI13/00183; PI15CIII/00022), Plan Nacional sobre Drogas (2015I040, Ayuda a Grupo Alcohol de la SEE, Res. 8-7-15. MSSSI).

766. PATRÓN MEDITERRÁNEO DE INGESTA DE ALCOHOL Y CONSECUENCIAS SOCIALES DERIVADAS DE SU CONSUMO EN LA POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA

J.L. Valencia-Martín, I. Galán, E. García-Esquinas, P. Guallar-Castillón, F. Rodríguez-Artalejo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPaz; CIBERESP; Servicio de Medicina

Preventiva, Hospital Universitario de Móstoles; Centro Nacional de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: Algunos estudios han caracterizado los efectos agudos del binge drinking y la ingesta promedio de alcohol de alto riesgo, pero se desconocen las consecuencias sociales (CS) del patrón mediterráneo de consumo de alcohol (PMA). Este trabajo examinó la asociación del PMA con la incidencia de CS derivadas del consumo de alcohol en adultos españoles.

Métodos: Cohorte de 2.254 individuos de 18 a 59 años de edad, seleccionada a partir de una muestra representativa de la población española (estudio ENRICA), con una primera valoración en 2008-2010 (T1) y una segunda valoración tres años después (T2). Se definió PMA a la ingesta promedio de alcohol < 40 g/día en hombres y < 24 g/día en mujeres, procedente en > 80% de bebidas de vino o cerveza, consumida durante las comidas y sin binge drinking (= 80 g de alcohol en hombres y = 60 g en mujeres en una sesión de bebida de los 30 días previos). Se usó el cuestionario SMART para identificar 7 CS referidas a los 2 años anteriores a T2: daño en la salud; daño en la vida familiar; daño en la vida social; perjuicio en el trabajo/estudios; perjuicio en la propia economía; peleas; y arrestos policiales. Se consideró que hubo una CS global cuando se produjo cualquiera de las anteriores. La asociación entre el PMA y la incidencia de CS se resumió con odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95%, obtenidos mediante regresión logística múltiple, con ajuste por los principales confusores.

Resultados: En los bebedores (1.492 personas), el 33,6% tenía PMA en T1 o T2, y sólo 10,2% mantuvo el PMA en T1 y T2. El 12,7% no tenía PMA en T1 pero sí en T2, y el 10,7% abandonó en T2 el PMA observado en T1. En comparación con bebedores sin PMA en T1 ni en T2, se observó una asociación inversa entre CS global y presentar PMA en T1 y en T2 (OR 0,42; IC95% 0,19-0,95) o en T2 (OR 0,37; IC95% 0,23-0,60). Los resultados tuvieron la misma dirección para la mayoría de CS, pero sólo se alcanzó significación estadística para los daños en la salud, los daños en la vida social, y los perjuicios para la propia economía. En comparación con los bebedores sin PMA en T1 y T2, la incidencia de CS global fue menor en bebedores sin PMA en T1 que adoptaron el patrón en T2 (OR 0,37; IC95% 0,21-0,65), pero no se observaron diferencias significativas con los que tenían PMA en T1 y abandonaron este patrón en T2 (OR 0,79; IC95% 0,45-1,39).

Conclusiones/Recomendaciones: El PMA se asocia a menor riesgo de CS, especialmente cuando este patrón está próximo en el tiempo al periodo de ocurrencia de dichas consecuencias.

Financiación: Ayudas 06/2010 y 02/2014 del Plan Nacional sobre Drogas.

832. MORTALIDAD RELACIONADA CON EL ALCOHOL SEGÚN OCUPACIÓN Y TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA EN ESPAÑA DURANTE 2001-2011

I. Alonso, J. Pulido, O. Izquierdo, J. Hoyos, F. Vallejo, G. Barrio

Instituto de Salud Carlos III, ENS; Instituto de Salud Carlos III, CNE.

Antecedentes/Objetivos: En España el riesgo de muerte relacionada con alcohol (MRA) según ocupación y tipo de actividad económica no ha sido estudiado. El objetivo es cuantificarlo durante el periodo 2001-2011.

Métodos: Los datos proceden de una cohorte prospectiva poblacional de todas las personas ocupadas de 16-64 años residentes en España el 1-10-2001 (n = 15.873.006), cruzadas con el registro general de mortalidad hasta finales de 2011 para determinar estado vital y causa de muerte. Se consideraron MRA las muertes incluidas en categorías CIE-10 con fracción poblacional atribuible a alcohol del 100% (F10, I42.6, K70, K85.2, K86.0, X45, X65, Y15, E24.4, G31.2, G62.1, G72.1, K29.2 y R78.0). Las ocupaciones y actividades económicas analizadas fueron categorías agregadas de clasificaciones nacionales estándar

(CNO-94 y CNAE-93, respectivamente). Se obtuvieron las tasas de mortalidad crudas por ocupación y actividad económica, y razones de tasas de mortalidad ajustadas con regresión de Poisson por grupo de edad y sexo (RRa) y los intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Se registraron 10.636 MRA (259 muertes/100.000 personas-año). La mayor parte de estas muertes se debían a enfermedad hepática alcohólica (80,5%) y trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol (15,7%). Las ocupaciones con mayor RRa en relación a profesiones asociadas con títulos universitarios de 2º-3º ciclo fueron: peones agropecuarios y piscícolas (5,3; 4,2-6,6), peones de construcción (5,3; 4,2-6,6), peones mineros (4,9; 2,3-10,6), autónomos de hostelería sin asalariados (4,8; 3,5-6,1), otros mineros (4,7; 2,8-8,1), trabajadores no cualificados de otros servicios (4,6; 3,5-5,4), cajeros y asimilados en contacto con público (4,4; 3,1-6,2), trabajadores de restaurante (4,3; 3,5-5,4) y otros trabajadores agrarios (4,1; 2,5-6,9). Las actividades económicas con mayor RRa en relación a la administración pública fueron: hostelería (3,5; 4,2-6,6), agropecuarias y forestales (3,2; 2,6-3,9), de hogares (3,2; 2,3-4,3), administración y servicios auxiliares a empresas (3,0; 2,3-3,9), minería (3,0; 1,9-4,7), pesca (2,6; 1,8-3,8) y construcción (2,5; 2,1-3,1).

Conclusiones/Recomendaciones: El mayor riesgo de MRA se concentra en trabajadores poco cualificados, sobre todo del sector primario (agropecuario, pesca, minería), hostelería-restauración y construcción.

Financiación: Acción Estratégica en Salud (PI15CIII/00022, ENPY 1138/16), Plan Nacional sobre Drogas (2015I040, Ayuda a Grupo Alcohólico de la SEE, Res. 8-7-15. MSSSI).

857. FACTORES INDUCTORES DEL CRAVING EN PERSONAS EN TRATAMIENTO POR TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL: PERCEPCIONES DE PACIENTES Y PROFESIONALES

M. Bosque-Prous, M. Bartroli, M. Astals, A.M. Gil, N. Mestres, M. Sorribes, L. Treviño, M.T. Brugal, A. Espelt

Agència de Salut Pública de Barcelona; Consorci Sanitari de Barcelona; CIBERESP; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Determinar los factores inductores de craving en personas en tratamiento por trastorno por consumo de alcohol y su importancia desde las perspectivas de los pacientes y los profesionales que los tratan, así como comparar ambas perspectivas.

Métodos: Se utilizó la metodología Concept Mapping. El estudio se realizó para grupos de pacientes (n = 70; grupos = 9) y de profesionales (n = 28; grupos = 2) de 5 centros de atención y seguimiento a las drogodependencias de Barcelona. Se realizaron reuniones grupales en las que se generaron listados de factores que inducían al craving. Posteriormente, los pacientes/profesionales agruparon individualmente los factores según su criterio de proximidad conceptual y finalmente los valoraron según frecuencia de aparición e importancia en la inducción al craving (escala Likert 1-5). Se construyeron mapas de puntos y se clasificaron los factores según la frecuencia en que habían sido agrupados conjuntamente por los participantes. Asimismo, se analizaron los factores en función de su importancia y su frecuencia, detectando aquellos más importantes y frecuentes que la media.

Resultados: En los pacientes, se obtuvo un mapa conceptual de 53 factores divididos en 9 grupos de conceptos, mientras que en los profesionales se obtuvo un mapa con 62 factores divididos en 8 conceptos. Para los pacientes, los ítems más frecuentes e importantes fueron los relacionados con los conceptos de emociones desagradables (frec = 2,68; imp = 2,37) y con el deseo de desconexión del sufrimiento (frec = 2,78; imp = 2,25). En cambio, para los profesionales, los grupos conceptuales considerados más frecuentes e importantes fueron los estímulos externos (frec = 3,73; imp = 3,78), la fantasía de

control/autoengaño (frec = 3,75; imp = 3,74) y las emociones negativas (frec = 3,73; imp = 3,74). Respecto a las valoraciones de los factores, 20 de ellos fueron puntuados por encima de la media por los pacientes, entre los que destacaban: pensar que no beberé nunca más; estrés; estar triste o deprimido; y tener baja autoestima. En el grupo de profesionales, 24 factores se valoraron por encima de la media de importancia y frecuencia, destacando: el ambiente de la noche; celebraciones asociadas con alcohol; ver alcohol en las terrazas de los bares o ver fútbol en el bar.

Conclusiones/Recomendaciones: Factores muy diversos están relacionados con la aparición de craving. Aunque la mayoría de factores valorados como más importantes y más frecuentes que la media fueron comunes en los dos grupos, se detectaron algunas diferencias. Conocer estas diferencias en las perspectivas es importante para optimizar las estrategias de tratamiento.

Financiación: Red de Trastornos Adictivos [RD12/0028/0018].

937. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DE SALUD EN RELACIÓN A LOS TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL EN ESPAÑA

J.M. Suelves, J.R. Villalbí

Agència de Salut Pública de Catalunya; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Se estima que el uso perjudicial de alcohol causa anualmente 3,3 millones de defunciones a nivel mundial, un 5,9% de todas las muertes. En España se vienen realizando esfuerzos para monitorizar la asistencia y los problemas causados por el uso de drogas ilegales desde finales de los años 1980, pero no se han producido avances equivalentes en relación al uso perjudicial de bebidas alcohólicas. El objetivo de este trabajo es valorar la utilidad de diferentes fuentes de información con datos desagregados a nivel de comunidad autónoma para monitorizar la actividad asistencial y los problemas de salud relacionados con el uso de alcohol en España.

Métodos: Se utilizaron datos desagregados por comunidades y ciudades autónomas procedentes de diferentes fuentes de información: Personas atendidas por uso de alcohol registrado en la memoria del Plan Nacional sobre Drogas correspondiente a 2013. Altas en hospitales de agudos por psicosis alcohólica y síndrome de dependencia del alcohol y por enfermedad hepática y cirrosis crónica declarados al CMBD en 2013 y publicados en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE). Fallecimientos por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en 2013, publicado en la web del INE. Porcentaje de personas que declararon haber realizado un consumo intensivo de alcohol ("binge drinking") en la encuesta EDADES de 2013 o la Encuesta Europea de Salud de 2014. En el caso de los datos asistenciales y de mortalidad, se calcularon tasas crudas por 10.000 habitantes utilizando como denominador el número de residentes a 1 enero de 2013 registrados en el padrón continuo que publica el INE.

Resultados: En España se registraron 136,2 casos en tratamiento por alcohol por 100.000 habitantes en 2013, con diferencias importantes según la comunidad autónoma (mínimo de 30,5 y máximo de 288,8 casos $\times$ 100.000). Las tasas de hospitalización por 100.000 habitantes de 2013 alcanzaron 20,2 en el caso de las psicosis alcohólica o dependencia del alcohol y 43,1 para la enfermedad hepática y la cirrosis, también con grandes variaciones entre comunidades autónomas. En cuanto a los porcentajes de bebedores intensivos de alcohol, fueron del 15,5% de acuerdo con ESTUDES 2013 y 13,6 según EES 2014. Las diferencias en los resultados según comunidad autónoma fueron relativamente menores en comparación con las observadas en los demás indicadores.

Conclusiones/Recomendaciones: Los datos sobre atención a los trastornos por uso de alcohol en España continúan resultando insuficientes y ponen de manifiesto grandes diferencias entre comunidades

que pueden deberse a una validez insuficiente. Aunque las prevalencias de uso intensivo de alcohol que muestran diferentes encuestas poblacionales no son siempre coincidentes, los resultados disponibles son relativamente homogéneos.

COMUNICACIONES ORALES

CO01. Brotes epidémicos (I)

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Aula 5

Modera: Elisa Torres Butrón

600. VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA QUIMIOPROFILAXIS CON AZITROMICINA, EN FUNCIÓN DE LA RAPIDEZ DE LA ADMINISTRACIÓN, PARA PREVENIR LA TOS FERINA EN CATALUÑA Y NAVARRA

J. Álvarez, P. Godoy, P. Plans, N. Camps, G. Carmona, S. Minguell, M. García-Cenoz, C. Muñoz-Almagro, D. Toledo

Agència de Salut Pública de Catalunya; Instituto de Salud Pública de Navarra; Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La administración de azitromicina, antes de transcurridos 21 días del inicio de síntomas del caso de tos ferina, es una medida ampliamente recomendada para disminuir el riesgo de aparición de casos secundarios en el domicilio. La evaluación de la efectividad de esta medida preventiva está poco estudiada. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de quimioprofilaxis con azitromicina para prevenir la tos ferina en los contactos domiciliarios en función del tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas del caso primario.

Métodos: Para la valoración de la efectividad se seleccionó el caso índice primario de cada domicilio, confirmados entre 2012 y 2013 en Catalunya y Navarra. Se determinó la aparición de casos secundarios en el domicilio, comparando la incidencia entre los contactos domiciliarios que recibieron y no recibieron quimioprofilaxis. Se descartaron del análisis los contactos que finalmente fueron casos coprimarios o terciarios. La efectividad se calculó, mediante la fórmula: $1 - \text{riesgo relativo (RR)}$, para los contactos que recibieron la azitromicina entre 1 a 7 días; entre 8 a 14 días y entre 15 a 21 días después del inicio de síntomas del caso índice primario.

Resultados: El análisis se realizó en los 1.938 contactos de los 476 casos índices primarios, con información validada sobre la quimioprofilaxis recibida y la conclusión de los contactos como casos secundarios o contactos sanos. Se detectaron 39 casos secundarios entre 1266 contactos que recibieron quimioprofilaxis antes de 21 días (3,1%), frente a 14 entre los 255 que no la recibieron (5,5%), siendo la efectividad del 43,9% (IC95% -1,8–69,1%). En el período de 1 a 7 días, se detectaron 3 casos secundarios entre 309 contactos (1,0%), y la efectividad fue del 82,3% (IC95% 39,1–94,9); en el período de 8 a 14 días, se detectaron 16 casos secundarios entre 544 contactos (2,9%), y la efectividad fue del 46,4% (IC95% -8,1–73,4) y para el período de 15 a 21 días, se detectaron 20 casos secundarios entre 393 contactos (4,8%) y la efectividad fue del 11,8% (IC95% -71,5–54,6).

Conclusiones/Recomendaciones: La quimioprofilaxis con azitromicina, que es efectiva cuando se administra dentro de los 21 días posteriores al inicio de síntomas del caso primario, presenta un claro gradiente

en ese período y se reduce con el paso del tiempo. La efectividad es limitada pasados los primeros 15 días tras el inicio de los síntomas.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria Proyectos PI11/02557 y PI15/01348.

950. BROTES DE ETIOLOGÍA NO INFECCIOSA NOTIFICADOS A LA RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. ESPAÑA 2002-2013

C. Varela, E.V. Martínez, R. Cano

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Los brotes de etiología infecciosa notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) se analizan de forma sistemática, sin embargo no sucede igual con aquellos de etiología no infecciosa y que sin embargo pueden causar patologías graves e incluso fatales. El objetivo de este estudio es conocer las características epidemiológicas de los brotes de etiología no infecciosa notificados a la RENAVE.

Métodos: Se estudiaron los brotes de etiología no infecciosa declarados a la RENAVE entre 2002 y 2013. Se realizó un análisis descriptivo de los brotes, separando los de transmisión alimentaria de los otros brotes. Se estudió la tendencia temporal según el agente causal del brote mediante modelos de regresión de joinpoint con su porcentaje de cambio anual (PAC).

Resultados: Entre 2002 y 2013 todas las Comunidades Autónomas (CCAA), excepto una, notificaron un total de 769 brotes de etiología no infecciosa, siendo el 68% (n = 520) de transmisión alimentaria. Los brotes notificados con más frecuencia fueron los debidos a histamina (n = 217) y al consumo de setas (n = 123), representando un 42% y un 24% de los brotes alimentarios respectivamente. Los brotes debidos a histamina produjeron 1.095 casos y 18 hospitalizaciones y los debidos a setas 467 casos, 143 hospitalizaciones y 5 defunciones. El 64% de los brotes debidos a histamina se produjeron en el ámbito de la restauración colectiva, mientras que los brotes por consumo de setas se produjeron mayoritariamente en el hogar (85%). Los principales factores contribuyentes en los brotes de histamina fueron la refrigeración inadecuada (41% de los brotes) y el mantenimiento inadecuado (17% de los brotes). Se observó una tendencia temporal ascendente significativa en los brotes por histamina (PAC: 9,85). En cuanto a los otros brotes, un 40% (n = 100) fueron intoxicaciones por monóxido de carbono (CO); produciéndose en el hogar el 89% y ocasionando 391 casos, 108 hospitalizaciones y 33 fallecimientos. Estos brotes fueron notificados únicamente por 5 CCAA.

Conclusiones/Recomendaciones: La mayoría de los brotes de etiología no infecciosa notificados fueron de transmisión alimentaria. Los brotes de histamina se produjeron mayoritariamente en el ámbito de la restauración colectiva, además aumentó la notificación de estos brotes a lo largo del tiempo y se asociaron principalmente a una conservación inadecuada de los alimentos. Tanto las intoxicaciones por consumo de setas como las debidas a CO produjeron un número considerable de hospitalizaciones y algunas de estas intoxicaciones fueron fatales. Así mismo habría que valorar la necesidad de reforzar y homogeneizar la notificación de los brotes de etiología no infecciosa.

323. APORTACIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR AL ESTUDIO DE BROTES DEL VIRUS DEL SARAMPIÓN. ESPAÑA 2008-2009

G. Saravia, A. Fernández-García, N. López-Perea, J.E. Echevarría, A. Gómez-Vecino, M. Mosquera, J. Masa Calles

Centro Nacional de Epidemiología; Centro Nacional de Microbiología; CIBER de Epidemiología y Salud Pública CIBERESP; Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La OMS-Europa estableció el objetivo de interrumpir la transmisión endémica del virus de sarampión (VS). El progreso hacia la eliminación necesita una vigilancia epidemiológica exhaustiva para conocer la circulación del VS, los patrones de transmisión, el origen de los casos y de los brotes, el tamaño y su duración. Los estudios de epidemiología molecular del VS ayudan a documentar la eliminación. Así mismo la integración de estos análisis y los datos epidemiológicos contribuyen al estudio de los brotes. Nuestro objetivo es revisar los brotes de sarampión notificados durante el período 2008-2009 en España, utilizando esta nueva herramienta.

Métodos: Estudio descriptivo de casos y brotes notificados al Plan Nacional de Eliminación del Sarampión, España 2008-2009. La información epidemiológica y de genotipo de los casos y brotes notificados se complementó con los datos de haplotipo/variante obtenidos en el CNM. El genotipado del VS se obtuvo mediante secuenciación de la región N450 del genoma y su análisis filogenético. La asignación del haplotipo y variante se llevó a cabo mediante la comparación de secuencias obtenidas con las existentes en las bases de datos (MeaNS y GenBank) y el análisis filogenético.

Resultados: La integración de la información permitió reclasificar el origen de los brotes y corregir el número de casos pertenecientes a cada brote. Dos brotes (Málaga y Granada) de origen desconocido se pudieron relacionar con importación porque compartían haplotipo con casos importados de otro país. Así mismo la información de haplotipo/variante permitió que casos originalmente notificados como aislados se incluyeran en un brote. La información integrada apoya la hipótesis que en 2008 hubo circulación continua de la variante MVs/Enfield.GBR/14.07/en el sur de España. Además se identificaron 4 haplotipos derivados de esta variante que parecen corresponder más a la evolución del virus por mutación a lo largo del tiempo que a nuevas importaciones.

Conclusiones/Recomendaciones: En la última fase de eliminación no se esperan casos endémicos. El uso de los análisis de epidemiología molecular ayuda a identificar el origen de los brotes y su asociación con la importación de virus procedentes de otras zonas del mundo. Las técnicas moleculares complementan y aportan especificidad a los resultados de la vigilancia epidemiológica. Sin embargo, estos estudios por sí mismos no pueden mejorar un registro epidemiológico inadecuado.

706. BROTE DE VARICELA EN UN CONVENTO DE CLAUSURA: LA INMIGRACIÓN COMO FACTOR DE VULNERABILIDAD

A. Corma-Gómez, A. Caparrós Andújar, P. Guijosa Campos, B. López Hernández

Unidad de Gestión Clínica Interniveles de Salud Pública de Granada.

Antecedentes/Objetivos: El virus varicela zóster (VZV) causa dos enfermedades clínicas: la Varicela (VAR), manifestación clínica de la infección primaria, y el herpes zóster (HpZ) producido por la reactivación de la infección latente del virus. Su reservorio es humano y el contagio aéreo o por contacto con el líquido de las vesículas de un caso con VAR o HpZ. Aunque la VAR es una enfermedad extendida a nivel mundial, su incidencia, edad de presentación y patrón estacional, varía según la latitud geográfica, en los países templados es más frecuente en menores, y en primavera, mientras que en países tropicales, la edad media de la primoinfección es más elevada y la incidencia menor. Se notifica en marzo 2015 se notifican 2 casos de VAR en un convento de clausura a partir de un caso HpZ. El objetivo es describir y analizar las características singulares del brote.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. La población de estudio son 11 monjas de clausura, 6 españolas y 5 hindúes. Se definió como caso confirmado cualquier persona con evidencia clínica y

IgM positiva. Se realizó encuesta epidemiológica y se procedió a investigar la situación inmunitaria de las residentes monjas. Se recomendó aislamiento de los casos y vacunación de las seronegativas. Se describe el brote atendiendo a las variables de tiempo, lugar y persona.

Resultados: El caso primario fue una española de 89 años de edad con HpZ, los casos de varicela, fueron 2 hermanas indias de 52 y 53 años, una de ellas cuidadora de la anciana, que presentó exantema y fiebre tras un periodo de 15 días, su hermana enfermó 23 días más tarde. Ambos casos se confirmaron serológicamente. El porcentaje de españolas protegidas frente a la varicela (IgG) fue del 80%, entre las indias del 40%. Se vacunó a las seronegativas.

Conclusiones/Recomendaciones: Se han puesto de manifiesto aspectos infrecuentes de la enfermedad como la transmisión desde la forma secundaria a la primaria. Se conoce que los adultos inmigrantes de países tropicales están menos protegidos que los autóctonos, esta circunstancia se agrava por el rol de cuidadoras que con frecuencia adquieren al llegar a nuestro país. Las medidas iniciales que se adoptaron, aislamiento de contacto de casos y vacunación tardía, pudieron evitar que no se produjeran más contagios.

481. BROTE DE TOS FERINA EN UN INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EN COHORTES DE ADOLESCENTES VACUNADOS. VALENCIA MAYO-2015

A. Míguez Santiyán, R. Ferrer Estrems, J.L. Chover Lara, A. Salazar Cifre

Servicio de Epidemiología, CSP Valencia; Medicina Preventiva, CHGUV.

Antecedentes/Objetivos: La tos ferina muestra un patrón característico cíclico con picos epidémicos cada 3-4 años. Diferentes países europeos han experimentado un reciente aumento en la incidencia de casos en los últimos años a pesar de mejores coberturas de vacunación. Diversos estudios han puesto de relieve el declive temprano de la respuesta antigénica con la vacuna acelular, dejando más vulnerables a las cohortes de edad vacunadas de forma exclusiva con ella.

Métodos: A partir de dos casos confirmados de tos ferina pertenecientes a la misma aula, se procedió, al día siguiente, por parte de epidemiólogos del CSP de Valencia, a la búsqueda activa de más casos desplazándose al centro escolar, y realizando la encuesta epidemiológica y toma de muestra de exudado faríngeo a alumnos y profesores que presentaban sintomatología compatible con la enfermedad. Se revisaron las historias clínicas de los alumnos que compartían aula con los casos, los cuales fueron validados según la definición de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica Estudio descriptivo de los casos de tos ferina pertenecientes al brote, recogiendo variables demográficas, clasificación de caso y estado vacunal. Estudiamos la difusión de la enfermedad a través de la curva epidémica, con intervalos diarios y en función de la fecha de inicio de síntomas. Calculamos la tasa de ataque por cohortes de edad Medidas de control: información a los centros de salud correspondientes y recomendación de quimioprofilaxis antibiótica a convivientes de casos y a alumnos del grupo con mayor número de afectados (1º ESO).

Resultados: Fueron notificados un total de 43 casos: 40 alumnos y 1 profesor pertenecientes al instituto, y 2 casos externos al centro. El 56% fueron varones, la edad de los alumnos afectados osciló entre 12 y 17 años. El 39,5% de los casos, se confirmó mediante pruebas de laboratorio y el resto por vínculo epidemiológico. En 38 de los casos (88,4%) se constató el registro en el Sistema de Información Vacunal de un total de 5 dosis administradas de vacuna anti pertúsica (vacunación completa). La tasa de ataque más elevada fue del 37% y correspondió a la cohorte de nacidos en el 2002 (primera cuyo total de

dosis se realizó con vacuna acelular) descendiendo al 12% en la cohorte del 2001 y así progresivamente hasta la de 1997 en la que fue del 2%.

Conclusiones/Recomendaciones: La vacuna anti-pertussis acelular no conlleva suficiente protección para los niños en edad escolar, quedando susceptibles al padecimiento de la enfermedad. Es necesario promover la investigación de nuevas vacunas contra la tosferina que confieran mayor efectividad y duración de la inmunidad La rápida intervención de la unidad de epidemiología, permitió un diagnóstico precoz del brote y la consiguiente aplicación de las medidas de control del mismo.

326. TRANSMISIÓN DEL SARAMPIÓN EN CENTROS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑOS 2001-2014

A. Fernández García, J. Masa, J.E. Echevarría, F. de Ory, N. López Perea, I. Rodero Garduño, M. Ordobás Gavín, A. Arce Arnáez, L. García Comas

Centro Nacional de Microbiología, ISCIII; Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Los centros sanitarios (CS) pueden ser muy relevantes en la transmisión del virus del sarampión debido a la posibilidad de contacto entre los casos que demandan asistencia y las personas susceptibles. En este trabajo se describen las características de los brotes de sarampión notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica ocurridos en CS de la Comunidad de Madrid (CM) durante el período 2001-2014 y se investiga el papel de los trabajadores de los CS en la transmisión.

Métodos: Estudio descriptivo. La fuente de información es el Sistema de enfermedades de Declaración Obligatoria de la CM. Se han revisado las encuestas epidemiológicas de los casos confirmados y compatibles notificados entre 2001 y 2014 y los informes epidemiológicos anuales. Las variables analizadas son ámbito y lugar de la transmisión, tamaño y duración de los brotes, tipo de caso (primario o secundario), categoría del caso (trabajador del CS o usuario) y estado vacunal. Se han analizado con SPSS Statistics v 21.

Resultados: Se han identificado un total de 22 brotes con transmisión en algún CS de la CM, con un total de 60 casos, de los que el 65,0% eran secundarios (39 casos). El tamaño de los brotes osciló entre 2 y 11 casos (el 90,9% de 2 o 3) y la duración entre 7 y 54 días (47,62% de 7-14). La proporción de casos secundarios originados en brotes en CS respecto a los casos totales de la CM fue de 3,53%. El 86,4% de los brotes ocurrieron en CS hospitalarios (92,3% de los casos secundarios) y, dentro de ellos, la exposición tuvo lugar en los servicios de urgencia en el 69,23% de los casos secundarios. Se pudo identificar el caso primario en todos los brotes excepto en uno. En el 90,47% el caso primario era un usuario (19 casos). El caso primario de uno de los brotes era un caso secundario de otro brote producido en CS. En 2 brotes los casos primarios eran trabajadores del CS y transmitieron la infección a un único compañero. El 59,0% de los casos secundarios eran trabajadores del CS (23 casos), de los que el 70% eran menores de 30 años y el 91,3% no presentaban vacunación documentada con triple vírica.

Conclusiones/Recomendaciones: La adopción de medidas de control de la transmisión en los CS podría haber evitado el 3,53% de los casos notificados en el período de estudio. Es necesario insistir en el aislamiento de todo caso que demande asistencia sanitaria por presentar un exantema febril, así como reforzar la vacunación con triple vírica de los trabajadores jóvenes de CS en contacto con pacientes, especialmente en los servicios de urgencia hospitalarios.

482. BROTE DE HEPATITIS A EN UN COLEGIO DE UN MUNICIPIO DE VALENCIA. DICIEMBRE-2014

J. Bayo Gimeno, A. Míguez Santiyán, A. Barrue de la Barrera, R. Ferrer Estrems, A. Salazar Cifre

Sección de Epidemiología, CSP Valencia, DGSP; Medicina Preventiva, CHGUV.

Antecedentes/Objetivos: La hepatitis A (HA) es una de las enfermedades más frecuentes en el mundo. Se estima que cada año se producen 1,5 millones de casos clínicos, aunque su incidencia es de 3-10 veces superior por casos asintomáticos. La transmisión es persona a persona por vía fecal oral y la mayoría de los contagios ocurren en contactos estrechos, convivientes y familiares. Otras formas de transmisión son, hídrica y alimentaria, raramente hemática.

Métodos: En la semana epidemiológica 50 se declaran 2 casos de HA con relación es escolar profesora-alumno. Tras verificar la condición profesor/alumno y la positividad serológica para IgM, en ambos casos, procedemos a notificar el brote. Al finalizarlo, se habían declarado 15 casos de HA. El cierre del brote se realizó transcurrido el período máximo de incubación (50 días), desde el inicio de síntomas del último caso diagnosticado. Se visitaron instalaciones escolares, se inspeccionó pozos que proveen de agua algunas urbanizaciones, tomando muestras que fueron analizadas en el laboratorio de salud pública. Se realizaron encuestas epidemiológicas a todos los casos con el objeto de dilucidar si el origen del contagio fue directo o indirecto, si se habían realizado viajes a zonas de alta endemia y si los casos habían estado en contacto con casos enfermos. Se recuperaron las historias clínicas de los niños que compartían clase con los casos, para detectar posibles consultas relacionadas, desde los 2 meses anteriores a la aparición de los síntomas en los primeros casos. Se vacunó a los alumnos de infantil y primaria del centro escolar y al entorno familiar de los casos.

Resultados: Al no identificarse en los 2 primeros casos el origen de la enfermedad, se prosiguió la investigación y se detectaron a través del estudio de las historias clínicas de los compañeros de aula, dos hermanos que con un intervalo de 10 días, habían pasado sendos cuadros clínicos compatibles con HA. Estos niños vivían en una urbanización que se abastecía de agua mediante pozo, propiedad de la urbanización no tratada sanitariamente y aunque existía la posibilidad de utilización de agua potable de la red pública, esta familia usaba exclusivamente agua del pozo. El resto de casos hasta completar los 15 (12 confirmados por laboratorio y 3 epidemiológicamente) fueron considerados secundarios por contacto persona a persona.

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque la mayoría de los casos de HA que se dan en nuestro medio suelen ser importados o secundarios a estos, creemos conveniente descartar la presencia y la posibilidad de que aparezcan casos autóctonos causados por contaminación de aguas, por ingesta de las mismas o por comer alimentos regados con ellas, lo que cambiaría la situación epidemiológica de nuestro país, así como las formas de plantear la prevención de esta enfermedad.

62. AUSENTISMO ESCOLAR, UNA ENCRUCIJADA EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DE BROTES EPIDÉMICOS

F. López, C. Centurión, S. Rotela, G. Benítez, F. Giménez

Hospital Distrital de Villa Elisa; Dirección General de Vigilancia de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: En septiembre de 2015 un equipo del Hospital Distrital de Villa Elisa (HDVE) realizando un monitoreo de rutina en una escuela del distrito constata la ausencia de 14 niños del 1º grado presumiblemente por enfermedad a lo que el servicio de

Epidemiología del HDVE realiza la investigación. Los objetivos fueron: confirmar el brote, cortar la cadena de transmisión y proponer medidas de prevención y control.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal con componente analítico, en el cual se definió como caso a toda persona del barrio Villa Bonita que presentó lesiones de piel, fiebre o dolor de garganta entre las semanas epidemiológicas (SE) 34-40, se realizaron entrevistas a los casos y contactos encontrados en la búsqueda activa (BA) comunitaria e institucional.

Resultados: Se identificó como caso índice a un alumno del 1er grado que inició síntomas el 07/09/2015. Se hallaron en total 52 casos acorde a la definición utilizada y se observó que el estar vacunado o haber padecido la enfermedad anteriormente fueron factores de protección para estas personas (RR: 0,0682 p: 0.00021 con un 95% de confianza). La tasa de ataque en el grado del caso índice fue de (21/33) 64%, la mediana de edad fue de 6 años, el periodo de incubación promedio fue de 16,5 días. Un 67% presentaron fiebre y 63% dolor de garganta, se observaron lesiones vesiculares por las cuales se realizó el diagnóstico de la enfermedad. En la BA se identificaron más casos en donde la tasa de ataque total fue de (24/52), 46%.

Conclusiones/Recomendaciones: El ausentismo escolar es una fuente de datos muy importante para la vigilancia sindrómica pues permite la detección de brotes en una fase temprana, así como también la contención y corte de la cadena de transmisión de la enfermedad. No se identificaron más casos, se recomendó reposo absoluto en el hogar a los enfermos con un monitoreo constante por parte de sus familiares y mantener los hábitos higiénicos en todo momento.

853. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENDEMIA DE INFECCIONES POR MICROORGANISMOS BLEE EN NEONATOLOGÍA

A. Morillo, E. Perea, C. Salamanca, V. González, J. Aguayo, D. Jarana, C. Álvarez del Vayo, J.M. Cisneros

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones por enterobacterias BLEE (EBLEE) han supuesto un problema constante en la Unidad de Neonatología, cuya persistencia en el tiempo motivó la formación desde agosto 2014 de un equipo multidisciplinar con el objetivo de erradicar la infección por dichos microorganismos en toda la Unidad.

Métodos: Diseño y aplicación de un programa de vigilancia y control de infecciones por EBLEE a través de un equipo multidisciplinar en una Unidad de Neonatología que implica cuidados intensivos, cuidados intermedios y hospitalización general. El equipo se compone de personal facultativo y de enfermería de Neonatología, Microbiología, Enfermedades Infecciosas y Medicina Preventiva, así como el Servicio de limpieza y Dirección Médica. Los objetivos del programa consisten en la aplicación y monitorización continua de las siguientes medidas: a) uso adecuado de antimicrobianos de amplio espectro b) estudio microbiológico de pacientes portadores de EBLEE en las tres Unidades c) observación de higiene de manos y aislamiento de contacto d) verificación de limpieza ambiental. Los resultados de las medidas se difundían semanalmente entre el personal de la Unidad y dirección del hospital.

Resultados: El programa se inició en agosto de 2014, en el contexto de un brote de infección nosocomial por *K. pneumoniae* BLEE, continuando en la actualidad, con 84 semanas de seguimiento. La evolución resultó tórpida en el primer semestre de 2015 con implicación de distintas especies de enterobacterias –con un segundo brote por *E. aerogenes* BLEE en agosto 2015 e incidencia acumulada global superior a 15 infecciones por 1000 estancias/días-, alcanzando niveles de prevalencia de pacientes infectados y/o colonizados superiores al 50% en UCI y Cuidados Intermedios. A partir del mes de septiembre de

2015 y con la estricta aplicación de las medidas de control, mejoraron progresivamente los indicadores, destacando la incorporación de la Dirección asistencial a las reuniones, la revisión de la política antimicrobiana empírica en la Unidad -descenso de la prevalencia de uso de meropenem del 10% a menos del 2%- y el mantenimiento del resto de medidas preventivas. Desde febrero 2016 no se han detectado nuevas infecciones por EBLEE en la Unidad.

Conclusiones/Recomendaciones: La formación de un equipo multidisciplinar y la estricta aplicación de las medidas de control y su monitorización, han permitido erradicar una endemia de años de evolución que ha afectado a una Unidad completa con implicación de distintas enterobacterias con similar mecanismo de resistencia.

672. BROTE DE PAROTIDITIS EN POBLACIÓN DE JÓVENES CORRECTAMENTE VACUNADA

M. Carol, R. Torra, M.M. Mosquera, J. Costa, A. Martínez, N. Torner, M. Jané

Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, Agència de Salut Pública de Catalunya; Servei de Microbiologia/CDB, Hospital Clínic i Provincial, Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El programa de eliminación de la parotiditis en Cataluña tiene como finalidad el control de la enfermedad. La pérdida de inmunidad (waning vaccine-conferred immunity) ha sido sugerida como una de las principales razones para la contribución de la aparición de brotes en población correctamente vacunada. El objetivo de este trabajo es describir un brote de parotiditis en la comarca de Osona en Cataluña con un elevado porcentaje de individuos correctamente vacunados y las dificultades para su control.

Métodos: Diseño experimental: estudio observacional descriptivo. Fuentes: Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria, Registro de vacunaciones de los Centros de Atención Primaria (Servei Català de la Salut), estudio virológico (Hospital Clínic i Provincial de Barcelona). Criterio de inclusión: caso sospechoso (presencia de clínica compatible sin confirmación microbiológica ni relación epidemiológica con otros casos) y caso confirmado (microbiológicamente o con relación epidemiológica con caso confirmado).

Resultados: Entre el 7/9/15 y el 16/3/16 se registraron 165 casos confirmados (tasa de IA: 107/100.000 hab.). Análisis descriptivo: 85% de los casos tenía edades comprendidas entre 10 y 34 años. 57% de los casos fueron confirmados microbiológicamente mediante PCR a tiempo real, 38% por vínculo epidemiológico y el 5% se consideraron sospechosos. El 71% de los pacientes estaban correctamente vacunados y sólo el 15% de las dosis correspondían a vacuna triple vírica con componente Rubini. Años transcurridos desde la última dosis: < 5 años (2%), 5-9 años (13%), 10-14 años (26%), 15-20 años (59%). Complicaciones: Se notificaron 6 orquitis y 1 debut diabético. Se indicaron medidas preventivas a los convivientes, entornos laborales, 40 centros escolares y 11 clubes deportivos. 11 equipos de Atención Primaria participaron en la aplicación de las medidas de prevención y control. Se establecieron medidas preventivas adicionales a las descritas en el Protocolo de prevención y control de parotiditis en Cataluña y se indicó revisar, y en caso necesario iniciar y/o completar, la vacunación contra la parotiditis a todos los habitantes de la comarca que acudieran a los centros de Atención Primaria implicados. Durante el periodo estudiado se administraron 221 unidades vacunales.

Conclusiones/Recomendaciones: La aparición del brote en una población con alta cobertura vacunal (superior al 70%) está en la línea de los resultados obtenidos en estudios anteriores y de otros entornos que sugieren la disminución de la efectividad de la vacunación con el tiempo y la posibilidad de considerar la aplicación de una tercera dosis de la misma para un mejor control de los brotes epidémicos.

C002. Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnológicos (I)

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Salón de Actos

Modera: Isabel Aguilar Palacio

796. EVALUACIÓN POBLACIONAL DE LA ADHERENCIA A LA TERAPIA ENDOCRINA ORAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

R. Font, G. Osca-Gelis, P. Manchón-Walsh, R. Marcos-Gragera, J. Galceran, A. Izquierdo, F. Saladié, A. Prat, J.M. Borràs

Pla Director d'Oncologia, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Universitat de Barcelona (UB); Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Girona (UERCC), Universitat de Girona (UdG); Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IdIBGi); Registre de Càncer de Tarragona, Fundació Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer, Institut d'Investigacions Sanitàries Pere Virgili; Servei Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: La administración oral de nuevos tratamientos cambia la perspectiva del cumplimiento del uso de los fármacos en pacientes con cáncer de mama (CM). Los objetivos son evaluar la adherencia y persistencia al tratamiento endocrino oral en pacientes con CM y su impacto en la recurrencia del tumor y la supervivencia.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de base poblacional. Se han incluido todos los casos incidentes de CM de los registros poblacionales de cáncer de Cataluña (Girona y Tarragona) entre 2007 y 2011. Se consideraron adherentes las pacientes que cumplieron entre un 80-110% del tratamiento teórico prescrito. La información del tratamiento endocrino oral se obtuvo mediante una auditoría de la historia clínica y la proporcionada por la base de datos de farmacia comunitaria. Análisis estadístico: descriptivo, supervivencia mediante Kaplan-Meier y modelo proporcional de Cox.

Resultados: Un total de 4.139 pacientes con una edad media de 60,7 años ($\pm 14,9$) fueron diagnosticadas de CM invasivo o intraductal in situ durante el periodo 2007-2011. El 68,1% de las pacientes eran posmenopáusicas en el momento del diagnóstico. De los 4.139 casos incluidos, 3.292 (79,5%) presentaron receptores estrogénicos positivos, y de estos, 3074 (93,4%) recibieron tratamiento hormonal oral según la información aportada en la historia clínica. Las pautas más utilizadas fueron los inhibidores de aromatasa y tamoxifeno (53,7% y 23,3% respectivamente) y tamoxifeno seguido de inhibidores de aromatasa para pautas secuenciales (13,0%). En 2.533 mujeres consta la compra de la hormonoterapia en el registro de farmacia comunitaria de las cuales el 70,1% son adherentes al tratamiento endocrino oral durante el primer año y del 73,2% a los 5 años. Actualmente se están analizando el impacto de la adherencia en la supervivencia y recurrencia.

Conclusiones/Recomendaciones: Los análisis parciales muestran una notable adherencia medida a partir del registro de farmacia. La adherencia debe ser considerada como un factor a tener en cuenta en el control y seguimiento de las pacientes con hormonoterapia oral. Los resultados finales de este estudio permitirán evaluar la adherencia al tratamiento oral hormonal en mujeres CM y las medidas de la misma y factores asociados.

Financiación: 587/U/2013.

639. EFEITO DOS COMPORTAMENTOS DE MOBILIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS NOS RESULTADOS ORGANIZACIONAIS: UM ESTUDO EMPÍRICO REALIZADO EM CONTEXTO HOSPITALAR

S. Vicente, P.M. Parreira, C. Carvalho, L.S. Mónico, C.A. Pinto, D. Gómez

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Universidade de Coimbra; Universidade Autónoma do México.

Antecedentes/Objetivos: As organizações de saúde caracterizam-se por um ambiente profissional complexo, no qual as estratégias de gestão assumem um papel fulcral. O enfermeiro como membro destas organizações deve assumir um papel ativo relativamente às práticas de organização do trabalho, concretamente em relação aos comportamentos de mobilização, tornando-se fundamental compreender a relação entre as referidas práticas e os resultados organizacionais. **Objetivos:** compreender em que medida os comportamentos de mobilização no trabalho dos enfermeiros intervêm nos resultados organizacionais, nomeadamente na satisfação geral no trabalho e na intenção de abandonar a profissão e/ou a organização (turnover). **Hipóteses:** os comportamentos no trabalho estão relacionados com a satisfação no trabalho (H1) e com o turnover (H2).

Métodos: Amostra: 338 enfermeiros (79,2% do género feminino; M = 38,63, DP = 7,66 anos) dos vários serviços de um hospital universitário. Medidas: 1) Questionário de Comportamentos no Trabalho (Tremblay, Wils, & Guay, 2000), composto por três dimensões, $0,77 < \alpha < 0,88$; 2) Escala de Satisfação Geral no Trabalho (Brayfield & Rothe, 1951), unidimensional, $\alpha = 0,89$; 3) escala de Turnover (Meyer, Allen, & Smith, 1993), unidimensional, $\alpha = 0,83$.

Resultados: Os comportamentos no trabalho (Colaboração; Participação na Vida Cívica; Lealdade Organizacional) encontraram-se associados positivamente à satisfação no trabalho dos enfermeiros ($r = 0,30, 0,31$ e $0,42, p < 0,01$), suportando a H1. Entre os comportamentos no trabalho, apenas as dimensões colaboração e lealdade organizacional se associaram significativamente ao turnover ($r = -0,14$ e $-0,16, p < 0,05$), suportando parcialmente a H2. Da variabilidade total da satisfação geral no trabalho 19,1% foi explicada pelos comportamentos no trabalho, embora apenas a lealdade organizacional tenha sido significativa ($\beta = 0,33, p \leq 0,001$). Apenas 3% da variabilidade total do turnover foi explicada pelos comportamentos no trabalho. O modelo explicou 20% da satisfação geral e apenas 3% do turnover. A lealdade organizacional ($\beta = 0,29$) e a participação na vida cívica ($\beta = 0,18$) mostraram-se preditores positivos da satisfação geral no trabalho. O turnover foi negativamente previsto pela lealdade organizacional, embora com baixa magnitude ($\beta = -0,12$). A colaboração não mostrou efeitos de previsão.

Conclusiones/Recomendaciones: Os comportamentos de mobilização no trabalho dos enfermeiros promovem a satisfação geral no trabalho, designadamente através do aumento da lealdade organizacional e da participação na vida cívica. Podem também contribuir para a redução do turnover.

458. RECONOCIMIENTO DE UNIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA (SSPA)

M.R. López Márquez, I. Nieto Valverde, M.A. Otero Fernández, J.C. Moreno Parejo, M.T. León Espinosa-Monteros, C.M. Noriega Barreda, J.M. Aldana Espinal, M.C. Gallardo, J.T. García Martínez

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Las Unidades y procedimientos de referencia (UPRA) van dirigidas a la atención a patologías o procedimientos que precisan concentración de recursos. Éstos han de distribuirse

de modo que garanticen la equidad en el acceso y la provisión de una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente. El objetivo es describir el procedimiento para la designación y el reconocimiento de las UPRA en los hospitales del SSPA.

Métodos: Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud se ha venido trabajando en el reconocimiento y la ordenación de las Unidades y Procedimientos de Referencia (UPRA) del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En esta ordenación se distinguen: unidades acreditadas como Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR) por el Ministerio competente en Sanidad, que extienden su ámbito de referencia al nivel nacional y unidades reconocidas por el Servicio Andaluz de Salud (SAS). El Servicio de Cartera de Servicios ha desarrollado una Guía para Reconocimiento/Renovación de las UPRA, que es remitida a los centros para cumplimentación por los profesionales. Incluye datos que justifiquen la referencia: clínicos, técnicos y epidemiológicos y datos específicos sobre la actividad (casuística, protocolo, profesionales, formación, investigación y publicaciones, indicadores de evaluación, y datos económicos). El análisis de datos de actividad, CMBD, cartera de servicios de los centros del SSPA completa la evaluación.

Resultados: El SSPA tiene acreditados 66 UPRA, de las cuales 25 son CSUR.

Conclusiones/Recomendaciones: Cada UPRA supone un avance importante en cuanto a la cartera de servicios y estructura asistencial del sistema sanitario público, así como en el desarrollo científico y técnico de los profesionales implicados. La utilización de esta herramienta ha supuesto la incorporación de los profesionales del ámbito asistencial a la evaluación de las unidades, potenciando su implicación y reconocimiento.

241. PROCESO DE EVALUACIÓN EXTERNA EN UN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA

S. Pérez-Vicente, J. Cañón

Instituto de Biomedicina de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: El Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS) fue creado en 2006 y se concibe como un espacio de investigación multidisciplinar competitiva a nivel nacional e internacional, basada en la transferencia inmediata a la realidad clínica. El IBiS se acredita en 2009 y reacreditado en 2014 por el Instituto de Salud Carlos III, quien tutela y establece el seguimiento y evaluación de la gestión biomédica con un nivel de calidad. El objetivo es describir las pautas del proceso de la Evaluación Externa del IBiS en colaboración con la Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva (ANEP).

Métodos: El IBiS consta de 34 Grupos estructurados en 4 grandes áreas: i) Patologías infecciosas, ii) Neurociencias, iii) Oncohematología y genética, iv) Patología cardiovascular y respiratoria; liderados por un Investigador Responsable (IR). Con la evaluación se pretende valorar la capacidad de cada IR y Grupo con respecto al estándar del área de conocimiento a nivel nacional e internacional. La evaluación está orientada a valorar la actividad del Grupo conforme a las líneas estratégicas del centro. Se proporcionará para la evaluación: Currículum Vitae del IR/Listado de 10 publicaciones más relevantes/Descripción de las líneas de investigación y perspectivas futuras/Evolución de los indicadores científicos del Grupo; valorándose con escala numérica: Relevancia del tema de investigación. Calidad de la investigación en relación con la investigación nacional e internacional de la misma área de conocimiento. Calidad de las publicaciones, según área de conocimiento. Oportunidades para el avance de la investigación. Oportunidades para la aplicación clínica de la investigación traslacional.

Resultados: Proceso de evaluación: 1 Preparación de la información y documentación de cada IR y su Grupo de Investigación a eva-

luar; 2 Evaluación por pares de la calidad científico-técnica por expertos externos designados por la ANEP; 3 Emisión de un informe por grupo por los coordinadores de la ANEP; 4 Informe global realizado por el Consejo Asesor Externo del IBI, con toda la documentación proporcionada de los Grupos y los informes de consenso de la ANEP; 5 Feedback final de la Comisión Permanente de Coordinación de la Investigación del IBI a cada IR para informarles sobre su evaluación y las recomendaciones y estrategias institucionales a seguir.

Conclusiones/Recomendaciones: El objetivo de la evaluación es mejorar la gestión y eficiencia, y dotar de una fundamentación objetiva el proceso de asignación de recursos. Los resultados tendrán un impacto directo: 1. Servirá de línea base para futuras evaluaciones de los grupos dejando para una segunda evaluación las medidas más restrictivas para los grupos. 2. Con estos resultados se emitirán recomendaciones de mejora, estableciendo un tiempo límite para llevarlas a cabo, para cada grupo La evaluación se repetirá periódicamente, cada 5 años.

644. ACCESO A INFORMACIÓN DE CALIDAD SOBRE FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

C.C. Gil-Borrelli, P. Latasa, R. González, U. Larrinaga

Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública (ARES).

Antecedentes/Objetivos: La elección de especialidad es un momento importante para los médicos recién egresados. Nuestro objetivo es evaluar la accesibilidad y calidad de la información que las unidades docentes (UDD) de medicina preventiva y salud pública (MPSP) ofrecen a través de sus webs y de la web de la Asociación de Residentes de MPSP (ARES).

Métodos: Se realizó una búsqueda en Google de las webs de cada una de las UDD acreditadas según el Boletín Oficial del Estado. Se consideró la accesibilidad como su orden de aparición entre los primeros 20 puestos de resultados y se categorizó en cuartiles. Para evaluar la calidad de la información online de las UDD se realizó un análisis cualitativo de 37 consultas de los MIR atendidas por ARES en los 2 años previos. Se identificaron 5 categorías emergentes prioritarias y se ponderaron sobre un total de 100 puntos: Información general de la UDD (20 puntos), Remuneración y Módulos de Atención Continuada (20), Curso Superior de Salud Pública (20), Organización de la Formación Especializada (20), Salidas laborales (10) y Contactos de la UDD (10). Ambas valoraciones se realizaron por pares y se consensuaron las discrepancias.

Resultados: De las 24 UDD, encontramos 13 webs, situándose todas en el primer cuartil. La web de ARES aparecía en 17 de las 24 búsquedas. La web de ARES estaba presente en 7 de las búsquedas para aquellas UDD con web y en 10 de las que no tienen. La mediana de calidad de las webs de las UDD fue 30,5%, con un rango entre 0 y 56%. El cumplimiento de los apartados fue: Información general de la UDD 27,4%, Remuneración y Módulos de Atención Continuada 22,7%, Curso Superior de Salud Pública 43,5%, Organización de la Formación Especializada 42,8%, Salidas laborales 1,9% y Contactos de la UDD 69,2%.

Conclusiones/Recomendaciones: La aparición de las webs de las UDD en la búsqueda es muestra de su accesibilidad. Sin embargo, el acceso a información de calidad sobre formación especializada en MPSP es una necesidad parcialmente cubierta. Es necesario que todas las UDD desarrollen este tipo de plataformas para mejorar la accesibilidad a la información para futuros médicos residentes. Para maximizar la utilidad de esta información, se recomienda emplear los ítems de calidad priorizados por la comunidad de usuarios.

Conflicto de intereses: Los autores R. González y U. Larrinaga se están formando en dos de las unidades docentes estudiadas.

571. ¿CÓMO AFECTA EL DECRETO 114/2012 AL ACCESO DE INMIGRANTES A LOS SERVICIOS SANITARIOS DEL PAÍS VASCO?

I. Pérez-Urdiales, M. San Sebastián, I. Goicolea

Departamento de Enfermería I, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad del País Vasco; Department of Public Health and Clinical Medicine, Epidemiology and Global Health, Umeå University.

Antecedentes/Objetivos: En 2012, el Gobierno Vasco aplicó el Decreto 114/2012, de 26 de junio con el fin de regular el acceso al Sistema Sanitario Público Vasco de las personas excluidas de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Su aplicación supuso el endurecimiento de las condiciones con respecto a lo establecido por la anterior legislación autonómica. Desde 1997, el Centro de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes (CASSIN) de Médicos del Mundo Euskadi atiende gratuitamente a nivel de atención primaria a las personas excluidas del sistema sanitario público. Partiendo de la hipótesis de que la mayor dificultad de acceso a los servicios públicos conlleva un mayor uso de consultas alternativas, este estudio pretende evaluar la asociación de la aplicación del Decreto 114/2012, de 26 de junio en el País Vasco con el número de consultas a inmigrantes atendidas en el CASSIN.

Métodos: Se estudió el número de consultas atendidas desde 2007 a 2015 por trimestres en el CASSIN. Se aplicó un análisis de regresión lineal segmentada a un modelo para estimar la tendencia asociada a la intervención (Decreto 114/2012) en el número de consultas. Se utilizó el primer trimestre de 2013 como periodo de inicio de la intervención. La variable de tasa de paro en Bizkaia fue introducida en el modelo como factor de confusión. Los datos fueron analizados separadamente por sexo.

Resultados: En los hombres, el número de consultas fue de 197,26 al inicio del periodo. En general, hubo un descenso no significativo en el número de consultas de un trimestre a otro durante todo el periodo ($\beta = -1,02$; $p = 0,852$). El número de consultas aumentó no significativamente ($\beta = 35,68$; $p = 0,483$) por trimestre inmediatamente después de la intervención, mostrando un descenso en la tendencia no significativo ($\beta = -0,47$; $p = 0,957$) después de ésta. En las mujeres, el número de consultas fue de 34,92 al inicio del periodo, produciéndose un descenso significativo ($\beta = -3,79$; $p = 0,002$) en el número de consultas de trimestre a trimestre durante todo el periodo. El número de consultas aumentó significativamente por trimestre ($\beta = 38,41$; $p = 0,000$) inmediatamente después de la intervención, junto con un aumento significativo en la tendencia en el segundo periodo ($\beta = 5,34$; $p = 0,017$).

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados revelaron un aumento significativo del número de consultas tras la intervención en las mujeres, pero no así en los hombres. Los datos sugieren que el acceso de las mujeres inmigrantes a los servicios públicos de salud podría estar empeorando como consecuencia del Decreto. Las diferencias observadas entre sexos requerirían más investigación.

880. USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ENTRE POBLACIÓN INMIGRANTE Y NATIVA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

A.I. Hijas-Gómez, L.A. Gimeno-Feliú, R. Carmona, A. Sarría-Santamera

Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Grupo EpiChron de Investigación en enfermedades crónicas, Instituto de Investigación Sanitaria Aragón; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto Carlos III; Red de Investigación en Servicios Sanitarios y Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Antecedentes/Objetivos: Los cambios en los patrones de migración ocurridos en las últimas décadas, tanto desde el punto de vista cuantitativo, con un incremento en el número de inmigrantes, como cualita-

tivo, debido a diferentes causas de migración (laboral, reagrupación familiar, solicitantes de asilo y refugiados) requieren la actualización constante del análisis del acceso a los servicios sanitarios en búsqueda de cambios en los patrones de uso que permita adaptar los servicios de salud a las nuevas realidades socio-demográficas. El objetivo de este estudio es describir la evidencia científica para valorar la existencia de diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre población inmigrante y nativa, evaluando puntos de mejora en el análisis de los factores que pueden estar relacionados con estas diferencias.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura, mediante una búsqueda de artículos originales publicados entre junio 2013 y febrero 2016 que abordasen el uso de los servicios sanitarios comparando la población inmigrante con autóctona, sin limitación de género o etnia, y sin restricción de lenguaje. Se utilizó la base bibliográfica Medline que se complementó con una búsqueda manual de literatura gris. Se recopilaron las características de los sujetos, el contexto del estudio, las características metodológicas y los principales resultados para la comparación de los estudios incluidos.

Resultados: Se incluyeron 36 publicaciones, 28 realizadas en Europa (6 en España) y 8 estudios en otros países. 24 estudios analizaban el uso de atención primaria, 17 atención especializada y hospitalizaciones, 11 estudios en salud mental y 6 incluían análisis de uso farmacéutico. 18 consideraron varios niveles de atención. Las características de los inmigrantes incluían país de origen, estado legal, razones de migración, tiempo de estancia, diferentes generaciones, así como variables de necesidad y sociodemográficas. En general, el uso de los servicios sanitarios fue menor o igual por parte de la población inmigrante, encontrando en 10 estudios discrepancias entre distintos subgrupos.

Conclusiones/Recomendaciones: Los patrones de acceso a los servicios sanitarios difieren tanto respecto a la población nativa como dentro de la población inmigrante, con una tendencia general a la infratilización de servicios por los inmigrantes, tal y como revisiones previas habían identificado. Se refuerza la necesidad de que los estudios que se planteen en este ámbito incorporen información suficiente que permita la caracterización y evaluación de la diversidad en la población inmigrante.

507. ACCESO AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

T. Blasco-Hernández, D. de Gracia Palomera, B. Navaza, L. García-San Miguel, C. Rodríguez Reinado, M. Navarro, A. Benito

Centro Nacional de Medicina Tropical (Instituto de Salud Carlos III); Red de Investigación Cooperativa en Enfermedades Tropicales (RICET); Universidad Complutense de Madrid; Fundación Mundo Sano; Departamento de Medicina Preventiva, Hospital Puerta de Hierro; Universidad de Huelva.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad de Chagas (EC) es la tercera enfermedad tropical por número de afectados en el mundo. Es muy prevalente en muchos países de América Latina, especialmente en Bolivia. Se trata de una enfermedad parasitaria que se ha globalizado por los movimientos migratorios, siendo España el país europeo con el mayor número de casos. Un 80% de los casos en nuestro país ocurren en población de origen boliviano, siendo el 60% mujeres. Sin embargo, se estima que el infradiagnóstico alcanza el 90%. El objetivo de este estudio es identificar los factores que dificultan el acceso al diagnóstico de la enfermedad de Chagas en mujeres latinoamericanas de la Comunidad de Madrid (CM).

Métodos: Estudio cualitativo realizado en 2014-2015, consistente en 2 grupos de discusión y 14 entrevistas a mujeres con la EC procedentes de Latinoamérica y a profesionales sanitarios que trabajan en Unidades de Medicina Tropical (UMT) de la CM. Se elaboró un guión de entrevista y de grupo en torno a unos ejes temáticos. El análisis de la información se ha realizado siguiendo la Teoría Fundamentada mediante el software informático Atlas.ti.

Resultados: Se han identificado como factores que dificultan el acceso al diagnóstico de la EC: 1) la legislación restrictiva del derecho a la sanidad; 2) la falta de recursos del sistema sanitario; 3) el desconocimiento de la población objetivo y falta de información; 4) la falta o confusión de los síntomas de la EC; 5) el miedo; 6) el exceso de burocracia; 7) la falta de formación médica; 8) el elevado coste de oportunidad de acudir al sistema sanitario; 9) la desconfianza en el sistema sanitario; 10) la ausencia de protocolos de actuación; 11) las dificultades en la comunicación médico-paciente; y 12) el malestar psicológico del paciente.

Conclusiones/Recomendaciones: Los factores que dificultan el acceso al diagnóstico de la EC identificados en este estudio aportan elementos clave importantes que pueden ser muy útiles para disminuir el infradiagnóstico que existe actualmente en España.

Financiación: Fundación Mundo Sano.

778. IMPACTO COMBINADO DE HÁBITOS SALUDABLES EN LA INCIDENCIA DE FRAGILIDAD Y DISCAPACIDAD EN ADULTOS MAYORES

R.F. Pérez-Tasigchana, J.L. Gutiérrez-Fisac, E. López-García, E. Struijk, F. Rodríguez-Artalejo, P. Guallar Castillón

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad Autónoma de Madrid; IdiPaz; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Examinar el impacto combinado de tres HS tradicionales (evitar el tabaquismo, adecuada actividad física y dieta saludable), y tres HS no tradicionales (duración adecuada del sueño, poco sedentarismo e interacción social) con el riesgo de desarrollar fragilidad o discapacidad en adultos mayores.

Métodos: En el año 2000 se estableció una cohorte de 4.008 sujetos representativa de la población española de 60 y más años, y fueron seguidos a medio plazo en 2003, y a largo plazo en 2009. Al inicio del estudio se recogió información mediante entrevista domiciliar de los siguientes HS: no fumar o haber dejado de fumar > 15 años, realizar actividad física (AF), seguir un patrón dietético saludable, dormir 7-8 h/d, estar sentado < 8 h/d y tener contacto diario con amigos. En 2003 y en 2009 se valoró por entrevista telefónica la incidencia de fragilidad mediante la escala FRAIL, la limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) mediante la escala de Lawton y Brody, la restricción de actividades diarias (RAD), la restricción de la movilidad y la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) utilizando el cuestionario de Katz. La asociación se resumió con Odds Ratio (OR; IC95%) obtenidas mediante modelos de regresión logística ajustados por los principales confusores.

Resultados: A corto plazo, hacer AF y dormir 7-8 h/d fueron los HS que más fuertemente se asociaron con la disminución del riesgo de fragilidad o discapacidad. A largo plazo fueron hacer AF y estar sentado < 8 h/d. No se encontró asociación para el contacto diario con amigos. Se observó una asociación inversa entre la acumulación de HS y el riesgo de fragilidad o discapacidad incidentes. Los sujetos que cumplieron 3, 4 o 5 HS tuvieron menor riesgo de desarrollar fragilidad o discapacidad a medio y largo plazo cuando los comparamos con aquellos sujetos que cumplen de 0-2 HS (10% de los sujetos). A medio plazo, los que acumularon 5 HS disminuyeron la fragilidad incidente (OR: 0,63; IC: 0,31-1,24; p-trend: < 0,03), limitación en las AIVD (OR: 0,57; IC: 0,35-0,93; p-trend: < 0,004), RAD (OR: 0,41; IC: 0,24-0,68 p-trend: < 0,008), restricción de la movilidad (OR: 0,39; IC: 0,21-0,72 p-trend: < 0,009), y limitación en las ABVD (OR: 0,43; IC: 0,24-0,79 p-trend: < 0,001). Los resultados a largo plazo fueron similares.

Conclusiones/Recomendaciones: La combinación de HS reduce sustancialmente el riesgo de fragilidad y discapacidad incidente en adultos mayores a medio y largo plazo.

Financiación: FIS 09/1626, PI12/1166 y PI13/0288 (State Secretary of R+D and FEDER/FSE), por la "Cátedra UAM de Epidemiología y Control del Riesgo Cardiovascular" y CIBERESP.

98. MEDIACIÓN EN ODONTOLOGÍA: LAS DIFERENCIAS ENTRE EL MUNDO PRIVADO Y EL PÚBLICO

M. Cornejo Ovalle, K. Moscoso

Facultad de Odontología, Universidad de Chile; Servicio Médico Legal, Santiago de Chile.

Antecedentes/Objetivos: En Chile, como parte de la Reforma de Salud, implementada desde el año 2005, se establece la mediación como un procedimiento alternativo de resolución de conflictos derivados de la atención de salud, pre judicial, obligatorio, cuya finalidad es evitar la judicialización de los casos de responsabilidad sanitaria. El objetivo de esta investigación es caracterizar las mediaciones efectuadas en el ámbito de las prestaciones odontológicas otorgadas entre los años 2005 al 2014, tanto del sistema público como el privado.

Métodos: Se trata de un estudio transversal y descriptivo sobre las mediaciones efectuadas desde la implementación de este procedimiento (año 2005) hasta el año 2014, por prestaciones otorgadas en el ámbito odontológico, tanto de prestadores públicos como privados. Las variables analizadas fueron: sexo del demandante, año de la mediación, región de ocurrencia del suceso, especialidad o prestación odontológica causal de la mediación, prestador reclamado (persona jurídica/natural), vía de finalización de la mediación, resultado de la mediación (con acuerdo/sin acuerdo), tipo de reparación: disculpas, prestaciones asistenciales, indemnización. El análisis consideró la descripción de las variables de estudio mediante frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Desde 2005 a la fecha, se han efectuado 519 mediaciones en el ámbito odontológico. En el sistema privado, según tipo de prestador reclamado, el 52% de los casos registrados compromete personas jurídicas. La distribución por sexo de los casos de mediación del sistema público, indican que entre los reclamantes existe un predominio de las mujeres (60,4%). Las especialidades más comprometidas son implantología, endodoncia y cirugía. Un bajo número de casos (4,2%) logra acuerdo directo entre las partes, previo a la ejecución de la mediación misma, y todas ellas corresponden a mediaciones originadas en el sistema privado. Del total de mediaciones finalizadas (250), el 36,8% logra acuerdo total, no existiendo diferencias significativas entre ambos subsistemas ($p = 0,146$). Un alto porcentaje de reclamantes solo solicita explicaciones y no busca retribuciones económicas.

Conclusiones/Recomendaciones: Se sugiere implementar medidas preventivas relacionadas con mejorar la relación odontólogo-paciente, los aspectos bioéticos de los profesionales y favorecer el uso y la ejecución de la mediación, pues constituye una herramienta de dialogo, que empodera a los pacientes y usuarios de servicios sanitarios.

Antecedentes/Objetivos: Diversos estudios han mostrado desigualdades en la utilización de los distintos servicios de salud entre la población autóctona e inmigrante, desigualdades que pueden haberse aumentado en época de crisis. Sin embargo, un ámbito menos explorado es el de los servicios sanitarios no cubiertos o parcialmente cubiertos por el sistema público de salud. El objetivo del estudio fue analizar las desigualdades entre población autóctona e inmigrante en el uso de servicios de dentista, podología y fisioterapia en el País Vasco y compararlas con otros ejes de desigualdad.

Métodos: Estudio transversal referido a la población entre 16 y 50 años residente en el País Vasco y basado en datos procedentes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013. Se analizaron las diferencias en la visita en el último año al dentista, podólogo/a y fisioterapeuta entre población autóctona e inmigrante procedente de países de renta baja (Índice de Desarrollo Humano menor que Portugal). Se calcularon prevalencias y razones de prevalencias ajustados por edad y necesidad, medido por presencia de problemas crónicos, mediante modelos de regresión de Poisson. Asimismo, se analizó siguiendo la misma metodología las diferencias de acceso según dos variables socioeconómicas, clase social basada en la ocupación y nivel de estudios, y se comparó la magnitud de las desigualdades según los tres ejes mediante el índice relativo de desigualdad (RII). Los análisis se realizaron de forma separada para hombres y mujeres.

Resultados: La probabilidad de haber ido al dentista fue menor entre hombres y mujeres inmigrantes que entre los/as autóctonos/as (RP: 0,554; IC95%: 0,546-0,563 y RP: 0,564; IC95%: 0,557-0,571, respectivamente); al igual que sucede respecto a la consulta de fisioterapia (RP: 0,278; IC95%: 0,266-0,291 y RP: 0,283; IC95%: 0,272-0,295); y a la de podología (RP: 0,151; IC95%: 0,130-0,174 y RP: 0,312; IC95%: 0,292-0,334). Las desigualdades según lugar de nacimiento fueron mayores que las descritas para la clase social o el nivel de estudios en todos los servicios analizados, tanto en hombres como en mujeres.

Conclusiones/Recomendaciones: Se evidencian grandes desigualdades en la utilización de servicios no cubiertos por el sistema público de salud entre la población autóctona e inmigrante, que en términos relativos fueron mayores que las descritas según otros ejes de desigualdad socioeconómica. Resulta de gran importancia atender a las desigualdades que se producen en servicios no cubiertos o cubiertos parcialmente por el sistema público, especialmente en un contexto de crisis económica.

Financiación: Ministerio de Economía y Competitividad (CSO2013-44886-R) y Universidad del País Vasco (EHU14/55).

981. DESIGUALDADES EN EL ACCESO DE LA POBLACIÓN VASCA A LOS NIVELES ASISTENCIALES Y PRESTACIONES SANITARIAS NO CUBIERTAS POR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

M. Morteruel, U. Martín, A. Bacigalupe, A. Azpeitia

Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco (UPV/EHU); OPIK, Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico.

Antecedentes/Objetivos: A pesar de la universalidad de nuestro sistema sanitario, se ha constatado que el acceso a los distintos niveles asistenciales es desigual por grupos de población. Han sido menos estudiadas las desigualdades en el acceso a prestaciones sanitarias que quedan fuera de la cartera de servicios públicos, y en las que es necesario un pago directo o la adherencia a un seguro privado. El objetivo es analizar las desigualdades de acceso a niveles asistenciales y a prestaciones sanitarias no cubiertas total o parcialmente y compararlas con aquellas cubiertas totalmente.

Métodos: Diseño transversal referido a la población vasca, a partir de los datos de la Encuesta de Salud del País Vasco de 2013. Se calcularon prevalencias y razones de prevalencia de acceso a diferentes

C003. Desigualdades en salud

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Aula 0.2

Moderadora: Ingrid González Seco

791. DESIGUALDADES EN EL USO DE SERVICIOS SANITARIOS NO CUBIERTOS POR EL SISTEMA PÚBLICO EN EL PAÍS VASCO EN ÉPOCA DE CRISIS: EL ORIGEN IMPORTA MÁS QUE LA CLASE SOCIAL Y EL NIVEL DE ESTUDIOS

Y. González-Rábago, U. Martín, A. Azpeitia

Departamento de Sociología 2 UPV/EHU; Grupo de investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK.

niveles asistenciales y prestaciones sanitarias ajustados por edad y por necesidad (a partir del padecimiento de problemas crónicos). Para comparar las desigualdades se utilizó el índice relativo de desigualdad (RII). Se analizó el acceso a la atención primaria, especializada, enfermería, urgencias y hospitalización, dentista, fisioterapia y podología. Se utilizaron la clase social basada en la ocupación y el nivel educativo (en mayores de 25 años). Todos los resultados se estratificaron por sexo.

Resultados: Mientras que las hospitalizaciones y el uso de la Atención Primaria fue más frecuente entre los grupos más desfavorecidos (medicina de familia; RII-h = 1,23 [1,22-1,25]; RII-m = 1,28 [1,26-1,30]; enfermería RII-h = 1,24 [1,22-1,26]; RII-m = 1,56 [1,54-1,58]), el acceso a la especializada fue mayor a medida que aumentó la clase social (RII-h = 0,88 [0,86-0,89]; RII-m = 0,89 [0,88-0,91]). Este mismo patrón se observó en los servicios no cubiertos por el sistema público, donde las desigualdades de acceso fueron mayores (dentista: RII-h = 0,69 [0,68-0,70] RII-m = 0,63 [0,63-0,64]; fisioterapia: RII-h = 0,55 [0,54-0,56] RII-m = 0,55 [0,54-0,56]; podología: RII-h = 0,59 [0,58-0,60]; RII-m = 0,73 [0,72-0,75]).

Conclusiones/Recomendaciones: El uso de los servicios asistenciales cubiertos por el sistema sanitario público mostró importantes desigualdades, a excepción del acceso a la AP y las hospitalizaciones. Sin embargo, las desigualdades fueron mayores en los servicios no cubiertos por el sistema público. Por tanto, un sistema sanitario público y universal no garantiza que éste no sea un elemento generador de desigualdades sociales en salud sobre todo en contextos en los que todos los servicios no están incluidos.

670. DETERMINANTES SOCIALES Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN POBLACIÓN CON BAJA VISIÓN: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

A. Tobarra-López, D. Gil-González

Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante (UA); Departamento de Óptica, Farmacología y Anatomía (UA); Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia (UA); CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Se estima que mundialmente 191 millones de personas tienen deficiencia visual moderada o grave. Hasta el 85% del deterioro visual es evitable en todo el mundo. El nivel socioeconómico es reconocido como un determinante de la prevalencia de la discapacidad visual. La evidencia muestra que las mujeres y la población con bajo nivel educativo presentan mayor discapacidad visual. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la baja visión clasificada por World Health Organization (WHO) y United States (US), y sus determinantes sociales así como el acceso a los servicios de salud de la población afectada.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática consultando las bases de datos: Embase, Medline, Web of Science, Scopus y Willey online library. Se excluyeron artículos no originales, que engloban resultados de baja visión y ceguera sin definir agudeza visual (AV) y que estudian sólo ceguera. Se incluyeron artículos sin límite temporal que relacionaran baja visión con determinantes como ocupación, ingresos, género, educación y acceso a los servicios de salud; artículos que definían baja visión según criterio WHO ($AV \leq 20/60$ - $20/400$) y criterio US ($AV \leq 20/400$ - $20/200$). Se aplicó un protocolo de extracción de información y se realizó un análisis de calidad de los estudios a través de STROBE.

Resultados: De un total de 749 artículos identificados, se incluyeron 52 artículos publicados entre 1997 y 2015. Principalmente se estudió baja visión según criterio WHO (64%) con diseños transversales. Se observó que la baja visión afecta fundamentalmente a las mujeres (81%) y a la población con bajo nivel educativo (44%); en menor pro-

porción se vincula con desempleo o trabajos manuales (19%), bajos ingresos (15%), vivir en zona rural (12%) y barreras de acceso a los servicios sanitarios (4%). Los artículos analizados muestran problemas de calidad, 28 artículos (54%) no superan el cumplimiento de al menos el cincuenta por ciento de los criterios STROBE, 98% no presenta análisis de sensibilidad, el 96% no especifica todas las medidas adoptadas para afrontar las fuentes potenciales de sesgo y el mismo porcentaje no indica el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés.

Conclusiones/Recomendaciones: Las mujeres y niveles bajos de educación constituyen las poblaciones más afectadas por la baja visión. La calidad de la evidencia científica en torno a este tema es media-baja, por lo que se requieren estudios más rigurosos en torno a este problema de salud.

837. RELACIÓN ENTRE CLASE SOCIAL AL NACER Y NIVEL DE ESTUDIOS FINALIZADOS Y EN LA POBLACIÓN CONTROL DEL ESTUDIO MCC-SPAIN

M. Campos, R. Peiró, S. de Sanjosé, M. Kogevinas, M. Pollán, B. Pérez, T. Fernández-Villa, T. Dierssen, J. Alguacil

CYSMA, Universidad de Huelva; CIBERESP; FISABIO, Universidad de Valencia; Institut Català d'Oncologia; ISGlobal CREAL; Instituto de Salud Carlos III; Universidad de León; Universidad de Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: El nivel de estudios es un determinante de la salud. Las desigualdades sociales en salud son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social a través del nivel educativo, entre otros factores. Existe poca información a nivel poblacional sobre la magnitud de las diferencias en nivel educativo por clase social en nuestro país. Se comparó el nivel de estudios finalizados en función de la clase social de los padres en el momento del nacimiento de los participantes.

Métodos: Se utilizó la población control de un estudio caso-control de base poblacional (MCC-Spain) realizado en 12 provincias españolas entre 2008 y 2013. Se reclutaron 4.101 sujetos control, de entre 20 y 85 años (mediana de 65 años). El 49,7% eran mujeres. Se comparó (test chi cuadrado) la proporción de sujetos en cada categoría de nivel de estudios terminados (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios) en función de la clase social (baja, media, alta) de los padres en el momento del nacimiento de los participantes (ambas variables referidas por los participantes).

Resultados: El 42,2% de los individuos con padres de clase social alta reportó estudios universitarios, por un 9,9% en la población con padres de clase social baja ($p < 0,05$). El porcentaje de sujetos con estudios universitarios fue aumentado con la década de nacimiento, (26,7 vs 3,6% en la década de los 20s, hasta 55,6 vs 26,7% en los nacidos entre 1970 y 1985, para clase social alta vs baja respectivamente). La proporción de mujeres con estudios universitarios fue menor que en los hombres hasta los años 60, en que se igualó (31,5%), y para las nacidas a partir de 1970 fue superior que en los hombres (52,7 vs 33%, $p < 0,05$).

Conclusiones/Recomendaciones: La magnitud del impacto de las desigualdades sociales en el nivel de estudios de la población española actualmente mayor de 30 años ha sido elevada.

Otros firmantes: G. Fernández-Tardón (IUOPA, U. Oviedo), J. Castilla (Instituto de Salud Pública de Navarra), J.J. Jiménez-Moleón (Universidad de Granada), J.M. Altzibar (Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa), R. Marcos-Gragera (ICO, IdIBGi), L. Cirera (Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de Murcia), R. Capelo (CYSMA, U. Huelva), V. Moreno (ICO), N. Aragonés (IS Carlos III).

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria, CIBERESP.

203. FACTORES ASOCIADOS A PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE CONDUCTA A LOS 9 AÑOS EN LA COHORTE INMA-VALENCIA

L. González, M. Murcia, M.J. López-Espinosa, E.M. Alabarta, S. Llop, C. Iñiguez, M. Rebagliato

Unidad Mixta de Investigación FISABIO-Universitat Jaume I (UJI)-Universitat de València (UV); CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las características del entorno familiar y el trasfondo socioeconómico repercuten en el bienestar emocional y en la conducta de sus miembros. Este estudio pretende evaluar qué factores sociodemográficos, del entorno familiar y propios del niño/a, se asocian a síntomas de problemas emocionales (puntuación directa de síntomas internalizantes) y de la conducta (puntuación directa de síntomas externalizantes) a los 9 años.

Métodos: La población de estudio son niños/as ($n = 427$) de la cohorte INMA-Valencia (2004-2013). Los síntomas internalizantes y externalizantes fueron medidos mediante el cuestionario Child Behavior Checklist (CBCL) cumplimentado por los padres a los 9 años. Se recogió información sociodemográfica y del entorno familiar, tanto de la madre como del niño/a, en diferentes momentos (embarazo, nacimiento, al año, y a los 7 años). En el análisis descriptivo se utilizó el punto de corte clínico (puntuación $t = 60$). Se evaluó la relación de estas variables con la puntuación directa de las dos escalas mediante modelos multivariantes de regresión binomial negativa.

Resultados: El 11,7% de la muestra presentó riesgo medio o alto para problemas internalizantes, y el 11,0% para externalizantes. En el análisis ajustado por edad y género, ambas escalas se asociaron con clase social, edad de la madre y estudios de ambos padres. Además, niños/as con hermanos de madres con mayor puntuación en el test de inteligencia, que no fumaron durante el embarazo y con lactancia de larga duración tuvieron puntuaciones más bajas en problemas externalizantes. En el análisis multivariante, en ambas escalas mantuvieron la asociación con nivel educativo materno (universitarios vs primarios: $RR = 0,78$ [IC95% 0,63 0,96] para internalizantes y $RR = 0,73$ [IC95% 0,58 0,91] para externalizantes); y paterno ($RR = 0,75$ [IC95% 0,60 0,94] para internalizantes y $RR = 0,62$ [IC95% 0,48 0,80] para externalizantes). Para problemas internalizantes, se detectó una interacción significativa entre género y edad, con puntuaciones más elevadas a menor edad en niñas y a mayor edad en niños, mientras que para externalizantes, el género masculino obtuvo mayor riesgo. Con el resto de variables no se observó asociación ($p > 0,10$).

Conclusiones/Recomendaciones: Se observan puntuaciones más bajas en ambas escalas a mayor nivel educativo de ambos padres, incluso tras tener en cuenta los factores del entorno y propios de la madre y del niño/a. Por ello, se recomienda la implementación de políticas sociales para paliar las desigualdades.

Financiación: ISCIII, FEDER: PI11/02038, PI14/01687, PI13/1944. Miguel Servet-FEDER CP11/0178, CP15/0025.

811. MEDICIÓN DEL CAMBIO ECONÓMICO Y SOCIAL EN ÁREAS PEQUEÑAS DE MADRID: FUENTES DE DATOS ALTERNATIVAS E INDICADORES INNOVADORES

U. Bilal, M. Franco, T.A. Glass

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá.

El cambio económico y social es un importante determinante de la salud. El estudio del cambio de los entornos residenciales (generalmente mediante censo) raramente se realiza con una combinación de alta precisión espacial (sección censal) y temporal (cambios anuales). Nuestro objetivo es desarrollar un modelo de medición del cambio económico y social en áreas pequeñas de Madrid desde 2005 hasta 2014, utilizando fuentes de datos alternativas e indicadores innova-

dores. Incluimos todas las secciones censales de la ciudad de Madrid de 2005 a 2014, recogiendo datos de padrón continuo, fichero de bienes inmuebles del catastro y registro electoral del ministerio del interior. Se computaron indicadores de: (1) movilidad residencial: % de personas por nivel educativo y % de población inmigrante, número de habitantes y número de cambios de domicilio en el último año (entradas + salidas); (2) cambios internos: % de población por grupos de edad y edad media de la población, participación política (% de participación en las elecciones previas), poder político de partidos socialdemócratas (% de votos a ciertos partidos); y (3) influencias externas en vivienda: número y superficie total ocupada por viviendas y superficie residencial disponible por habitante. Para cada indicador se exploraron 3 medidas espacialmente explícitas: valor en la sección censal a estudio, valor medio (ponderado por población) en las secciones colindantes, y desigualdad local (diferencia cuadrática media entre cada una de las secciones colindantes y la sección a estudio). También se exploraron 4 medidas temporalmente explícitas: medidas absolutas (valor en el año a estudio), cambio (año actual - año previo, y con diferentes retrasos), cambio acumulado (año actual - año inicial) y relativas (posición de la sección respecto al resto de secciones de Madrid). En exploraciones preliminares se ha observado que alguna de las zonas con mayor crecimiento urbanístico durante los años de burbuja inmobiliaria (Hortaleza y Villa de Vallecas) presentan los cambios más claros en la mayoría de indicadores, asociándose estos cambios con incrementos temporales en desigualdad local. La aplicabilidad de estos indicadores a cualquier otro contexto urbano español es directa, dado que todos ellos provienen de fuentes nacionales con disponibilidad inmediata de datos para cualquier municipio, con excepción de los indicadores cambios de domicilios obtenidos del Ayuntamiento de Madrid. Futuras iteraciones de este modelo incluirán indicadores a nivel de barrio (como desempleo y precio de la vivienda) integrándose a los datos de sección censal mediante técnicas de imputación bayesiana espacial.

Financiación: Center for a Livable Future - Lerner Fellowship.

877. DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA MORTALIDADE INFANTIL EM BRASÍLIA, BRASIL. UM MODELO ESPACIAL HIERARQUIZADO

W.M. Ramalho, E.C. Duarte, H.C. Gurgel, W.N. Araújo

Faculdade de Ceilândia; UnB; Faculdade de Medicina, UnB; Departamento de Geografia, UnB.

Antecedentes/Objetivos: Descrever a distribuição espacial e analisar os fatores associados à mortalidade infantil na Zona Urbanizada (ZU) do Distrito Federal.

Métodos: Estudo de caso-controle espacial. Foram considerados como casos os nascidos vivos do ano de 2009 (identificados no Sistema de informação sobre Nascidos Vivos - SINASC), residentes no Distrito Federal (DF) e que foram a óbito com menos de 1 ano de idade (identificados no Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM). Foram considerados como controles os nascidos vivos no ano de 2009 e não identificados no SIM. Para a análise dos dados foi usada regressão aditiva (GAM) a fim de estimar efeitos espaciais da distribuição da chance de óbito infantil. Foi considerada a hierarquia - distal, medial, proximal - das variáveis independentes em relação a cada um dos desfechos.

Resultados: O risco do óbito infantil na população dos nascidos vivos (NV) em 2009 foi de 12,21%. NV. Variáveis socioeconômicas foram associadas com a distribuição espacial dos óbitos infantis ($p < 0,05$). As variáveis ligadas à atenção à saúde e as características biológicas maternas também estiveram associadas ao desfecho estudado ($p < 0,05$). A associação do espaço em relação ao óbito infantil perdeu significância após a inclusão das variáveis relacionadas às características da criança, ou seja, no modelo mais proximal.

Conclusiones/Recomendaciones: Foram identificadas áreas ("hot spot") de alta chance para a mortalidade infantil nas ZU mais periféricas do DF e de menor chance nas ZU mais centrais, sugerindo a existência de desigualdades na atenção à saúde e a persistência de necessidades não atendidas de grupos populacionais específicos.

884. ESPERANZA DE VIDA EN LOS BARRIOS DE MADRID: APORTACIONES A LA INTERPRETACIÓN DE SUS DIFERENCIAS

G. Blasco Novalbos, J.M. Díaz Olalla, M.T. Benítez Robredo, E.J. Pedrero Pérez, R. Rodríguez Gómez

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

Antecedentes/Objetivos: Crece el interés por conocer indicadores de salud de la población agregados según zona residencial subdistrital en grandes ciudades. En la ciudad de Madrid, el barrio se sitúa en el centro de la planificación y la evaluación de políticas en el contexto del Plan Municipal "Madrid ciudad de los cuidados". Se calculó la esperanza de vida al nacer (EVN) de la población de los 128 barrios de la ciudad.

Métodos: Se agrupan datos de defunciones y de población del cuatrienio 2009-2012 procedentes del Instituto Madrileño de Estadística y del Padrón Continuo. Se compusieron las respectivas tablas de vida de la población de los barrios para su totalidad y por sexos, según método de Chiang, recomendado para obtener las EVN en poblaciones pequeñas. El método proporciona además los respectivos IC95% del dato central en años, con objeto de acotar la incertidumbre derivada de la escasez de defunciones y población que no es posible superar con la mera y siempre limitada agregación temporal.

Resultados: En el cuatrienio 2009-2012 fallecieron 106.352 personas en la ciudad de Madrid, que acumuló una población por agregación anual de 13.027.558 de habitantes, lo que equivale a una media anual de 26.588 defunciones de 3.256.890 personas que componen, también como media anual, la población general. La EVN en la ciudad de Madrid en el periodo estudiado fue de 83,14 años (IC95% 83,06-83,21) para el conjunto de la población, que correspondió a 79,85 años (79,74-79,96) en los hombres y a 85,87 años (85,77-85,96) en las mujeres. El mejor dato de EVN lo obtuvo el barrio de El Goloso (88,66 años e IC95% de 86,5-90,83) y el peor el de Amposta (78,36 años e IC95% de 76,56-80,16), con una diferencia de 10,3 años. En las mujeres la más alta EVN la registraron las mujeres de El Goloso con 91,73 años (88,98-94,48) y la más baja las de El Plantío con 77,78 años (73,62-81,94). Para los hombres el mejor dato es también el del barrio de El Goloso con 84,91 años (81,54-88,28), siendo el más bajo el de Cuatro Vientos con 74,66 años (69,96-79,35).

Conclusiones/Recomendaciones: A pesar de las llamativas diferencias en los datos centrales de EVN, al aplicar sus respectivos IC95% comprobamos que pocos barrios se sitúan significativamente por debajo o por encima de la EVN de la población de la ciudad analizada en su conjunto. El método propuesto es una buena solución para la contrastación de las expectativas vitales de poblaciones establecidas territorialmente pues permite la autodepuración de aquellas con escasa casuística en el periodo analizado.

315. CALIDAD DE VIDA EN LESBIANAS, GAYS Y BISEXUALES (LGB) EN COMPARACIÓN CON POBLACIÓN HETEROSEXUAL

M. Martí-Pastor, G. Pérez, A. Pont, J. Alonso, O. Garín, M. Ferrer

Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM); CIBERESP; Universitat Autònoma de Barcelona; Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: Existe abundante evidencia de que la población LGB tiene mayor prevalencia de trastornos crónicos y de conductas relacionadas con mala salud, pero muy pocos estudios que

evalúen la calidad de vida relacionada con la salud. El objetivo de este estudio fue comparar la calidad de vida relacionada de los individuos LGB con la de los heterosexuales de la población general de Barcelona e identificar los factores asociados.

Métodos: En la Encuesta de Salud de Barcelona del 2011 de la Agencia de Salut Pública de Barcelona, 3.277 adultos (93% del total de participantes) respondieron el cuestionario EQ-5D que mide la calidad de vida relacionada con la salud (5 dimensiones con 3 opciones de respuesta) y, una pregunta sobre orientación sexual. Las variables dependientes fueron el índice EQ-5D (desde valores negativos a 1 = salud perfecta, y 0 = muerte) y las dimensiones del EQ-5D. El índice se calculó con los valores de preferencia españoles obtenidos por Time Trade Off. Para valorar las diferencias por orientación sexual (variable explicativa principal), construimos un modelo Tobit para el índice EQ-5D, y modelos de regresión de Poisson con estimación robusta de la variancia para las dimensiones EQ-5D (dicotomizadas). Los modelos multivariados fueron ajustados por características socio-demográficas, soporte social (Escala de Duke) y conductas relacionadas con la salud.

Resultados: De los participantes, 3200 (97,6%) declaraban ser heterosexuales y 77 (2,4%) LGB (46 mujeres). Los modelos multivariados ajustados por género, edad, nivel de estudios, país de nacimiento y soporte social mostraban que la población LGB presentaba una puntuación inferior en el índice EQ-5D (-0,054; p-value = 0,029) y razones de prevalencia de problemas más elevadas en movilidad (RPa = 1,76; IC95% = 1,01-3,08), actividades cotidianas (RPa = 2,25; IC95% = 1,18-4,26), dolor-malestar (2,68; IC95% = 1,3-5,51) y ansiedad-depresión (2,59; IC95% = 1,25-5,35). Tras introducir las variables de conductas relacionadas con la salud en los modelos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ni para el índice EQ-5D ni para sus dimensiones.

Conclusiones/Recomendaciones: La población LGB muestra peores resultados en calidad de vida relacionada con la salud, tanto a nivel global como en la mayoría de dimensiones del EQ-5D; siendo las conductas relacionadas con la salud las que desempeñan un papel fundamental en la explicación de tales diferencias. Estas desigualdades en salud muestran la necesidad de desarrollar programas dirigidos a la población LGB que integren la investigación, la provisión de servicios, la política y la acción comunitaria.

Financiación: DIUE de la Generalitat de Catalunya (2014 SGR 748).

383. VARIABLES SOCIOECONÓMICAS DURANTE EL EMBARAZO Y CRECIMIENTO FETAL EN LA COHORTE INMA

C. Iñiguez, M. Murcia, M. Rebagliato, L. González, L. Santa-Marina, A. Fernández-Somoano, J. Sunyer, F. Ballester

UMI FISABIO-UJI-Universitat de València, Unidad Mixta de Investigación; CIBERESP; Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa; Health Research Institute (BIODONOSTIA); Universidad de Oviedo; ISGlobal, CREAL.

Antecedentes/Objetivos: Existen pocos estudios que analicen desigualdades sociales sobre el crecimiento fetal, siguiendo un enfoque longitudinal. Sin embargo, la especificidad en la ventana crítica de exposición, así como en el segmento biológico afectado, pueden tener consecuencias específicas en la salud futura. Nuestro objetivo es estudiar la relación entre factores socioeconómicos y biometría fetal en distintos momentos del embarazo.

Métodos: La población a estudio son 1867 mujeres embarazadas participantes en el proyecto INMA (Asturias, Gipuzkoa, Sabadell y Valencia) con al menos dos ecografías, y con información completa sobre dieta, estilos de vida, características socioeconómicas y demográficas y exposiciones ambientales durante el embarazo. Para cada parámetro fetal: diámetro biparietal (DBP), longitud de fémur (LF), perímetro abdominal (PA) y peso fetal estimado (PFE), y cada

feto, se obtuvieron puntuaciones normales (z-scores) de tamaño fetal a las 12, 20 y 34 semanas de gestación mediante modelos mixtos, ajustados por variables constitucionales. Como factores socio-económicos se analizaron: clase social basada en la ocupación de nivel más alto en la madre y el padre, con categorías CSI, CSII y CSIII, de más a menos privilegiada, nivel de estudios: primario, secundario y universitario, y trabajo: sí o no durante el embarazo. La relación se evaluó mediante regresión lineal, ajustada por todas las variables relacionadas con la respuesta, en cada cohorte y los estimadores fueron combinados mediante meta-análisis.

Resultados: Se observó un claro gradiente negativo en relación con la clase social en el primer trimestre de embarazo, siendo estadísticamente significativa la reducción de tamaño asociada con la clase CSIII respecto a CSI para DBP: -6,3%, IC95%: (-12,2, -0,3), PA: -7,8%: (-13,6, -1,8) y PFE: -8,1% (-13,9, -2,2). Para LF la reducción fue ligeramente inferior (6%, $p = 0,053$). Los mismos efectos se prolongaron hasta la semana 20 en PFE y hasta la 34 en LF. Las asociaciones con nivel de estudios fueron más débiles y relativas a una reducción de AC y PFE en la semana 34 en estudios secundarios respecto a primarios. La situación laboral no se relacionó con el crecimiento fetal.

Conclusiones/Recomendaciones: Nuestros resultados proporcionan evidencia sobre la existencia de desigualdades socioeconómicas con efectos adversos sobre el crecimiento fetal en el primer trimestre de embarazo que parecen ser compensados después, en menor medida para LF. Se deberían dirigir las políticas de salud a proteger la salud de la embarazada antes, durante y después del embarazo.

CO04. Lesiones por causas externas

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Aula 0.2

Moderadora: Virginia Martínez Ruiz

850. DIFERENCIAS POR SEXO Y EDAD EN LA MORTALIDAD POR ACCIDENTE DE TRÁFICO SEGÚN TIPO DE COLISIÓN Y FACTORES MEDIOAMBIENTALES

J. Pulido, M.M. Martín-Rodríguez, I. Alonso, S. Fernández-Balbuena, M. Ruiz, E. Jiménez-Mejías, P. Lardelli-Claret

Escuela Nacional Sanidad; Hospital Universitario Insular Gran Canaria; Universidad de Granada; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Teniendo en cuenta la intensidad de exposición las tasas de mortalidad por tráfico en conductores de vehículos (TMTC) se ven incrementadas conforme aumenta la edad y son mayores en hombres. Sin embargo, se desconoce el patrón de mortalidad que puede darse para diferentes tipos de accidentes y factores medioambientales. El objetivo fue comparar la magnitud de las TMTC por edad y sexo según tipo de colisión y las condiciones medioambientales en el momento del accidente en España, entre 2004 y 2013.

Métodos: A partir de los conductores de vehículos fallecidos a 24 horas registrados por la DGT, se estimaron TMTC por sexo y edad (15-17, 18-29, 30-44, 45-64, 65-74 y > 74 años) ponderadas por la magnitud de exposición relativa de cada grupo según el tipo de colisión (frontal; lateral; trasera/múltiple) y de las siguientes condiciones externas: superficie del pavimento (seca/limpia; otras), luminosidad (día; noche/crepúsculo), fenómenos atmosféricos (buen tiempo; tiempo desfavorable) y visibilidad (plena; restringida). Estas tasas se obtu-

vieron mediante el método de exposición cuasi-inducida, que asume que los conductores no infractores implicados en colisiones limpias con otro vehículo, cuyo conductor sí fue infractor, pueden considerarse una muestra representativa de los conductores circulantes. Después se obtuvieron razones de tasas de mortalidad (RTM) por estratos de edad y sexo, tomando como referencias el grupo de 18-29 años y el sexo femenino.

Resultados: Con respecto a la edad, el patrón fue similar en todas las colisiones, aumentado la mortalidad conforme lo hacía la edad, salvo en las colisiones traseras, donde los conductores de 15-17 años presentaban RTM similares a los de > 64 años. Bajo condiciones ambientales desfavorables, las RTM fueron más bajas que en condiciones óptimas en todos los grupos de edad, observando una mortalidad en el grupo de 30-64 años más baja que en el de referencia. Con respecto a las diferencias por sexo, las RTM revelaron también una mayor mortalidad en varones para todas las colisiones, salvo en las frontales en conductoras de > 64 años. Las diferencias por sexo tendían a desaparecer bajo condiciones desfavorables en la población > 74 años.

Conclusiones/Recomendaciones: El patrón de mortalidad se mantiene en general al evaluar las tasas de mortalidad en cada colisión y factor medioambiental. Sin embargo se encontró menor riesgo de mortalidad en los conductores adultos de entre 30 y 64 años cuando las condiciones externas eran desfavorables. Respecto a las diferencias por sexo, parece que éstas desaparecen en los más mayores sólo cuando son desfavorables las condiciones externas.

Financiación: PI14/00050, cofinanciada por Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

169. VARIABLES PREDICTORAS DE DAÑO CEREBRAL EN EL TRAUMATISMO CRANEAL LEVE

M. Vaquero Álvarez, J. Valle Alonso, F.J. Fonseca del Pozo

Unidad de Gestión Clínica de Linares, Centro de Salud San José; Servicio de Urgencias, Royal Bournemouth Hospital, Reino Unido; Instituto Maimónides de Investigación Biomédica/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba, DCCU de Montoro.

Antecedentes/Objetivos: El traumatismo craneal (TCE) leve es una causa importante de morbilidad y mortalidad y una de las razones más habituales de visitas a urgencias. La mayoría de los pacientes con TCE de < 24 horas están conscientes a su llegada a urgencias, presentando una puntuación en la Escala de coma de Glasgow (GCS) entre 14 y 15 puntos. Nuestro objetivo es conocer las características clínico-epidemiológicas de los TCE leves y estudiar los factores asociados al daño cerebral en estos traumatismos.

Métodos: Estudio prospectivo realizado entre 2011 y 2013, en un Hospital que atiende a una población de 90.000 habitantes. Se incluyeron 217 pacientes con criterios de TCE leve (traumatismo directo en la cabeza con pérdida de conciencia y/o amnesia y/o cefalea difusa y/o vómitos; puntuación en GCS inicial de 14 o 15 puntos; y traumatismo en las últimas 24 horas), a los que se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo como parte del protocolo. Las variables independientes han sido: edad, género, mecanismo lesional, tiempo desde el daño al hospital, derivación ambulatoria, pérdida de conciencia, vómitos, cefalea, vómitos, puntuación en GCS, etc. Consideramos como variable dependiente la presencia de lesiones traumáticas en el TAC. Para determinar las variables predictivas en el TCE, según resultado del TAC, se han calculado Odds Ratio (OR) crudas y ajustadas para las variables independientes, con intervalo de confianza calculados con una seguridad del 95%.

Resultados: Los hombres representaron el 62,2% del total, la edad media fue de 68,5 años (rango 16-102). En relación al mecanismo lesional, el más frecuente fue caída de altura inferior a 1 m (29,5%); en cuanto al tiempo de llegada al hospital: 3,2% lo hace en menos de 30 minutos, 47,9% en 1 hora, 15,7% en 2-3 horas y 33,2% de 3 a 24 horas.

El 12% de los pacientes presentaron imágenes patológicas en el TAC de cráneo, siendo las lesiones más frecuentes: contusión cerebral y hemorragia subaracnoidea. Encontramos que los accidentes de tráfico se asocian a una mayor posibilidad de sufrir lesión intracraneal OR 2,8 (IC95% 1,3-6,4). Las cuatro variables que han mostrado asociación significativa con TAC de cráneo patológico, después del análisis multivariante, han sido: puntuación 14 en GCS (OR 4,7, IC95% 1,3-17,1), vómitos OR 26,75 IC95% 7,55-94,8), edad = 65 años OR 3,9, IC95% 1,5-10,1), y cefalea OR 6,6, IC95% 1,4-29,9), con los que se ha confeccionado un modelo predictivo.

Conclusiones/Recomendaciones: Cuando un paciente sufre un TCE, las variables que más se asocian a un TAC patológico son: presentar dos o más vómitos, cefalea, puntuación 14 en CGS y edad mayor o igual a 65.

655. DEFUNCIONES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INTERVENCIÓN JUDICIAL EN TARRAGONA

E. Barbería, J.M. Suelves, A. Xifró, P. Torralba, I. Landín, C. Amaya, R. Álvarez, C. Muñoz

Institut de Medicina Legal de Catalunya i Ciències Forenses; Agència de Salut Pública de Catalunya; Universitat Rovira i Virgili; Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La OMS estima que las lesiones causan anualmente la muerte de 855.000 niños y adolescentes, especialmente en países en vías de desarrollo. En el año 2013 en España, el INE registró 2245 fallecimientos entre 1-19 años de edad, de los que 366 (16,3%) fueron por causas externas. El objetivo de este estudio es describir las defunciones infantiles y de adolescentes en el Camp de Tarragona a partir de la fuente forense.

Métodos: Estudio observacional de las defunciones con intervención judicial en edades entre 0 y 19 años durante los años 2013-2015 en la División de Tarragona del Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya. Además de la causa básica de defunción codificada según CIE-10, se registraron variables sociodemográficas como edad, sexo, nacionalidad, fecha y lugar de defunción. Se excluyeron del estudio las defunciones perinatales.

Resultados: Las 29 defunciones analizadas correspondieron a un perfil de 14 mujeres, edad media de 7,6 años, 55,2% de nacionalidad extranjera, de las que 18 (62,1%) fueron defunciones por causas externas (CE). Se produjeron 5 defunciones en menores de 1 año (1 por CE), 9 entre 1-4 años (7 por CE), 3 entre 5-9 años (3 por CE), 4 entre 10-14 años (3 por CE) y 8 entre 15-19 años (4 por CE). La nacionalidad era extranjera en el 55,6% de las defunciones por CE frente al 41,7% de las defunciones por causas naturales. La proporción de mujeres fue de 44,4% en las defunciones por CE frente a un 58,3% en las muertes por causas naturales. Todas las defunciones por CE fueron no intencionales excepto 1 defunción por suicidio. Las CE no intencionales de defunción fueron: 6 lesiones por tráfico (3 ocupantes de vehículos a motor y 3 atropellos), 4 asfixias (2 sumersiones en piscina privada, una ahorcadura y una compresión torácica en la cuna), 4 inhalaciones de humo en incendio (una misma familia), 2 atropellos por tren y 1 electrocución en una guardería. El 72,2% de las defunciones por CE se produjeron en los meses de julio y marzo y las 4 muertes por asfixia ocurrieron en menores de 4 años. El porcentaje de defunciones infantiles y adolescentes con intervención judicial de nacionalidad extranjera fue 10 veces superior al del total de defunciones con intervención judicial en Tarragona.

Conclusiones/Recomendaciones: El exceso de mortalidad infantil de nacionalidad extranjera por causas externas en nuestro estudio, a pesar de sus limitaciones (bajo número y carácter local), puede ser un indicador de desigualdad social. La colaboración entre Salud Pública y Medicina Forense es de gran utilidad para identificar y caracterizar la mortalidad infantil por causas externas y adoptar medidas preventivas.

824. ¿SON EFECTIVAS LAS ZONAS AVANZADAS PARA MOTOS?

E. Santamariña-Rubio, K. Pérez

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau.

Antecedentes/Objetivos: Para mejorar la elevada movilidad en moto por Barcelona, entre 2009 y 2010 se adaptaron tramos de vía para disponer de una zona avanzada para motocicletas y ciclomotores (ZAM) previa a los semáforos. Se pretende evaluar el impacto de las ZAM en las colisiones de tráfico en el periodo 2002-2014.

Métodos: Estudio de diseño casi-experimental de evaluación de una intervención (ZAM) con grupo de comparación. La población de estudio son las personas que se desplazan por Barcelona. Las ZAM son tramos de vía de 4m de largo, pintados y con señalización vertical, anteriores al paso de peatones. Se implementaron 35 ZAM en 2009 (Fase I) y 16 en 2010 (Fase II). Para cada ZAM se elige una zona próxima de comparación. Se definen 2 áreas: ZAM y 30m anteriores (ZAM34); paso de peatones y intersección (CRUCE). Mediante la geocodificación de las colisiones, proporcionadas por la Guardia Urbana, se identifican las ocurridas en las dos áreas. Las variables dependientes son el número de colisiones globales, con implicación de moto, personas lesionadas y conductores de moto implicados. Los periodos de estudio son: Fase I, 2002-2009 pre-intervención y 2010-2014 post; Fase II, 2002-2010 pre y 2011-2014 post. Mediante modelos de regresión Poisson-lognormal, con un factor aleatorio de zona, se estima el riesgo relativo (RR) y sus Intervalos del 95% de Confianza (IC95%), en el post respecto al pre, en ambas áreas, para las ZAM y las zonas de comparación. Se ajusta por la movilidad y características de la vía.

Resultados: En las ZAM fase I, se producen una media anual de personas lesionadas de: 50 en el periodo pre y 63 en el post, en el área ZAM34; 234 en el pre y 197 en el post, en el área CRUCE. Ajustando por la movilidad y características de la vía, en el área ZAM34 de las ZAM, aumenta significativamente el riesgo de colisión global (RR = 1,34 [1,12-1,61]) y con implicación de moto (RR = 1,44 [1,17-1,78]), de lesión (RR = 1,26 [1,01-1,58]) y de colisión siendo conductor de moto (RR = 1,39 [1,10-1,75]). En las zonas de comparación sólo aumenta el riesgo de lesión (RR = 1,42 [1,09-1,85]). En el área CRUCE de las ZAM, no se observan cambios de riesgo significativos, pero en las zonas de comparación disminuye el riesgo de lesión (RR = 0,86 [0,75-0,98]) y de colisión siendo conductor de moto (RR = 0,85 [0,74-0,98]). En las ZAM fase II, se producen una media anual de personas lesionadas de: 30 en el periodo pre y 35 en el post, en el área ZAM34; 91 en el pre y 87 en el post, en el área CRUCE. En la fase II, ajustadas la movilidad y características de la vía, no se observan cambios significativos en los riesgos, en ninguna área, ni en las ZAM ni en las zonas de comparación.

Conclusiones/Recomendaciones: Las ZAM no son efectivas para mejorar la seguridad vial. En algunas vías, incrementan el riesgo de lesión por tráfico en el área ZAM y los 30m anteriores.

457. ASOCIACIÓN DEL NO USO DE CASCO CON LA LETALIDAD CICLISTA EN LAS PRIMERAS 24 HORAS POST-ACCIDENTE. ESPAÑA, 1993-2013

V. Martínez Ruiz, D. Molina Soberanes, J. Pulido Manzanero, C. Amezcua Prieto, L. García Molina, N. Cano Ibáñez, E. Espigares Rodríguez, P. Lardelli Claret, E. Jiménez Mejías

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Escuela Nacional de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha incrementado en España el uso de la bicicleta como medio de transporte habitual y

no solo como actividad deportiva o de ocio. El aumento en el número absoluto de ciclistas circulantes puede suponer, como ya parecen indicar los datos de la Dirección General de Tráfico (DGT), un incremento en el número de ciclistas lesionados o fallecidos. Aunque algunos estudios han observado una asociación entre el no uso de casco y una mayor letalidad post-accidente, la magnitud de dicha asociación es incierta. El objetivo del presente estudio es identificar, y en su caso cuantificar, la asociación existente entre el no uso de casco y la letalidad de los ciclistas en las primeras 24 horas tras sufrir un accidente de tráfico (AT), en España, en el período 1993-2013.

Métodos: Se estudiaron los 65.977 ciclistas implicados en un AT en España incluidos en el registro de AT con víctimas de la DGT, entre 1993 y 2013. Debido al volumen de datos faltantes presente en la muestra (26,4% en el caso del uso de casco), se realizó de forma previa una imputación múltiple de datos faltantes mediante el método de ecuaciones encadenadas, generándose 50 archivos completos. A continuación se aplicó un modelo de regresión de Poisson para cuantificar la asociación del no uso de casco con la letalidad ciclista, ajustada por otras variables del propio ciclista (edad, sexo, circunstancias psicofísicas, nacionalidad, motivo del desplazamiento, infracción cometida) y variables ambientales (tipo de accidente, zona, características de la vía, factores atmosféricos, estado de la superficie de la calzada, hora, período de tiempo, provincia).

Resultados: No usar casco aumentó un 38% el riesgo de letalidad ciclista (RR = 1,38; IC95%: 1,20-1,58). Por lo demás, es destacable la moderada asociación inversa obtenida para el sexo femenino (RR = 0,82; IC95%: 0,67-0,99), el progresivo incremento de riesgo asociado a edades avanzadas (RR = 4,60 en los ciclistas > 74 años, tomando como referencia los 25-29 años) y el riesgo asociado a implicarse en determinadas circunstancias psicofísicas, como consumir alcohol o drogas, sufrir una enfermedad súbita, etc. (RR = 1,52; IC95%: 1,15-2,00).

Conclusiones/Recomendaciones: En vista del mayor riesgo de morir en un accidente de tráfico asociado a no llevar casco, parece recomendable promover el uso de este dispositivo de seguridad entre los usuarios de bicicleta por parte de las administraciones públicas.

Financiación: Dirección General de Tráfico.

30. PREVALENCIA DE FRACTURAS POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO NO FATALES, HOSPITAL DE YOPAL ESE, 2010-2014

I.C. González-Calderón, A.Y. Sepúlveda-Gualdrón, O. Castañeda-Porras, G.A. González-Tamara

Hospital de Yopal ESE; ES, Epidemiología Universidad de Boyacá; SMC-AS Unidad de Investigaciones.

Antecedentes/Objetivos: Los accidentes de tránsito se encuentran entre las diez primeras causas de muerte en el país, las lesiones ocurridas por estos son un serio problema de salud pública ya que afecta a todos los sectores sociales, ocasionan pérdidas económicas considerables a las víctimas, a sus familias y a los países en general. Objetivo: estimar la prevalencia por fracturas debidas a accidentes de tránsito no fatales (AT-NF) atendidas en el Hospital de Yopal ESE en el período 2010-2014.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo a partir de datos secundarios consignados en las historias clínicas (registros individuales de prestación de servicios) con diagnóstico de fractura por accidentes de tránsito según CIE-10, atendidos en el periodo 2010-2014. Variables a estudio: sexo, edad, tipo de régimen en salud, área de procedencia, localización de la fractura, diagnóstico de ingreso y diagnóstico de egreso, fecha del accidente por día de la semana, mes y año. La información recolectada fue sistematizada en una matriz en la hoja de cálculo Excel de Microsoft Office® 2010 y analizada con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22® me-

dante el uso de medidas de frecuencia, tendencia central, razón y asociación.

Resultados: El 26,0% (12.206/46.910) de urgencias fueron por accidentes de tránsito (segunda causa de atención después de enfermedad general del adulto); prevalencia según grupo etario: < 5 (333; 2,7%), 6-10 (377; 3,1%), 10-20 (17,7%), 20-30 (4.086; 33,5%), 30-50 (3.616; 29,6%), 51 y más (1.637 (13,4%); hombres 8.243 (67,5%) y mujeres 3.963 (35,5%); área urbana 11.874 (97,3%) y rural 332 (2,7%); razón hombre/mujer 2:1; edad media (30,6), mediana (28,0), moda (21,0; ± 14,4), mínima (0,1 mes)-máxima (94 años); el 99,5% (12.141) ingreso por Seguro Obligatorio de Accidentes; por año: 2010 (2.004; 16,4%), 2011 (2.474; 20,3%), 2012 (2.160; 17,2%), 2013 (2.706; 22,2%) y 2014 (2.862; 23,4%); localización corporal: cabeza (3.651; 29,9%), miembros inferiores (4.245; 34,8%)-superiores (3.465; 28,4%), pelvis (268; 2,2%) y sin clasificar (577; 4,7%). Tasa global 722,5/100.000 hab. Según el día: domingo 2.033 (16,7%), lunes 1.810 (14,8%), martes 1.793 (14,7%), miércoles 1.696 (13,9%), jueves 1.577 (12,9%), viernes 1.542 (12,6%) y sábado 1.755 (14,4%); según el mes: enero 867 (7,1%), febrero 821 (6,7%), marzo 876 (7,2%), abril 1.502 (8,6%) mayo 1.088 (8,9%), junio 928 (7,6%), julio 1.044 (8,6%), agosto 1.028 (8,4%), septiembre 1.067 (8,7%), octubre 1.133 (9,3%), noviembre 1.089 (8,9%) y diciembre 1.213 (9,9%).

Conclusiones/Recomendaciones: Las personas más afectadas están en edad productiva entre 20-50 años del sexo masculino. Se recomienda a la autoridad competente: fomentar la seguridad y la inteligencia vial con el fin de disminuir el número de accidentes de tránsito ocurridos.

921. IMPACTO EN SALUD DE LA DISCAPACIDAD CAUSADA POR LESIÓN POR TRÁFICO EN ESPAÑA

M. Olabarria, E. Santamaría-Rubio, K. Pérez

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Los accidentes de tráfico son una de las principales causas de discapacidad, la cual implica cambios repentinos en diferentes ámbitos vitales. El objetivo de este estudio es describir el impacto en la salud de la discapacidad causada por tráfico en España.

Métodos: Se trata de un estudio transversal basado en una encuesta poblacional. La población de estudio son los mayores de 5 años residentes en España, 2008. Se utilizó como fuente de información la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD), realizada por el Instituto Nacional de Estadística a una muestra representativa de población (N = 96.075 hogares). Una persona puede tener discapacidades causadas por varios motivos por lo que se han seleccionado las personas con discapacidad causada únicamente por tráfico (74% de la muestra). Se realizó un análisis descriptivo, estratificado por sexo y utilizando pesos de elevación poblacional, de las variables de estudio (Sí/No): Limitaciones (visión, audición, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, relaciones), enfermedades crónicas, ansiedad/depresión, discriminación, problemas transporte público, problemas espacios públicos, estado de salud percibido (regular, malo, muy malo/bueno, muy bueno).

Resultados: En 2008, 78.692 personas mayores de 5 años presentaban alguna discapacidad causada por colisión de tráfico, el 0,18% de hombres y 0,16% de mujeres. De las 58.135 personas que presentaron discapacidad causada únicamente por tráfico, el 70% de hombres y 65% de mujeres presentaban más de 1 o 2 limitaciones. El 16% de hombres presenta más de 14 limitaciones frente al 5% de las mujeres. En ambos sexos las limitaciones relacionadas con la movilidad y la vida doméstica son las más frecuentes. Más del 60% declararon tener un estado de salud percibido regular, malo o muy malo, más del 24% re-

portó alguna enfermedad crónica y alrededor del 15% declaró sufrir ansiedad o depresión. El 15,1% de los hombres y el 18,4% de las mujeres declaró haber sido discriminado debido a su discapacidad alguna o muchas veces, y el 3% y el 2% declaró sufrir discriminación constante. El ámbito en el que más frecuentemente se sienten discriminados hombres y mujeres es en el transporte y en actividades de ocio. Más del 17% de hombres y 21% de mujeres encuentra problemas de accesibilidad cuando viaja en transporte público, y alrededor del 45% presenta problemas de accesibilidad cuando se desplaza por espacios públicos. No se encontraron diferencias según la antigüedad de la lesión.

Conclusiones/Recomendaciones: La discapacidad causada por tráfico tiene alto impacto no sólo en la limitación de la vida diaria sino también en el estado de salud y psicológico de la persona.

456. ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES DEL PEATÓN CON EL RIESGO DE MUERTE TRAS UN ATROPELLO

V. Martínez Ruiz, C. Amezcua Prieto, R. Olmedo Requena, M. Valenzuela Martínez, I. Salcedo Bellido, B. Riquelme Gallego, E. Moreno Roldán, P. Lardelli Claret, E. Jiménez Mejías

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Cuantificar la asociación de los factores de riesgo dependientes del peatón sobre el riesgo de morir en las primeras 24 horas tras sufrir un atropello, una vez ajustado el posible efecto mediador de la gravedad intrínseca de éste.

Métodos: Se ha analizado la serie de casos constituida por los 27.740 peatones atropellados en los 12.912 atropellos múltiples (aquellos que implicaron a más de un peatón), ocurridos en España entre 1993 y 2013 y recogidos en el registro de accidentes de tráfico con víctimas de la Dirección General de Tráfico. Variables de estudio: edad, sexo, defectos físicos, comisión de infracciones, circunstancias psicofísicas y defunción de los peatones atropellados. Análisis: tras realizar una imputación múltiple de los datos faltantes mediante el método de las ecuaciones encadenadas, se han diseñado dos modelos multivariantes de Poisson: condicionado y no condicionado por el atropello. En ambos se ha considerado la defunción como variable dependiente y el resto de variables como términos independientes. A partir de ambos modelos se han obtenido estimaciones de Razones de Densidades de Incidencia (RDI) para cada variable del peatón, ajustadas por el resto de variables de este, así como, en el modelo condicionado, por todas las características propias del atropello.

Resultados: Para el modelo condicionado sólo pudieron emplearse los 1.602 peatones implicados en atropellos múltiples en los que hubo al menos una defunción. Las RDI obtenidas en este modelo fueron las siguientes: Edad: se observan RDI crecientes y significativamente mayores que uno a partir de los 45-54 años de edad, hasta una RDI máxima de 6,70 (IC95%: 2,84-15,85) en mayores de 84 años. Sexo varón: 0,83 (0,68-1,03). Presencia de defectos físicos: 1,28 (0,78-2,09). Circunstancias psicofísicas: 0,86 (0,46-1,62). Comisión de alguna infracción: 2,10 (0,93-4,77). Estas estimaciones cambiaron sustancialmente cuando se empleó el modelo no condicionado.

Conclusiones/Recomendaciones: Una vez controlada la gravedad intrínseca del atropello, el único factor claramente asociado a la letalidad post-atropello es la edad avanzada, aunque el sexo femenino parece asociarse también a una mayor letalidad. El análisis condicionado de los atropellos múltiples es una técnica eficaz para separar el efecto de los factores del peatón sobre la letalidad que depende del pronóstico de las lesiones del que depende de la implicación en atropellos intrínsecamente más graves.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III.

20. LA GEOGRAFÍA DEL IMPACTO DE LOS DESASTRES SOBRE LA SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA

P. Arcos González, E. Ferrero Fernández, R. Castro Delgado

Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: Los desastres son un problema creciente de Salud Pública en España. El objetivo es analizar la distribución geográfica de los desastres ocurridos en España en términos de sus frecuencias, tipos e impactos directos sobre la salud pública entre los años 1950 y 2012.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los desastres registrados en la Base de Datos de Desastres de España de la Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre de la Universidad de Oviedo siguiendo los criterios de inclusión estándar internacionales para la definición de un episodio de desastre.

Resultados: De 284 desastres registrados, 259 (91,2%) afectaron a una sola Comunidad Autónoma y 7 (8,8%) a más de una, aunque las fuentes de información no permiten delimitar con precisión la extensión territorial. La media anual de desastres fue 0,30 (mediana 0,20, desviación típica 0,25). Las CCAA más afectadas fueron Cataluña (52 desastres) y Madrid (51) seguidas de Andalucía (43) y Canarias (37) con entre 0,5 y 0,7 episodios al año. Fueron afectadas por más de diez desastres de tipo natural Cataluña, Madrid, Andalucía, Comunidad Valenciana, Murcia y Castilla la Mancha. Hubo más de quince desastres de tipo tecnológico en Islas Canarias, Andalucía, Cataluña y Madrid. Ocho de los once desastres producidos por la acción humana ocurrieron en Madrid. Los muertos y heridos por desastres que afectaron a más de una CCAA son el 26,18% de todos los muertos y un 56,12% de los heridos. Las medias de las tasas acumuladas de mortalidad y morbilidad del periodo por millón de habitantes fueron, respectivamente, 157,3 (mediana 111,4, desviación típica 229,6) y 436,6 (mediana 332,8 y desviación típica 391,9). Islas Canarias tuvo la mayor tasa de mortalidad acumulada por los naufragios de pateras y los fallecidos en tres accidentes aéreos. En morbilidad, Ceuta ocupa la quinta posición y Murcia la tercera, tras Madrid y la Comunidad Valenciana, a pesar de haber presentado un escaso número de episodios. España tiene un perfil mixto de desastres (naturales y tecnológicos).

Conclusiones/Recomendaciones: Los desastres que afectan CCAA pequeñas tienen impactos relevantes en morbilidad. Se evidencia la utilidad de la Base de Datos de Desastres y de mejorar la recogida de información detallada sobre extensión y localización geográfica detallada del evento y las personas afectadas, ya que las competencias de salud pública y algunos aspectos de preparación y mitigación corresponden a las CCAA. Los episodios que afectaron a más de una CCAA tuvieron alto impacto en mortalidad y morbilidad, revelando la necesidad de una adecuada coordinación entre CCAA en la lucha frente a los desastres, especialmente frente a algunos desastres naturales (inundaciones y episodios climáticos extremos), así como de tránsito marítimo (naufragio de pateras).

183. LESIONES POR ACCIDENTES Y CAUSAS EXTERNAS. ESTUDIO DE PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE ANDALUCÍA

J. Limón Mora, J. Díaz-Borrego Horcajo

Coordinación de Gestión y Evaluación, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El estudio tiene por objeto describir y medir la frecuencia de las lesiones para las causas externas definidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Se trata de apoyar y facilitar la evaluación de planes y programas de intervención en los distintos centros sanitarios.

Métodos: A partir de los datos registrados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), estudiamos los informes al alta, años 2012-2013. Se han seleccionado los ingresos urgentes que recogían una o más diagnósticos de lesiones (códigos E de la CIE-9-MC). Se han analizado 67.011 episodios con las siguientes variables de interés: Causas de lesión y sitio de ocurrencia, edad, sexo, día de la semana y mes del ingreso, diagnóstico principal, unidades que atienden, duración estancia, tipo de alta y destino del paciente. Se describen frecuencias y distribución de cada variable. Las diferencias entre los tres tipos principales de lesiones (accidentes de transporte, caídas y autolesiones) para distintas variables, se evaluaron mediante test estadísticos de Chi-cuadrado o Kruskal-Wallis.

Resultados: Análisis global de la información para el conjunto de hospitales, aunque se pueden extraer resultados a nivel provincial o de área sanitaria. Entre los resultados podemos señalar: Los accidentes de transporte han sido más frecuentes en hombres y las lesiones por caídas y autoprovocadas en mujeres. La mediana de edad fue más baja en los lesionados por tráfico (39 años) y más elevada por caídas (72). Los servicios donde ingresaron con mayor frecuencia fueron Traumatología (61%) y Medicina Interna (11%). Las fracturas de miembros inferiores (43%) y superiores (18%) son los tipos de lesiones más frecuentes. Entre las caídas, más de la mitad de los episodios registran fracturas en los miembros inferiores. Las autolesiones precisan con más frecuencia atención en cuidados intensivos (21,3%) que los accidentados de tráfico (15,2%) o por caídas (3,3%). La duración mediana de la estancia es algo más larga en las autolesiones (7 días) en relación a caídas (6) y tráfico (5). Han sido los fines de semana cuando con más frecuencia se han producido las lesiones por accidente de tráfico, y el lunes el día de mayor incidencia de lesiones por caídas. Las lesiones por tráfico han sido más frecuentes entre los meses de mayo a septiembre, mientras que las caídas lo han sido en diciembre-enero.

Conclusiones/Recomendaciones: Los datos recogidos en CMBD hospitalarios por su accesibilidad, volumen de información y registro homogéneo son de gran utilidad y eficiencia para la realización de estudios sobre accidentabilidad y su seguimiento evolutivo. Pueden ser muy útiles en planificación y gestión sanitaria, así como en vencer de la importancia de prevenir la accidentabilidad y aportar argumentos para ello.

CO05. Cáncer (I)

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Aula 1.1

Modera: Encarnación Benítez Rodríguez

521. INCIDENCIA DEL CÁNCER INFANTIL EN ANDALUCÍA, 2010-2013

M.J. Sánchez, M.L. Fajardo, F. Gosálvez, L. Muñoz, C. Conejo, I. Pavón, E. Benítez, J.L. Gómez, J.M. Mayoral

Registro de Cáncer de Andalucía, Consejería de Salud; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer infantil, aunque es poco frecuente, representa un impacto importante en términos de morbilidad y mortalidad en la población infantil. De hecho, constituye la segunda causa de muerte en niños de 1-14 años de edad en España. Objetivo: analizar la incidencia de cáncer infantil en Andalucía durante el período 2010-2013.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal, de base poblacional. Fuente de información: Registro de Cáncer de Andalucía, un registro de base-poblacional que inició su actividad en el año 2007. Desde 2010, el registro cubre a una población infantil (0-14 años de edad) de aproximadamente 1.4 millones, lo que representa en torno al 20% de la población española de edad inferior a 15 años. Sujetos de estudio: Casos incidentes de cáncer diagnosticados en Andalucía en niños de 0-14 años durante 2010-2013. Se consideraron 12 grupos de diagnóstico, según la 3ª Edición de la Clasificación Internacional de Cáncer Infantil (ICCC-3). Análisis estadístico: Número de casos nuevos, tasas brutas, específicas por edad y estandarizadas (población europea; ASR-E), expresadas por millón de niños/as.

Resultados: En el período de estudio (2010-2013) se diagnosticaron 850 casos incidentes de cáncer infantil en Andalucía. Aproximadamente un 95% de los casos tuvieron verificación microscópica. La tasa de incidencia de cáncer infantil en este período fue de 153,6 por millón y año (razón de tasas estandarizadas niño/niña: 1,2). Los cánceres más frecuentes fueron las leucemias (ASR-E 45,6 por millón), los tumores del sistema nervioso central (39,0 por millón) y los linfomas (19,0 por millón), representando en conjunto un 67,3% del total del cáncer en niños de 0-14 años de edad. Según tasas de incidencia específicas por edad, la incidencia fue superior en niños de menos de 1 año de edad (222,6 por millón) con respecto a otros grupos de edad: 1-4 años (192,3 por millón), 5-9 años (133,2 por millón) y 10-14 años (127,9 por millón). Se observaron diferencias en la distribución de los cánceres más frecuentes, sarcomas de tejidos blandos y extraóseos, tumores óseos y melanomas malignos y otras neoplasias epiteliales malignas, en los que la incidencia fue superior en el grupo de 10-14 años de edad.

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudio de base poblacional presenta estadísticas de incidencia de cáncer infantil en Andalucía entre los años 2010 y 2013. La incidencia en Andalucía es similar a la observada en el conjunto de España (153 por millón) en el período 2000-2012.

373. DISTRIBUCIÓN MUNICIPAL DE LA INCIDENCIA DE LOS TUMORES MÁS FRECUENTES EN UN ÁREA DE ELEVADA MORTALIDAD POR CÁNCER

M.J. Viñas Casasola, P. Fernández Navarro, M.L. Fajardo Rivas, J.L. Guruceláin Raposo, J. Alguacil Ojeda

D.T. de Huelva, Consejería de Salud, Junta de Andalucía; Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer, CNE, Instituto de Salud Carlos III; CIBER en Epidemiología y Salud Pública-CIBERESP; Centro de Investigación en Salud y Medio Ambiente (CYSMA), Universidad de Huelva.

Antecedentes/Objetivos: Huelva es una de las provincias españolas con mayor mortalidad por cáncer. Los estudios de incidencia pueden ser más apropiados que los de mortalidad para generar hipótesis sobre correlaciones entre factores ambientales o sociales y la aparición de esta enfermedad en un espacio geográfico determinado. El objetivo de este trabajo fue describir patrones de distribución geográfica de la incidencia municipal de los tumores más frecuentes en la provincia de Huelva y comparar sus tasas de incidencia con las estimadas para el conjunto de España.

Métodos: Se representaron en mapas de coropletas y en mapas de isopletras (mediante interpolación por kriging) las razones de incidencia estandarizadas suavizadas (RR) y las probabilidades a posteriori municipales utilizando el modelo propuesto por Besag, York y Mollié (BYM) con aproximaciones de Laplace anidadas integradas para la inferencia bayesiana. Las razones de incidencia estandarizadas se calcularon con los casos recogidos en el Registro Poblacional de Cáncer de Huelva para los años 2007-2011 de las siguientes localizaciones: colon, recto y ano en hombres y en mujeres; tráquea, bronquios y pulmón, próstata y vejiga en hombres; y mama en mujeres. Para el

cálculo de los casos esperados se utilizó como referencia las tasas específicas de incidencia por grupos de edad y sexo para España publicadas por GLOBOCAN para 2012.

Resultados: Las tasas de incidencia provincial para Huelva muestran valores similares a las estimadas para España, salvo en cáncer de vejiga en hombres (35% superior) y de próstata (30% inferior). Para cáncer colorectal, no se observaron RR estadísticamente significativos en ningún municipio. Los RR para cáncer de vejiga en hombres fueron superiores a uno en todos los municipios; aunque sus intervalos de credibilidad fueron superiores a la unidad en tan sólo cuatro municipios, se sugiere un patrón de mayor riesgo en la capital y en la zona de Riotinto. Para cáncer de próstata, las probabilidades a posteriori en 68 de los 79 municipios quedaron por debajo de 0,1. En cáncer de pulmón, nueve municipios mostraron intervalos de credibilidad por debajo de la unidad, casi todos en la zona oriental. En mujeres, los RR para cáncer de mama fueron significativamente superiores en la zona de la capital.

Conclusiones/Recomendaciones: En la provincia de Huelva, existe una distribución espacial municipal de incidencia por cáncer con patrones bien definidos para algunas localizaciones tumorales concretas, presentando unas tasas de incidencia muy similares a las del territorio nacional.

301. TENDENCIAS DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE TIROIDES EN LA PROVINCIA DE GRANADA, 1985-2012

E. Salamanca-Fernández, E. Molina-Portillo, Y.L. Chang-Chan, D. Redondo, M. Rodríguez-Barranco, M.J. Sánchez

Escuela Andaluza de Salud Pública, Registro de Cáncer de Granada; CIBER Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP; Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, IBS.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de tiroides (CT) representó el 0,7% y el 2,5% del total del cáncer en hombre y mujeres, respectivamente, en Europa en el año 2012. Se ha observado un aumento de la incidencia del CT en las últimas décadas en los países desarrollados. Sin embargo, la tasa de mortalidad del CT permanece estable o incluso disminuye. Objetivo: analizar las tendencias de incidencia y mortalidad del CT en Granada durante el período 1985-2012, según sexo, edad y tipo histológico.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal, de base poblacional. Fuentes de información: Registro de Cáncer de Granada, que cubre una población próxima a 900.000 habitantes. Sujetos de estudio: Todos los casos incidentes de CT (C73 según la ICD-O-3) diagnosticados entre 1985 y 2012 en residentes en la provincia de Granada. Análisis estadístico: Regresión loglineal (Joinpoint regression) con tasas estandarizadas (población europea; ASR-E) para estimar Porcentaje de Cambio Anual (PCA), IC95% y puntos de inflexión de las tendencias. Los resultados se presentan por sexo, edad (< 45 y = 45) y tipo histológico: papilar (8260, 8340-8344, 8350), folicular (8330-8333, 8335), medular (8345-8346), anaplásico (8021) y otros.

Resultados: En el período 1985-2012 se diagnosticaron en Granada 1.166 casos de CT (79% en mujeres). La incidencia aumentó, tanto en hombres (PCA: +5,0%) como en mujeres (PCA: +4,7%) durante el período de estudio. Los tipos histológicos más comunes fueron el papilar (75,3%) y el folicular (12,2%) en ambos sexos. La incidencia aumentó durante el período de estudio, sobre todo debido al carcinoma papilar, que aumentó anualmente en torno a un 6% en ambos sexos. También se observó un aumento de la incidencia por grupos de edad, siendo la más alta para hombres y mujeres de más de 45 años de edad (PCA: +5,7% y +5,4% respectivamente). La tasa de mortalidad registrada en este período ha permanecido estable, tanto en hombres (PCA: -0,7%) como en mujeres (PCA: -1,4%).

Conclusiones/Recomendaciones: Es posible que la mejora en los métodos de diagnóstico y la detección temprana hayan contribuido,

en parte, a este aumento de la incidencia. La mortalidad se mantiene a niveles de años anteriores, lo cual puede ser debido al progreso de los tratamientos y métodos terapéuticos contra el CT, si bien son necesarios otros estudios para confirmarlo.

295. INCIDENCIA, SUPERVIVENCIA, PROCESOS DIAGNÓSTICOS Y PATRONES ASISTENCIALES DEL CÁNCER DE PULMÓN EN LA PROVINCIA DE GRANADA

M. Rodríguez-Barranco, Y.L. Chang-Chan, I. Linares, J. Sánchez-Cantalejo, E. Molina-Portillo, E. Salamanca-Fernández, E. Sánchez-Cantalejo, J. Expósito, M.J. Sánchez

Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Registro de Cáncer de Granada; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (IBS, Granada); Servicio de Radioterapia y Oncología, Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Antecedentes/Objetivos: La variabilidad en la práctica médica unida a las características del tumor puede tener un efecto en la supervivencia del cáncer de pulmón. Los estudios de alta resolución permiten conocer con detalle las características del tumor y las relacionadas con el diagnóstico y los tratamientos. Objetivo: describir la incidencia y supervivencia de cáncer de pulmón en Granada, las características clínico-epidemiológicas, los procedimientos diagnósticos y los procesos terapéuticos empleados.

Métodos: Se incluyeron los casos incidentes de cáncer de pulmón en la provincia de Granada en los años 2011-2012. Se recogieron características clínico-epidemiológicas (sexo, edad, tabaquismo, enfermedad pulmonar previa, sublocalización, morfología, grado tumoral, mutación EGFR, base del diagnóstico, estadio), de procedimientos diagnósticos (Rx tórax, TAC, PET, RMN, broncoscopia y mediastinoscopia), y de tratamientos (cirugía, quimioterapia, terapia dirigida y radioterapia). La supervivencia relativa se estimó mediante el método de Pohar-Perme.

Resultados: Se incluyeron 759 casos de cáncer de pulmón (83% hombres), que corresponden a unas tasas de incidencia de 69 casos por 100.000 hombres y 14 casos por 100.000 mujeres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 70 años (71 en hombres y 63 en mujeres). La supervivencia relativa fue del 34% a 1 año y del 18% a 2 años del diagnóstico. El 72% informó ser fumador o exfumador, y el 35% tuvo enfermedad pulmonar previa. El 76% fueron verificados microscópicamente (VM). El 40% fueron adenocarcinomas, el 31% carcinoma de célula escamosa, el 18% carcinoma de célula pequeña, y el resto de otros tipos. La determinación de la mutación EGFR se realizó en el 29,2% de los casos con VM, estando presente en el 24,8%. La mayoría de casos fueron diagnosticados en estadios avanzados (IIIb y IV). Al 95% se le realizó un TAC, al 88% RX de tórax, al 60% broncoscopia, al 50% PET, al 30% EBUS y al 10% RMN o mediastinoscopia. El 42% recibió quimioterapia, el 26% radioterapia, el 15% cirugía y el 4% terapia dirigida.

Conclusiones/Recomendaciones: La incidencia de cáncer de pulmón en Granada es inferior a la media de España y la supervivencia es similar. Este tipo de estudios de base poblacional permiten conocer con detalle características clínico-epidemiológicas, estadio al diagnóstico, así como procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados en pacientes con cáncer de pulmón, lo que permitirá identificar factores asociados a la supervivencia.

539. PATRONES DE MULTIMORBILIDAD Y SU ASOCIACIÓN CON EL CÁNCER DE PÁNCREAS

P. Gómez-Rubio, V. Rosato, M. Márquez, C. Bosetti, E. Molina-Montes, M. Rava, F.X. Real, C. Lavecchia, N. Malats

Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas; Instituto Mario Negri IRCCS; Universidad de Milán.

Antecedentes/Objetivos: Muchos pacientes que sufren adenocarcinoma ductal de páncreas (ADP) presentan a la vez otras morbilidades. La caracterización de multimorbididades y su asociación con el ADP puede ayudar a identificar pacientes de alto riesgo y a caracterizar posibles mecanismos en común de las enfermedades. El objetivo de este estudio es explorar distintos patrones de multimorbididad y su asociación con el ADP.

Métodos: Se estudiaron 17 enfermedades reportadas por 1.705 casos de ADP y 1084 controles en una población caso-control Europea. La agregación de las enfermedades se determinó con agrupamiento jerárquico, análisis de componentes principales y análisis factorial. La asociación entre los patrones de multimorbididad detectados y el ADP fue evaluada utilizando modelos de regresión logística multivariantes. Para estudiar el efecto del tiempo de diagnóstico de las enfermedades reportadas en el riesgo de ADP se realizaron análisis estratificados en diagnóstico reciente (< 2 años antes del estudio) y largo-plazo (> 3 años antes del estudio).

Resultados: Tres patrones de multimorbididad fueron detectados: gástrico (acidez, regurgitación ácida, infección por *H. pylori*, y úlcera péptica), síndrome metabólico (obesidad, diabetes tipo II, hipertensión, e hipercolesterolemia), y atópico (alergias nasales, de piel, y asma). Los patrones gástrico y del síndrome metabólico se asociaron con un mayor riesgo de ADP, y estas asociaciones fueron más fuertes en los sujetos diagnosticados recientemente con dichas morbilidades (OR = 6,37 IC95% 3,10-13,2 para = 2 enfermedades gástricas y OR = 1,56 IC95% 1,03-2,39 para = 3 enfermedades del síndrome metabólico). El patrón atópico se asoció inversamente con ADP (OR = 0,5, IC95% 0,24-1,06 para 3 enfermedades atópicas). La combinación de enfermedades mayormente asociadas al ADP (diabetes tipo II, y morbilidades gástricas) presentaron un mayor riesgo en sujetos diagnosticados recientemente (OR = 10, IC95% 4,8-20,9) versus los diagnosticados a largo-plazo (OR = 2,39, IC95% 1,58-2,65) para = 2 enfermedades.

Conclusiones/Recomendaciones: En este estudio describimos algunos patrones de multimorbididad asociados con el riesgo de ADP, y que esta asociación es distinta dependiendo del tiempo del diagnóstico de dichas enfermedades. La determinación de manifestaciones tempranas del ADP podría ayudar a definir sub-poblaciones de alto riesgo que se podrían beneficiar de un diagnóstico precoz. Asimismo, un mejor entendimiento de factores protectores y de riesgo de ADP podría ayudar en la implementación de estrategias para la prevención y el tratamiento de esta enfermedad.

Financiación: FIS; RTICC; Acción Especial de Genómica.

260. LA SUPERVIVENCIA POR ESTADIO TUMORAL DEL CÁNCER COLORRECTAL EN 3.560 CASOS INCIDENTES EN 2004-2012 RESIDENTES EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN

A. Torrella-Ramos, P. Botella-Rocamora, C. Sabater-Gregori, C. Alberich-Martí

Subdirección General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental, Dirección General de Salud Pública-Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El registro de tumores de la provincia de Castellón (601.699 habitantes, 2013) se inicia con la recogida de casos de cáncer de mama en 1995 y se amplía a todas las topografías en 2004. Los datos sobre el estadio tumoral en el momento del diagnóstico forman parte de los objetivos del registro, para facilitar el análisis de la supervivencia, un indicador básico para la planificación de estrategias y control del cáncer. Objetivo: estudiar la supervivencia del cáncer incidente en colon y recto (C18 y C19-20) en el periodo 2004-2012 a los 3 y 5 años por estadio tumoral, así como valorar las diferencias por periodo de incidencia, grupos de edad y sexo.

Métodos: La información del estadio tumoral se ha obtenido mediante la revisión de la historia clínica electrónica en los hospitales de

referencia de la provincia. El estadio se ha clasificado a partir del TNM 7ª edición UICC. El seguimiento de los pacientes se ha realizado con fuentes clínicas, administrativas y el índice nacional de defunciones. La fecha fin de estudio el 31-12-2013. Se ha calculado tanto la supervivencia observada como la estimación de la supervivencia relativa a los 3 y 5 años mediante el método Ederer II (Pohar-Perme) utilizando el software estadístico R.

Resultados: La localización del tumor es, en el 65% colon, 35% recto. El 40% de los hombres y el 47% de las mujeres tienen una edad de 75 o más años. El estadio se ha podido obtener en el 92% de los casos y se diagnostican en estadio IV el 25% en el colon y el 21% en el recto. La supervivencia relativa a los 5 años por topografía y sexo para los estadios I, II, III, IV; en el colon (N = 2.297) es del 84%, 66%, 56%, 10% en hombres y de 79%, 63%, 60%, 9% en mujeres; en recto (N = 1.263) es del 74%, 54%, 55%, 12% en hombres y de 78%, 56%, 56%, 17% en mujeres. Hay ligeras mejoría por periodo, aunque las diferencias no son significativas.

Conclusiones/Recomendaciones: La supervivencia del cáncer está asociada al estadio tumoral. La edad y comorbilidad pueden condicionar la precisión del estadio y la instauración de algunos tratamientos. Los resultados globales de supervivencia se encuentran dentro del rango de valores presentado para España por el estudio EUROCARE V y CONCORD II.

552. EL PAPEL DE EZH2 EN LA SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER COLORRECTAL: META-ANÁLISIS

L. Vilorio-Marqués, V. Martín, C. Díez-Tascón, P. González-Sevilla, T. Fernández-Villa, E. Honrado, V. Dávila-Batista, A.J. Molina

GIIGAS: Grupo de Investigación en Interacción Gen-Ambiente-Salud, Universidad de León; CIBERESP, CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Banco de Tumores, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de León; Servicio de Anatomía Patológica Hospital de León.

Antecedentes/Objetivos: La proteína EZH2 (Enhancer of zeste homolog 2) es la subunidad catalítica del complejo represivo polycomb2, es una histona metil-transferasa que participa en el silenciamiento de muchos genes implicados en cáncer. La sobreexpresión de EZH2 se ha asociado a mal pronóstico en numerosas neoplasias malignas como cáncer de mama, próstata y linfoma entre otros. Sin embargo, su papel en la supervivencia del cáncer colorrectal (CCR) es controvertido, con algunos estudios mostrando asociación con un mal pronóstico y otros por el contrario mostrando un efecto protector. Ante estas discrepancias, se plantea como objetivo principal de este estudio analizar la relación de la sobreexpresión de EZH2 y la supervivencia del CCR mediante el desarrollo de un meta-análisis.

Métodos: Se hizo una búsqueda sistemática de los artículos publicados en bases de datos científicas. Se realizó un meta-análisis de los estudios incluidos en la revisión que evaluaban cuantitativamente la relación entre la sobreexpresión de EZH2 y la supervivencia de pacientes de CCR. Se evaluó la heterogeneidad de la información (I²) y se realizó un análisis de sesgos de publicación.

Resultados: Se valoró la relación entre la expresión de EZH2 y la OS en pacientes de CCR mediante un meta-análisis que combinó 7 estudios incluyendo un total de 758 pacientes de CCR. La combinación de HR indica que la sobreexpresión de EZH2, cuantificada por técnica inmunohistoquímica y/o PCR en tiempo real, estaría asociada con un mejor pronóstico y una mayor supervivencia global (OS) con un valor de HR global = 0,71 con IC95% (0,36-1,05), si bien no sería estadísticamente significativo. Se realizó un análisis de sesgos según los métodos de Egger y de Begg, sin encontrarse sesgos de publicación.

Conclusiones/Recomendaciones: El presente meta-análisis muestra un papel protector de la sobreexpresión de EZH2 en la supervivencia al CCR. Sin embargo, la escasez de estudios existentes limita la aplicación de este resultado en la práctica clínica haciendo necesario más estudios tanto retrospectivos como prospectivos que analicen la

supervivencia en función de la expresión del gen, así como la necesidad de esclarecer los mecanismos moleculares en los que participa EZH2 en el cáncer colorrectal.

872. PREVALENCE OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION IN MIGRANTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND SPATIAL ANALYSIS

S. Morais, A.R. Costa, A. Ferro, N. Lunet, B. Peleteiro

EPIUnit–Institute of Public Health, University of Porto, Portugal; Department of Clinical Epidemiology, Predictive Medicine and Public Health, University of Porto Medical School, Portugal.

Antecedentes/Objetivos: Globally, *Helicobacter pylori* infects more than half of the adult population and is estimated to account for 75% of all gastric cancer cases. Since the prevalence of infection is higher in less developed or developing countries, and most migrants travel to more affluent settings, understanding the prevalence of *H. pylori* in these populations can provide insights into future trends in the burden and management of the infection. Our aim was to describe the prevalence of *H. pylori* infection among migrants, taking into account the country of origin and destination.

Métodos: We searched PubMed from inception up to November 2014 to identify original studies reporting the prevalence of *H. pylori* infection. Only those evaluating samples with first or successive generations of migrants (including asylum-seekers, refugees or undocumented migrants) were included. Age- and/or sex-specific prevalence of infection in the origin and destination countries was retrieved from the original papers, when available, and completed with data from a previous systematic review on the prevalence of *H. pylori* worldwide. We performed a spatial analysis to describe infection among migrants, using the prevalence of *H. pylori* in migrants, the country of origin and destination.

Resultados: Our search identified 21 eligible studies including data for 30 origin (19 in Africa, 3 in the Americas, 6 in Asia and 2 in Europe) and 11 destination (3 in the Americas, 3 in Asia and Oceania, and 5 in Europe) countries. Overall, the age-specific prevalences among migrants were similar or below that of the origin country and higher than the host populations, with the exception of four studies which included refugees, who presented a prevalence of infection higher than both the origin and destination countries. Migrants in the host country for longer periods of time and second generation migrants had lower prevalences compared to migrants who had arrived more recently and first generation migrants.

Conclusiones/Recomendaciones: Although a healthy migrant effect can be observed, the country of origin still represents the larger contributor to the prevalence of *H. pylori* in migrants. However, among subjects with longer periods of residence in the host country and second generation migrants, the prevalences of infection are closer to those observed in the host populations.

Financiación: FEDER/POFC-COMPETE(FCOMP-01-0124-FED-ER-021181) FCT-(PTDC/SAU-EPI/122460/2010); (UID/DTP/047507/2013); (SFRH/BD/102585/2014); (SFRH/BD/102181/2014); (PD/BD/105823/2014); (SFRH/BPD/75918/2011).

637. HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER Y DIABETES Y RIESGO DE CÁNCER DE PÁNCREAS EN EL ESTUDIO PANGENEU

E. Molina Montes, P. Gómez Rubio, M. Márquez, F.X. Real, N. Malats, on behalf of The Pangeneu Study Investigators

Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO); Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: El adenocarcinoma ductal de páncreas (ADP) supone un 80-90% del total de los tumores del páncreas. Algu-

nas enfermedades crónicas, como diabetes y pancreatitis crónica, tabaco, e historia familiar de cáncer, entre otros, son reconocidos factores etiológicos del ADP. El objetivo fue evaluar la asociación entre historia familiar (HF) de estas enfermedades con el riesgo de desarrollar ADP en el estudio multicéntrico europeo PanGenEU.

Métodos: Se incluyeron 1,432 casos de ADP y 1,090 controles, que proporcionaron información sobre HF de cáncer (según localización y edad al diagnóstico), diabetes, alergias, asma, fibrosis quística y pancreatitis crónica. Se recogió también información sobre factores de riesgo de ADP, así como sobre el grado de parentesco de primer grado, la edad, el estado vital y el hábito tabáquico de los familiares. Diseño: caso control y cohorte basada en los familiares de primer grado. Análisis estadístico: 1) Estimación de la Odds Ratio (OR) asociada a ADP mediante regresión logística multivariante y modelos de ecuaciones de estimación generalizadas (EEG) 2) Hazard Ratio (HR) de agregación familiar de ADP en 10.499 familiares de casos versus 8.319 familiares de controles mediante regresión de riesgos proporcionales de Cox. Se consideró un nivel de significación del 5%.

Resultados: Los antecedentes familiares de ADP se asociaron con un OR = 2,8 (IC95%: 1,84–4,37) a ADP. La magnitud del riesgo fue similar según estimaciones de la OR basadas en EEG. El riesgo acumulativo de ADP a los 75 años de edad fue del 18% en los familiares de los casos y de un 7% en los familiares de los controles. Los familiares de los casos presentaron un mayor riesgo de ADP con respecto a los de los controles (HR = 2,19; IC95%: 1,31–3,66). Este riesgo se mantuvo elevado en los familiares que eran fumadores (HR = 3,44; IC95%: 1,41–8,40). Se observaron también asociaciones estadísticamente significativas entre HF de diabetes (OR = 1,24, IC95%: 1,02–1,52) o de cáncer (OR = 1,29, IC95%: 1,09–1,52) con el riesgo de ADP. La presencia de más de dos familiares con cáncer se asoció con un 36% (IC95%: 1,09–1,70) de aumento del riesgo de ADP. La asociación entre HF de fibrosis quística con riesgo de ADP fue positiva, aunque no alcanzó la significación estadística. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre HF de las otras enfermedades evaluadas con riesgo de ADP.

Conclusiones/Recomendaciones: La HF de ADP, diabetes o cáncer predisponen a un mayor riesgo de desarrollar ADP. Es importante establecer la contribución de factores genéticos y ambientales que predisponen a ADP en este grupo de población de riesgo.

Financiación: RETIC RD/12/0036/0050. AES: PI11/01542, PI09/02102, PI12/01635, PI12/00815. AICR/WCR (15-0391).

741. EL POLIMORFISMO RS4939827 EN EL GEN SMAD7 Y SU INTERACCIÓN CON LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LA CARCINOGENESIS COLORRECTAL

C. González Donquiles, J. Alonso, T. Fernández Villa, P. Amiano, M. Guevara, D. Romaguera, T. Dierssen, M. Pollán, V. Martín

Grupo de Investigación Interacción Gen-Ambiente Salud, Universidad de León; CIBERESP, Universidad de León; Salud Pública Guipúzcoa; IIS Biodonostia; IdISNA; CREAL; IDIVAL; Universidad de Cantabria; CNE-ISCIII; IDIPHIM.

Antecedentes/Objetivos: El gen SMAD7 actúa como un inhibidor de la familia TGF- β bloqueando la ruta de señalización. El objetivo del estudio es conocer la relación entre el SNP rs4939827, presente en el gen SMAD7, y la adherencia al patrón de dieta Mediterránea en el riesgo de padecer cáncer colorrectal.

Métodos: MCC-Spain es un estudio multicaso-control poblacional. Se estimó la adherencia a un patrón de dieta mediterránea (PDM) (Sofi F, 2014) a partir de un cuestionario de frecuencias alimentarias. El Infinium Human Exome Bead Chip de Illumina se usó para genotipar > 200.000 marcadores codificantes además de 6.000 variantes adicionales de pathways de interés. Mediante modelos mixtos de regresión se valoró la interacción del SNP rs4939827 con la adherencia a un PDM.

Resultados: En el análisis se incluyeron 1.087 casos de cáncer de colon confirmados histológicamente y 2.409 controles. Los resultados permitieron observar que la adherencia al patrón de dieta mediterránea es un factor protector, siendo este efecto mayor cuanto más alta es la adherencia [adherencia moderada: [OR: 0,85; IC: 0,70-1,03] Alta adherencia: [OR: 0,64; IC: 0,51-0,79]. Además, al tener en cuenta a los posibles genotipos del polimorfismo, se puede observar que el alelo C ejerce protección frente al alelo T. Así, el efecto de mayor protección se obtiene en presencia del genotipo homocigoto recesivo CC y una alta adherencia a la dieta mediterránea [OR: 0,63; IC: 0,42-0,96].

Conclusiones/Recomendaciones: Se puede concluir que la dieta mediterránea puede interactuar como factor protector junto con el alelo C del polimorfismo rs4939827 del SMAD7 frente a la susceptibilidad de sufrir cáncer colorrectal. Cuando se dan ambas condiciones a la vez (presencia del alelo C y alta adherencia a la dieta mediterránea) se puede observar un efecto sinérgico, produciendo una protección aún mayor.

Otros firmantes: V. Moreno (ICO), G. Fernández-Tardón (IUOPA, U. Oviedo), R. Peiró (FISABIO-Salud Pública), M. Díaz-Santos (CYSMA, U. Huelva).

Financiación: CIBERESP; FIS PI12/01270.

CO06. Nutrición y alimentación

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Aula 1.4

*Moderan: Eva María Navarrete Muñoz
y Carla María Lopes*

576. CHILD DIET, CLIMATE-RELATED EVENTS AND HOUSEHOLD FOOD INSECURITY IN PERU, ETHIOPIA, INDIA, AND VIETNAM

H.B. Urke, G. Ortiz-Barreda

MC Venues Research Group, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen; PhD Program of Public Health, Uni, CES, Colombia.

Antecedentes/Objetivos: Studies have documented the adverse effects of climate shocks and food insecurity on child health and nutritional status. However, few studies have examined the relationship of climate-related events and food insecurity to the provision of child diet. The aim of this paper was to explore to what extent having experienced a climate-related event in a household the past four years was associated with provision of adequate child diet the past 24 hours, and whether this relationship was mediated by household food insecurity the past 12 months.

Métodos: The study used cross-sectional data from the younger cohort from all four countries from the second round of the Young Lives project. The samples for each country were 1912 (Ethiopia), 1950 (India), 2052 (Peru), and 1970 (Vietnam). Child diet was assessed using a measure of minimum acceptable diet (MAD) as recommended by WHO. Climate-related events were operationalized as whether the household had experienced any of the following climate-related events the four years prior to the interview; drought, flood/too much rain, crop failure, and frost or hail storms. Household food security the past 12 months was measured through the specially developed household food security scale for the Young Lives project. All analyses were adjusted for sociodemographic factors.

Resultados: In adjusted analyses, having experienced any climate-related event had a risk effect on child diet in Vietnam (OR 1.59, 95%CI 1.27-1.99) and a protective effect in Ethiopia (OR 0.67, 95%CI 0.50-0.91) and in India (OR 0.53, 95%CI 0.42-0.66). Adjusted analyses of specific climate-related events showed frost or hail storms to have a risk effect on child diet in Peru (OR 4.11, 95%CI 1.96-8.68) and in Ethiopia (OR 1.95, 95%CI 1.17-3.26). Having experienced drought had a risk effect on child diet in Vietnam (OR 2.39, 95 CI 1.52-3.78), and a protective effect in Ethiopia (OR 0.21, 95%CI 0.08-0.56) and in India (OR 0.52, 95%CI 0.40-0.66). Food insecurity mediated the relationship between experiencing any type of climate related event and child diet in Ethiopia, India and Vietnam; and between experiencing drought and child diet in India and Vietnam.

Conclusiones/Recomendaciones: Child diet can be jeopardized as a consequence of unpredictable climate and food insecurity. The protective effect observed by certain climate-related events might suggest that food aid programs or other relief interventions act as buffers to promote adequate child diet in vulnerable populations. More research with more robust designs is needed to gain firmer knowledge about causal associations and mechanisms.

943. ÍNDICE INFLAMATORIO DE LA DIETA Y MORTALIDAD EN LAS COHORTES SUN Y PREDIMED

M. Ruiz-Canela, A. García-Arellano, R. Ramallal, J. Salas-Salvadó, D. Corella, E. Ros, M. Fitó, R. Estruch, M.A. Martínez-González, et al

Universidad de Navarra; Hospital de Navarra; Universidad Rovira i Virgili; Universidad de Valencia; IDIBAPS-Hospital Clínic de Barcelona; Institut de Recerca Hospital del Mar.

Antecedentes/Objetivos: Diversos estudios han encontrado asociación entre biomarcadores inflamatorios y mayor mortalidad. Algunos estilos de vida influyen en la inflamación. En particular, algunas características de la dieta presentan propiedades anti o pro-inflamatorias. Nuestro objetivo fue comprobar la asociación entre un índice inflamatorio de la dieta (IID) y la mortalidad total en dos cohortes con importantes diferencias en cuanto a sus características sociodemográficas y de factores de riesgo.

Métodos: Se incluyó a participantes del ensayo PREDIMED (Prevención con Dieta MEDiterránea) y la cohorte SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). PREDIMED incluyó participantes de 55-80 años, que eran o bien diabéticos tipo 2 o tenían ≥ 3 factores de riesgo vascular (sobrepeso/obesidad, tabaquismo, hipertensión, dislipidemia, o historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura). El proyecto SUN solo incluye graduados universitarios españoles, de edad media 38 años y con bajo riesgo vascular. Se utilizó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos validado en España para estimar el IID, un índice inicialmente basado en las propiedades inflamatorias de 45 alimentos y nutrientes según una amplia revisión bibliográfica sobre nutrientes/alimentos y 6 biomarcadores inflamatorios (IL-1b, IL-4, IL-6, IL-10, TNF-a, y PCR). Valores negativos del IID representan capacidad antiinflamatoria mientras que valores positivos son proinflamatorios. Se usó regresión de Cox multivariable. Se excluyó a participantes con enfermedad cardiovascular o cáncer al inicio.

Resultados: En el proyecto SUN, se observaron 241 muertes en 18.694 participantes seguidos durante 10 años (mediana). En PREDIMED, se identificaron 297 muertes en 6.791 participantes seguidos 5 años (mediana). Respecto a los participantes con un IID más bajo (primer cuartil y dieta más antiinflamatoria), un IID más elevado (último cuartil con valores más pro-inflamatorios), presentó hazard ratios (HR) ajustadas de mortalidad (intervalo de confianza 95%) de 1,61 (1,03-2,52) (p de tendencia lineal = 0,021) en el proyecto SUN y de 1,45 (1,01-2,08) (p de tendencia lineal = 0,008) en PREDIMED. Los resultados fueron consistentes en el análisis por grupos y de sensibilidad.

Conclusiones/Recomendaciones: Una dieta pro-inflamatoria se asocia con un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas en dos

cohortes independientes españolas de características muy diferentes. Esta consistencia refuerza la posible contribución causal del papel inflamatorio de la dieta a un mayor riesgo de mortalidad.

555. COMPRA DE ALIMENTOS DE PRODUCCIÓN LOCAL EN COMEDORES ESCOLARES: BENEFICIOS, BARRERAS Y OPORTUNIDADES

P. Soares, M.C. Davó-Blanes

Grupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años han cobrado impulso las políticas de aproximación de la producción agrícola al consumo alimentario en las escuelas para promover sistemas alimentarios más sostenibles y saludables. Objetivo: analizar los beneficios, las barreras y oportunidades para implementar en España políticas de compra directa de alimentos a los productores locales para el suministro de los comedores escolares desde la perspectiva de informantes claves.

Métodos: En 2015 se realizó un estudio cualitativo basado en entrevistas a 14 informantes clave con influencia y relación con las políticas agrícolas y de alimentación escolar en España. Se establecieron 4 categorías de participantes: Autoridades del gobierno ($n = 1$), Familiares de alumnos, trabajadores y productores de alimentos ($n = 3$), Asociaciones promotoras de la adquisición local ($n = 7$) y Especialistas, académicos, consultores del gobierno y sociedades científicas ($n = 3$). Los participantes se seleccionaron mediante la técnica bola de nieve. Durante la entrevista se preguntó sobre los beneficios de las políticas de compra directa de alimentos para el suministro de los comedores escolares, las oportunidades para su desarrollo en España y las barreras para su implementación. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis de contenido cualitativo con ayuda del programa Atlas.ti.

Resultados: Se identificaron las siguientes categorías y subcategorías: 1. Oportunidad para la construcción de sistemas alimentarios sostenibles y saludables (a. Generar mercado para los productores, b. Incremento de la calidad de las comidas escolares y c. Fomento de la soberanía alimentaria). 2. Dificultades en el proceso de planificación/ejecución de políticas de compras públicas de alimentos de producción local (a. Políticas, b. de Regulación y c. Operativas). 3. Oportunidades para impulsar cambios en el sistema hegemónico (a. Panorama político, b. Contexto económico y c. Demanda social).

Conclusiones/Recomendaciones: La aproximación de la producción agrícola al consumo en las escuelas puede ser actualmente una oportunidad para construir sistemas alimentarios más saludables limitada por dificultades de desarrollo político.

499. ALIMENTAÇÃO E PROTEÍNA C REATIVA DE ALTA SENSIBILIDADE EM ADOLESCENTES PORTUGUESES

M. Cabral, J. Araújo, E. Ramos

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

Antecedentes/Objetivos: Tem sido descrito o papel pro e anti-inflamatório de vários alimentos e nutrientes, contudo o seu efeito no contexto alimentar é pouco conhecido. O objetivo deste estudo foi avaliar, em adolescentes, o potencial da alimentação como modelador do efeito pro-inflamatório da adiposidade.

Métodos: O estudo foi desenvolvido no âmbito da coorte EPITeen que integra adolescentes nascidos em 1990 e matriculados em escolas públicas e privadas da cidade do Porto em 2003/2004. Através de questionários autoaplicados, foram recolhidos dados sociodemográficos, comportamentais e história individual e familiar de doença. A ingestão alimentar foi avaliada através de um questionário de fre-

quência alimentar (QFA) e treze grupos de alimentos foram definidos de acordo com semelhanças nutricionais (produtos lácteos, pescado, carnes vermelhas, carnes brancas, vegetais, óleos e gorduras, frutos, amiláceos, refrigerantes, cereais, fast-food, doces e sobremesas e sopa de legumes). A medição sérica de proteína C reativa de alta sensibilidade (PCR-as) foi realizada em 991 participantes. Utilizou-se o percentil 75 da nossa população para definir níveis elevados de PCR-as. Foi aplicado o modelo de regressão logística para estimar a associação entre o consumo dos grupos alimentares, medido em grama/100 kcal, e PCR-as, estratificado para IMC e ajustado para sexo e educação parental.

Resultados: A mediana de PCR-as mostrou-se superior nos participantes com maior IMC [obesos: 1,10 (0,40-2,15); sobrepeso: 0,40 (0,20-0,80); normoponderais: 0,20 (0,10-0,50) mg/L, $p < 0,001$]. Nos obesos, um maior consumo de vegetais associou-se a menor odds de PCR-as elevada (OR: 0,90; IC95% 0,84-0,98), verificando-se o oposto para a ingestão de fast-food (OR: 1,36; IC95% 1,06-1,78). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas para os restantes grupos alimentares. Nos adolescentes não obesos, não foram encontradas associações significativas para o consumo de nenhum grupo alimentar.

Conclusiones/Recomendaciones: Num contexto pro-inflamatório, isto é, nos indivíduos com níveis elevados de adiposidade, uma maior ingestão de vegetais apresentou um efeito protetor nos níveis de PCR-as, enquanto uma maior ingestão de fast-food parece promover o efeito pro-inflamatório.

Financiación: Fundação para a Ciência e a Tecnologia (PD/BD/105824/2014 e SFRH/BD/78153/2011).

786. EVOLUCIÓN DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA DURANTE LA GESTACIÓN. ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO

M.R. Román-Gálvez, L. García-Molina, B. Riquelme-Gallego, N. Cano-Ibáñez, A. Maldonado-Calvo, J.M. Martínez-Galiano, V. Martínez-Ruiz, C. Amezcua-Prieto, R. Olmedo-Requena

Servicio Andaluz de Salud; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la evolución de la adherencia a la dieta mediterránea en una serie de mujeres embarazadas captadas en las primeras 12 semanas de gestación y seguidas hasta el final del embarazo, así como las variables asociadas a su mejora.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo. Población de referencia: embarazadas controladas en centros de salud del SAS. Criterios de selección: gestante sana, citada antes de la semana de gestación (SG) 13, con intención de continuar el embarazo, sin barreras de comprensión y que aceptan participar. Recogida de Información: Entrevista, personal o telefónica, en tres momentos de la gestación (antes de la SG 13, en la SG 24 $\pm$ 2, y a partir de la SG 32). En la primera entrevista se recogió también información referida a la situación pregestacional. Se recogió el índice PREDIMED de adherencia a la dieta mediterránea de 14 ítems, excluyendo el referido al consumo de vino. Se consideró "mejora" el aumento de adherencia en más de 1 punto en la entrevista del 2º trimestre respecto a antes del embarazo. Análisis estadístico: se estimaron proporciones, valores medios y su desviación estándar. Se evaluaron factores asociados a la mejora de la adherencia con modelos de regresión logística multivariable.

Resultados: El valor medio del índice de adherencia aumentó en el embarazo, sin embargo, sólo el 14,5% de las gestantes refieren un aumento de la adherencia a la dieta mediterránea en más de 1 punto, porcentaje que alcanzó el 30% en el segundo y tercer trimestre, con alta correlación entre las dos medidas. La mejora de la adherencia estuvo fuertemente influenciada por la calidad previa de la dieta, ajustando por ella se encontró un aumento de la probabilidad de me-

jora en las mujeres de mayor edad o con estudios universitarios (OR = 3,46; 1,67-7,18), así como significativamente menor frecuencia de mejora en las mujeres que tenían abortos previos (OR = 0,51; 0,33-0,80).

Conclusiones/Recomendaciones: La adherencia a la dieta mediterránea a lo largo del embarazo es baja. En promedio mejora al iniciarse la gestación, pero sólo un 30% de las mujeres muestran una mejora apreciable. A pesar de que el embarazo es una etapa vital especialmente vulnerable para la modificación en sentido favorable del estilo de vida, la calidad de la dieta recibe poca atención. La fuerte influencia del nivel de estudios señala la importancia de la educación para conseguir una mejora de la adherencia a un patrón de dieta mediterránea.

Financiación: Proyecto Plan Propio UGR-PP2015.01.

7. MEDITERRANEAN DIETARY PATTERNS AND IMPAIRED PHYSICAL FUNCTION IN OLDER ADULTS

E.A. Struijk, P. Guallar-Castillón, F. Rodríguez-Artalejo, E. López-García

Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Universidad Autónoma de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Impairment in physical function is an important precursor of disability, which is a major health problem in older adults. However, information about risk factors of functional limitation remains scarce. The objective was to examine the association between the Mediterranean diet and risk of physical function impairment in older adults.

Métodos: We used data from 1,630 participants in the Seniors-ENRICA cohort aged = 60 years. In 2008-2010, adherence to the Mediterranean dietary pattern was measured with the Mediterranean Diet Score (MDS) and the Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS). Study participants were followed up through 2012 to assess incident impairment in agility and mobility, as measured by the Rosow and Breslau scale, as well as impairment in overall physical functioning, defined as a 5-point decrease from baseline to follow-up in the physical component summary of the 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12).

Resultados: Over a median follow-up of 3.5 years, we identified 343 individuals with agility limitation, 212 with mobility limitation, and 457 with decreased overall physical functioning. After adjustment for potential confounders and disease status, a significant association was only found between a 2-point increase of the MDS score and the risk of decreased overall physical functioning (odds ratio [OR]: 0.86, 95% confidence interval [CI]: 0.75; 0.99). By contrast, compared to individuals in the lowest tertile of the MEDAS score, those in the highest tertile showed a lower risk of agility limitation (OR: 0.67, 95%CI: 0.48; 0.93, p-trend = 0.02), mobility limitation (OR: 0.59, 95%CI: 0.40; 0.87, p-trend = 0.01), and decreased overall physical functioning (OR: 0.59, 95%CI: 0.44; 0.79, p-trend < 0.001).

Conclusiones/Recomendaciones: In this prospective cohort study a Mediterranean-style dietary pattern, especially when measured with the MEDAS, was associated with lower risk of physical function impairment in older adults.

828. INGESTA DE VITAMINAS DURANTE EL EMBARAZO Y BAJO PESO AL NACER

I. Salcedo-Bellido, R. Olmedo-Requena, M. Sillero-Arenas, J.M. Martínez-Galiano, A. Bueno-Cavanillas, C. de la Fuente, M. Delgado

CIBERESP; Universidad de Granada; Universidad de Jaén; Universidad de Navarra.

Antecedentes/Objetivos: El bajo peso al nacer es el principal predictor de morbilidad y mortalidad perinatal. La alimentación materna

durante el embarazo es un factor determinante del crecimiento fetal. Las vitaminas y oligoelementos son elementos esenciales de la dieta para el funcionamiento y metabolismo del organismo. Su papel durante el embarazo y sobre el peso del recién nacido no está claro. Objetivo: valorar la asociación entre ingesta de vitaminas con la dieta durante el embarazo y riesgo de tener un recién nacido de bajo peso para la edad gestacional.

Métodos: Estudio de casos y controles emparejado por edad materna. Muestra: 518 casos de recién nacidos de bajo peso para su edad gestacional y 518 controles. La selección de los casos y controles se realizó en el Hospital de Jaén, de Úbeda y Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Periodo de reclutamiento: 2013-15. Se definió como caso aquél recién nacido con un peso inferior al percentil 10 en función de su edad gestacional en el momento del parto y sexo. La selección de casos y controles se realizó en el momento del parto. Se recogió información sobre factores sociodemográficos, antecedentes personales y obstétricos, estilos de vida, atención y evolución del embarazo. Fuente de información: cuestionario de frecuencia de alimentos validado para población española. Para el cálculo de la ingesta de vitaminas se utilizaron tablas de composición de alimentos disponibles para población española. Se estimó la ingesta de vitamina A, C, D, E y complejo B. Para el análisis de datos, la ingesta de vitaminas fue recategorizada en quintiles, utilizando de base el consumo en el grupo control. Se calcularon OR crudas y ajustadas utilizando modelos de regresión logística condicional.

Resultados: Se encontró la asociación de bajo peso al nacer con factores clásicos como el hábito tabáquico y la hipertensión inducida por el embarazo. El riesgo de bajo peso disminuyó a medida que aumentaba el consumo de vitaminas liposolubles A y D, ORa para Q5 de 0,67 [IC95% 0,43-1,05] y 0,62 [IC95% 0,40-0,98] respectivamente. También se encontró una asociación para B1, B3, B6 y B9, con una reducción del riesgo entre el 25% y el 64%. No se observó una asociación con vitaminas hidrosolubles B2, E y C.

Conclusiones/Recomendaciones: Se observa una asociación protectora entre la ingesta dietética de vitaminas con funciones plásticas y bajo peso al nacer independiente de otras fuentes de consumo. Es importante incidir en la promoción de una dieta sana que asegure una ingesta adecuada de vitaminas y oligoelementos en población gestante.

Financiación: PI11/02199. Subvención de Fondo de Investigación Sanitaria (FIS). Instituto de Salud Carlos III.

550. OFERTA DE ALIMENTOS EN LOS MENÚS ESCOLARES DE CENTROS EDUCATIVOS DE CANARIAS

A. Isabel-Hernández, P. Soares, M.C. Davó-Blanes

Alumna del Curso de Nutrición, Universidad de Alicante; Grupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El creciente aumento de la obesidad en la población infantil asociada al incremento del uso de los servicios de comedor escolar justifica la necesidad de garantizar y monitorizar la calidad nutricional de las comidas ofrecidas en las escuelas. Objetivo: Explorar si los menús escolares elaborados para los Centros de Educación Infantil y Primaria (CEIP) de la Comunidad de Canarias están siguiendo las recomendaciones del Documento de consenso sobre la alimentación en comedores escolares.

Métodos: Estudio transversal con abordaje cuantitativo realizado mediante el análisis de un menú mensual del año 2015 de 11 CEIP de la Comunidad autónoma de Canarias. Para el análisis del contenido se utilizó un protocolo que, diseñado por el equipo investigador, incluye las recomendaciones del documento de consenso sobre la alimentación en comedores escolares. Se definieron como variables dicotómicas (Sí/No) el tipo de alimentos ofertados en los menús, categorizados en: 1. Hortalizas y verduras incluyendo patata, 2. Arroz y pasta, 3. Le-

guminosas, 4. Carne, 5. Pescado, 6. Huevos, 7. Ensaladas, 8. Otras guarniciones, 9. Frutas y 10. Otros postres. Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Los menús de los 11 centros ofrecían en casi la totalidad de los días de la semana (4,8 veces/semana) platos con hortalizas o verduras en el primer plato, aunque las recomendaciones son de 1 a 2 veces por semana. En todos los centros la oferta semanal de arroz y pasta (0,5 veces/semana) fue inferior a las recomendaciones de 2 veces/semana. La oferta media semanal de leguminosas fue de 1,4 veces, dentro del rango esperado de 1 a 2 veces por semana. La frecuencia de la oferta de pescado en el segundo plato fue adecuada en todos los centros (1,3 veces/semana), mientras que la de carnes (4,5 veces/semana) fue superior a la recomendada (1 a 3 veces/semana). Los huevos tuvieron una frecuencia de oferta de 0,7 veces/semana y las ensaladas estuvieron presentes 1 vez por semana, ambos valores inferiores a los recomendados (1 a 2 veces/semana y 3 a 4 veces/semana respectivamente). Tanto la oferta de frutas en los postres (3,3 veces/semana) como la de otros postres (1,8 veces/semana) no se corresponden con las recomendaciones por defecto y exceso respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: El cumplimiento de las recomendaciones del Documento de consenso en los CEIP estudiados es bajo. Es necesario seguir impulsando políticas que promuevan la alimentación saludable en los comedores escolares.

577. HOUSEHOLD FOOD SECURITY AND CHILD DIET IN NORTHERN GHANA: EVIDENCE FROM THE 2012 GHANA FEED THE FUTURE POPULATION BASELINE SURVEY DATA

P. Agbadi, H.B. Urke, M.B. Mittelmark

MC Venues Research Group, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen.

Antecedentes/Objetivos: There is a dearth of literature on the link between household food security and child feeding practices in sub-Saharan Africa. Therefore, this study investigated the relationship between achievement of adequate child feeding practices (minimum meal frequency, minimum dietary diversity, and minimum acceptable diet) and level of household food security in northern regions of Ghana.

Métodos: Using child data from the 2012 Feed the Future baseline survey (n = 871), logistic regression was performed to assess the impact of household food security factors, maternal characteristics and contextual factors on the likelihood of 6-23 months old infants and children receiving recommended minimum meal frequency, minimum dietary diversity, and minimum acceptable diet.

Resultados: About 36% of children were in food non-secure households. Chi-Square test of independence indicated that there were inadequate and adequate recommended feeding of children in both food secure and non-food secure households. Children in food secure households were significantly more likely than children in food non-secure households to achieve recommendations for minimum dietary diversity [OR = 0.62; 95%CI: 0.43-0.91] and acceptable diet [OR = 0.62; 95%CI: 0.40-0.97], but there was no significant association between household food security status and minimum meal frequency. Compared to infants (6-11 months), children in the oldest age groups (12-17 and 18-23 months) had increased odds of achieving minimum dietary diversity and acceptable diet. Region of residence, household size, and maternal dietary diversity were equally significant predictors of complementary feeding practices in the northern regions of Ghana.

Conclusiones/Recomendaciones: While household food security was related to two measures of child feeding adequacy, there were instances of underfed children in food secure households and of well-fed children in food insecure households in northern Ghana. The further study of these groups may shed light on how caregivers can be

assisted to achieve adequate child feeding, irrespective of the household's food security situation.

SESIÓN DE PÓSTERS

CP01. Vigilancia epidemiológica (I)

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Pantalla 1

Moderador: Federico Arribas Monzón

234. COMPARACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE DOS VACUNAS FRENTE A HEPATITIS B EN PACIENTES RENALES CRÓNICOS

J. Gómez, M. Alé, J. Muñoz, M. Calvo, R. Gil, R.M. Ortí

Hospital Clínico de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La respuesta a la vacunación frente a hepatitis B es menor en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (40-80%) que en la población general (90%) debido a las alteraciones inmunitarias de esta enfermedad. A pesar de las diferencias en seroconversión, dosis de aplicación y coste, no existen indicaciones explícitas para discriminar el uso de las vacunas de 40 µg. de antígeno adsorbido (Vaxpro® 40 µg) y de 20 µg. de antígeno adsorbido y adyuvado (Fendrix®). El objetivo es analizar la efectividad de estas vacunas en pacientes renales crónicos vacunados en un Departamento de salud.

Métodos: Estudio observacional prospectivo histórico. Se estudiaron 155 pacientes con enfermedad renal crónica (estadios 4 y 5), que recibieron un ciclo completo de primovacuna frente a hepatitis B, entre febrero de 2007 y enero de 2015, y de los que se disponía de serología post-vacunal. La información se obtuvo a partir de Historias Clínicas y del Registro de Vacunas Nominal de la Comunidad Autónoma. Se definió como respuesta a la vacunación un nivel de Ac Anti-HBs igual o superior a 10 mUI./ml. en control serológico post-vacunal. Análisis estadístico: Se estimó la proporción de respuesta según tipo de vacuna (Vaxpro® vs Fendrix®) y otras variables explicativas (edad, género, patología de base, tratamiento sustitutivo renal y, en su caso, técnica de diálisis utilizada) mediante análisis bivariante y posterior análisis de regresión logística (SPSS versión 15.0), para ajustar por los potenciales factores de confusión.

Resultados: Se estudiaron 155 pacientes, 80 vacunados con vacuna Vaxpro® 40 µg y 75 con vacuna Fendrix®. La edad media fue de 65,6 años y el 70,3% eran hombres. La respuesta global a la vacunación fue del 57,4%. En el análisis bivariante se observó una asociación significativa de la no seroconversión con la edad (p = 0,005) y con la administración de la vacuna Vaxpro® 40 µg (p = 0,006). En la regresión logística que incluía todas las variables estudiadas se mantuvo la asociación entre la no respuesta a la vacunación y la edad (OR: 1,045; IC95%: 1,016-1,075) y la vacuna Vaxpro® 40 µg (OR: 2,946; IC95%: 1,277-6,797). No se descubrieron diferencias en función del género, la patología de base, la situación de prediálisis/diálisis y el tipo de técnica dialítica utilizada.

Conclusiones/Recomendaciones: En pacientes con enfermedad renal crónica, el nivel de seroconversión de la vacuna de 20 µg de antígeno adsorbido y adyuvado multiplica por tres la efectividad de la de 40 µg de antígeno adsorbido, independientemente del efecto de la edad y otros posibles factores de riesgo. Además del coste unitario y

del número de dosis aplicadas, debería considerarse este nivel de respuesta en los protocolos de vacunación utilizados en los Servicios de Medicina Preventiva.

963. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA HEPATITIS E EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA

C. Escassi, E. Hoyas, E. Román, A. Beltrán, J. Vargas, E. Suárez, M.J. Pérez Lozano

Hospital de Valme.

Antecedentes/Objetivos: La hepatitis E afecta a todas las zonas del mundo, pero la prevalencia es mayor en Asia oriental y meridional. Cada año se registran unos 20 millones de casos de infección, más de tres millones de casos agudos, y 56.600 defunciones relacionadas con esa hepatitis. Se transmite principalmente por vía fecal-oral, como consecuencia de la contaminación fecal del agua de bebida, aunque también existen otras vías de transmisión como la alimentaria por ingestión de productos derivados de animales infectados, la transfusión de productos sanguíneos infectados y la transmisión vertical de una embarazada al feto. El diagnóstico se realiza mediante estudios serológicos (marcadores de infección aguda) y técnicas de PCR. La mayor parte de los casos en países industrializados ocurren en viajeros que regresan de viajes por zonas endémicas, sin embargo a partir de los noventa se empezaron a detectar cepas de VHE causantes de casos sintomáticos en personas sin antecedentes de viaje a zonas endémicas. Los casos secundarios de carácter familiar son poco frecuentes. La prevalencia de anti-VHE puso de manifiesto la posibilidad de la zoonosis (principalmente porcino).

Métodos: Revisión de las declaraciones por infección VHE registradas en el SVEA durante el periodo del 2013 al 2015 del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.

Resultados: Durante el periodo seleccionado se declararon un total de 14 casos de infección aguda, 3 durante el 2014 y 11 en el año 2015. El diagnóstico se llevo a cabo por la Unidad de Microbiología del Hospital por contar tanto con las pruebas serológicas como con la PCR sin necesidad de enviar las muestras al laboratorio de referencia para confirmar diagnóstico. La edad media de presentación fue de 45,1 años (10 hombres/4 mujeres). 2 de ellos regresaban de zonas endémicas, 1 trabajaba con aguas residuales y dos de ellos antecedentes de consumo de carne porcina en ámbito privado.

Conclusiones/Recomendaciones: En nuestro medio existe una relativa alta prevalencia de la infección, favorecida por la posibilidad de poder realizar el diagnóstico sin necesidad de enviar las muestras a laboratorio de referencia. La dificultad para la cumplimentación de las encuestas epidemiológicas hace que no se puedan obtener resultados concluyentes. El bajo diagnóstico y la escasa relevancia clínica que caracteriza a esta infección puede estar dando lugar a una infradeclaración de la misma.

669. CASOS DE GRIPE HOSPITALIZADOS EN EL CHUAC, TEMPORADA 2015-2016: ANÁLISIS PRELIMINAR

M. Fernández-Albalat Ruiz, M. Otero Santiago, A. Cañizares Castellanos, L. Moldes Suárez, L. Saleta Canosa

Servicio de Medicina Preventiva, CHUAC; Servicio de Microbiología, CHUAC.

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones por virus Influenza por su forma de presentación estacional y a veces explosiva, junto con la poca cobertura vacunal frente a ellas, constituyen un problema importante para el sistema sanitario. Objetivo: conocer las características de los pacientes diagnosticados de gripe que ingresaron en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

Métodos: Análisis descriptivo de los pacientes hospitalizados con gripe confirmada microbiológicamente en el CHUAC desde el ingreso de primer caso el 29 de noviembre de 2015 hasta el 29 de marzo de 2016. Identificación de los pacientes mediante: comunicación de resultados positivos para virus Influenza del Laboratorio de Microbiología del CHUAC, técnicas utilizadas PCR en tiempo real o Inmunocromatografía; búsqueda activa de casos por revisión de censos de UCIs, registro de altas del Servicio de Urgencias y camas de aislamiento. Factores de riesgo estudiados: asma, EPOC, otra enfermedad respiratoria crónica, hemoglobinopatía y/o anemia, diabetes, insuficiencia renal, obesidad, cáncer (incluidos leucemia y linfoma), enfermedades cardiovascular, neuromuscular o hepática crónica, embarazo e inmunodeficiencia activa.

Resultados: Hasta el 29 de marzo fueron hospitalizados en el CHUAC 403 pacientes con gripe confirmada, el 56,33% varones. Los mayores de 60 años representan el 58,56%. Encontramos un 84,86% (IC95%: 81-88,2) con factores de riesgo, 94,07% en el caso de mayores de 60. Precizaron asistencia en UCI un 9,68% (IC95% 7-13). Un 87,10% tenía indicación de vacunación (edad y/o factores de riesgo), pero solo el 34,19% se vacunó. Fallecieron el 5,21%. El serotipo A(H1N1) 09 pdm representa el 85,60%, seguido del A no subtipado (8,19%), el B (5,46%) y por último el AH3 (0,74%).

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha observado un elevado número de casos confirmados microbiológicamente que han requerido hospitalización. El virus Influenza predominante es el A (H1N1) 09 pdm. La mayoría de los casos presentan factores de riesgo para desarrollar complicaciones. Más de la mitad de los pacientes con indicación de vacunación no se vacunaron, por lo que sería interesante ahondar en las causas de esta situación.

719. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS HOSPITALIZACIONES POR LEISHMANIASIS. ESPAÑA 2009-2013

J.A. López-Rodríguez, E. Lorente Páramo, M. Morey Montalvo, M.D. Ramiro-González, I. del Cura González, A. Gil de Miguel

Unidad de Investigación, GAAP; REDISSEC; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos.

Antecedentes/Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes ingresados por leishmaniasis en España entre 2009 y 2013, y estimar la tasa de hospitalización anual y los costes directos de los ingresos hospitalarios en el mismo período.

Métodos: Diseño: estudio observacional retrospectivo utilizando registros del CMBD. Periodo de estudio: 1 de enero de 2009 a 31 de diciembre de 2013. Ámbito: España. Inclusión de todas las altas hospitalarias con diagnóstico (principal o secundario) de leishmaniasis (códigos CIE9-MC: del 085.0 al 085.9). Se analizaron globalmente, por grupo etario y por comunidad autónoma la frecuencia de ingresos, incidencia por cada 100.000 habitantes, días de estancia, y coste medio por hospitalización (GRDs). Se utilizó como población de referencia para cada año la obtenida del censo del INE ajustado por el tamaño de la cobertura de los hospitales.

Resultados: Se registraron un total de 2.396 ingresos con el diagnóstico de leishmaniasis. El 73,5% fueron hombres y la edad media fue de 41,4 años (DE 21,3). El 51,9% tuvieron diagnóstico principal de leishmaniasis, el 23% fueron reingresos (el resto tuvo leishmaniasis como diagnóstico secundario). La coinfección Leishmania/VIH existía en el 45,7% de los ingresos. De los ingresos con diagnóstico principal de leishmaniasis (n = 967), un 69,8% fueron ingresos procedentes de urgencias y presentaron una mortalidad intrahospitalaria de un 2,8%. La mediana de la estancia fue de 10 días (RIC 6-17) y la mediana del coste fue de 4.296,30€ (RIC 4.148,8-6.571,5). El año con mayor tasa de hospitalizaciones fue 2011 con 0,5 casos/100.000 habitantes (IC95% 0,44-0,56). Los grupos etarios con mayor frecuencia de ingresos fueron los menores entre 1 y 4 años (12,1%) y los mayores de 65 años (16,4%). Las comuni-

dades autónomas con mayores frecuencias de hospitalización fueron C. Madrid (31,5%), Andalucía (20,1%) y C. Valenciana (14,2%).

Conclusiones/Recomendaciones: La leishmaniasis es una enfermedad con una tasa anual de hospitalización estable a excepción de un leve incremento en 2011. La mayor parte son ingresos procedentes de urgencias y existe un porcentaje importante de coinfección *Leishmania*/VIH. Además existe un grupo especialmente vulnerable de 0 a 5 años.

4. ADHERENCIA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LAS POLÍTICAS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. CLÍNICA REINA CATALINA, BARRANQUILLA, COLOMBIA

Y. García Casanova, K.P. Mercado López, S. Nader Díaz, D.C. Manotas
Clínica Reina Catalina.

Antecedentes/Objetivos: La seguridad del paciente (SP) es un principio fundamental de la atención al paciente y los indicadores de evaluación un componente clave de la gestión de la calidad, mejorarla requiere una labor compleja que impacta favorablemente en la epidemiología de todo el sistema de salud, en el que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento seguridad del entorno y la gestión del riesgo. Objetivo: evaluar la adherencia e indicadores epidemiológicos relacionados con las políticas del programa de SP asociadas a la intervención de enfermería.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo. La muestra estuvo representada por todos los pacientes de cada uno de los servicios y cada servicio estuvo evaluado una vez por semana según corresponde al Cronograma de trabajo del departamento de enfermería.

Resultados: La adherencia a las políticas de seguridad del paciente se cumplen en un 65.0% de un estimado de adherencia de 80% representándose como una Clínica de mediano riesgo de adherencia a las políticas, las medidas de aislamientos y el control de infecciones obtuvieron la mayor adherencia también los registros de enfermería, riesgos de caídas y programa de piel sana, en relación con los protocolos de cirugía segura y el correcto diligenciamiento de consentimientos informados que se evidencio baja adherencia.

Conclusiones/Recomendaciones: La evaluación de la adherencia a las políticas de seguridad aun cuando no superaron las expectativas del alcance según protocolo e indicadores, nos permitió identificar, diagnosticar y trazarnos las pautas para continuar la ruta crítica de las normas de habilitación 2003 del 2014 en Colombia según el programa de garantía de la calidad.

952. TASA DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO CON SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

A. Tébar Martínez, A. Asúnsolo del Barco

SESCAM; Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales, UAH.

Antecedentes/Objetivos: La vigilancia de la infección de sitio quirúrgico quirúrgica (ISQ) con seguimiento en Atención Primaria (AP) no está protocolizada. La definición incluye la que aparece durante los primeros 30 días tras la cirugía, por lo que se intuye que las cifras pueden ser más elevadas de las publicadas. El objetivo de este estudio es conocer la frecuencia y características asociadas a ISQ incluyendo la que se manifiesta tras el alta hospitalaria.

Métodos: Estudio cohortes longitudinal y prospectivo. Se seleccionaron todos los pacientes intervenidos de apendicectomías, cesáreas, histerectomías, herniorrafias, colestectomías y mastectomías con ingreso en un hospital público de 420 camas durante un periodo de seis meses. Se recogió información de las características del paciente,

la estancia, la intervención y el seguimiento durante los 30 días tras la intervención tanto de la historia hospitalaria como de la de AP, obteniéndose las autorizaciones para el seguimiento en ambos niveles asistenciales. Se realizó un análisis descriptivo estimándose la incidencia global de ISQ y en cada procedimiento; Se realizaron diferentes análisis bivariantes para detectar las características asociadas a ISQ mediante pruebas paramétricas o no paramétricas, según fueran necesarias. Finalmente, se realizó una regresión logística, tomándose como variable dependiente la presencia de ISQ e incluyendo en la misma las variables que tenían significación estadística en los análisis bivariados o que en la literatura se consideran factores de riesgo para la infección. Se utilizó el programa SPSS 19.

Resultados: Se obtuvieron 980 pacientes, en su mayoría fueron hernias (36,3%, 356 pacientes), seguido de las cesáreas, con 232 pacientes (23,7%). Se intervino de forma programada a 619 pacientes (el 63,1%). A 49 pacientes (5%) se les practicó un procedimiento múltiple. Existe constancia en la historia de AP de haber valorado las heridas quirúrgicas en 834 (85,1%). En 170 presentaron criterios de infección (19,8%) Esta incidencia varió entre los diferentes procedimientos. Sólo 16 (10%) fueron diagnosticados por Atención Especializada. El número de días desde la intervención hasta la aparición de síntomas presentó una mediana de 9 y un rango intercuartil de 7 a 12,75. Los factores que se asociaron a un incremento del riesgo de infección fueron la obesidad (OR 2,270, IC95% 1,454-3,542), el sexo varón (OR 1,573, IC 1,101-2,246) y el grado de contaminación (OR 1,559, IC 0,990-3,542).

Conclusiones/Recomendaciones: El riesgo de infección es mayor del publicado. El inicio de los síntomas se produce entre una y dos semanas tras la cirugía. La infección detectada por el hospital no llega al 10%. Se necesita un sistema de vigilancia y detección de las infecciones en Atención Primaria para el seguimiento protocolizado de las intervenciones.

908. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS DE ONFALITIS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

A.P. Silva Barajas, A. McGee Laso, A. Vidal Esteba, L. Aybar García, J.L. Valencia Martín

Hospital Universitario de Móstoles.

Antecedentes/Objetivos: Descripción clínica y epidemiológica de los casos de onfalitis identificados en un hospital universitario.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de la historia clínica y pruebas complementarias de todos los pacientes con solicitud de cultivo microbiológico del cordón umbilical (CU), cursadas desde el 1/01/2011 al 31/12/2014. A partir de esta información, se seleccionaron los pacientes con diagnóstico médico de onfalitis (secreción purulenta, sangrado, eritema, induración, o mal olor en el CU), en los que se analizó la edad al inicio de infección, sexo, signos, síntomas, factores de riesgo para onfalitis, resultado de cultivos y tratamiento.

Resultados: Se registraron un total de 49 casos de onfalitis. Durante los 4 años de estudio la incidencia pasó de 4 a 8 casos de onfalitis por 1.000 nacidos vivos por año al final del periodo. La mediana de edad de los casos en el momento del inicio de síntomas fue de 6 días, con predominio masculino (63%). Los signos de infección más frecuentes fueron locales: secreción purulenta (73,5%), mal olor (51%), y eritema (43%); además, un 12% presentó signos sistémicos, aunque en ningún caso se observaron complicaciones severas. Un 20% de los neonatos presentaban algún factor de riesgo de onfalitis; además el 35% presentaban otra patología concomitante, siendo hiperbilirrubinemia y policitemia (16%) las más frecuentes. El cultivo de cordón fue positivo en el 94% de casos (84% con gérmenes sensibles a antimicrobianos), siendo *E. coli* (43%) y *S. aureus* (43%) los patógenos más frecuentes. Los hemocultivos solicitados (53% de los pacientes) fueron mayoritariamente negativos (81%). El 83% que recibió antibioterapia, el 28% sólo lo recibió por vía tópica con mupirocina, ácido fusídico o

gentamicina. Los tratamientos sistémicos más empleados fueron cloxacilina (37%) y gentamicina (22%) intravenosos, con una media de duración de 1,8 días. También se indicó antibioterapia oral con cloxacilina (17%), amoxicilina (11%) y cefixima (9%), con una media de duración de 2 días.

Conclusiones/Recomendaciones: Es necesario evaluar si el aumento de incidencia de onfalitis, se puede deber a una mayor sensibilidad diagnóstica o a un problema real en la práctica clínica, sin embargo los valores detectados se encuentran próximos a los reflejados en otros estudios en países desarrollados. La ausencia de complicaciones sugiere una detección y tratamiento precoces en la mayoría de los casos. Sin embargo, el uso de tratamiento tópico, no está avalado por la evidencia científica actual para el tratamiento de la onfalitis, siendo recomendable su sustitución por tratamientos sistémicos con espectro de actividad frente a cocos gram positivos y bacilos gram negativos.

610. TENDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE AISLAMIENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MADRID: 2011-2015

G. Alemán Vega, A. Hernández Aceituno, H. Sandoval-Insausti, A. Figuerola Tejerina

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario La Princesa.

Antecedentes/Objetivos: La necesidad de adoptar precauciones adicionales en el hospital es principalmente consecuencia del frecuente y estrecho contacto entre pacientes y personal sanitario. El objetivo del estudio es conocer la evolución de la incidencia de los aislamientos y sus principales características en el período 2011-2015.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. La fuente de datos es MAPAH (base de datos Access utilizada en nuestro hospital desde 2011, con un formulario estandarizado). Se calcula incidencia (IA) (casos entre altas hospitalarias) y densidad de incidencia (DI) (casos entre estancias acumuladas) global, por tipos y por años.

Resultados: Se han registrado un total de 2.474 aislamientos, edad media 71 años (DE 34,15), 54% hombres, el 64,6% aislamientos en servicios médicos, 19,9% en quirúrgicos y 14,6% en críticos, duración media aislamiento 12,2 días (DE 18,6). Aislamiento de contacto en 84,5%, gotitas/contacto 12,1%, aéreo 1,2%. La IA global de 3,3% (2011 2,2%, 2012 2,7%, 2013 3,2%, 2014 4,0% y 2015 4,5%; p tendencia < 0,05), DI 3,6‰ (2011 2,3‰, 2012 2,9‰, 2013 3,5‰, 2014 4,4‰ y 2015 5,1‰). IA nosocomial 2011 1,2%, 2012 1,1%, 2013 1,5%, 2014 1,6% y 2015 1,8% (p tendencia < 0,05). IA no nosocomial 2011 1,0%, 2012 1,5%, 2013 1,8%, 2014 2,5% y 2015 2,8% (p tendencia < 0,05). No se aprecian cambios significativos en las características analizadas de los aislamientos durante el período de estudio, excepto el aumento estadísticamente significativo del número de colonizaciones tanto nosocomiales como comunitarias, como consecuencia de los programas de búsqueda activa puestos en marcha en 2014-2015.

Conclusiones/Recomendaciones: El mayor porcentaje de aislamientos son de contacto y corresponden a infecciones y/o colonizaciones por microorganismos multirresistentes. El incremento de la incidencia observado es menor en los aislamientos de origen nosocomial. La vigilancia y control de las infecciones debe constituir una prioridad para los profesionales sanitarios, enmarcada en las estrategias de seguridad del paciente y de la calidad asistencial.

517. PREVALENCIA DE ENTEROBACTERIAS BLEE EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DEL ÁREA ASISTENCIAL DE ALBACETE ENTRE 2011 Y 2014

D.X. Monroy-Parada, R. Haro-Blasco, M. Lizán-García, C. Sáinz de Baranda Camino, M. Crespo Sánchez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Antecedentes/Objetivos: Los gérmenes multirresistentes están asociados con un aumento de la morbi-mortalidad en hospitales. Se estima que en las residencias geriátricas el 20 al 40% de los residentes están o han estado infectados o colonizados por estos gérmenes, entre ellos los gérmenes portadores de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE). Entre los factores de riesgo se encuentran estar institucionalizado en una residencia, incontinencia urinaria/fecal y el mayor uso de antibióticos. Planteamos este estudio para conocer la prevalencia de enterobacterias BLEE en las residencias de nuestra comunidad y valorar su evolución del 2011 al 2014.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de muestras de orina de residencias de ancianos del área asistencial del Complejo Hospitalario de Albacete en el periodo 2011-2014, y se analizan las enterobacterias aisladas productoras de BLEE. La identificación se realizó mediante el sistema MALDI-TOF y la sensibilidad antibiótica mediante el sistema Vitek, y MicroScan WalkAway. Se identifican los casos nuevos por año y se calcula la prevalencia global, utilizando como denominador el número total de plazas de la residencia. Se calcula la tendencia temporal utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Las residencias se caracterizan según número de trabajadores, ratio habitaciones dobles/individuales, uso como centro de día.

Resultados: Durante el periodo estudiado se detectan un total de 181 casos, el 82,8% mujeres, con una razón de masculinidad igual a 0,20. La prevalencia de periodo por residencia se mueve entre el 0,85% y el 41% residentes. En un 90,6% de los casos se aisló un único germen, siendo *Escherichia coli* el más frecuente, con un total de 124 casos (68,5%), seguido por *Klebsiella pneumoniae* (29,8%), con 54 casos. El 2% de los pacientes presentó más de dos gérmenes distintos mientras que hubo un único caso en el que se aislaron tres microorganismos diferentes a lo largo del periodo estudiado. Un 4,4% de los casos se ha mudado a otra residencia o a varias. De 2011 al 2014 aumenta el número de casos de 14 (7,8%) a 80 (44,2%) casos, presentando un coeficiente de correlación creciente de 0,99, para el total, como por gérmenes, 0,98 para *Escherichia coli* BLEE y *Klebsiella pneumoniae* BLEE.

Conclusiones/Recomendaciones: El aumento creciente de los aislamientos de gérmenes multirresistentes BLEE enfatiza la importancia en la adopción de programas de prevención y control en este tipo de instituciones; aunque nuestros resultados han de ser tomados con cautela, pues se basan en la toma de muestras para laboratorio, que puede variar en cada residencia. Se debería trabajar en protocolos consensuados entre las diferentes residencias con el fin de minimizar y controlar la tasa de resistencias.

276. HIDATIDOSIS, UN RETO PARA EL CONCEPTO ONEHEALTH DEL SIGLO XXI

Y. González González, O. Mínguez González, A. Grau Vila, L.M. Fernández Calle, S. Marqués Prendes

Consejería de Agricultura y Ganadería, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: La hidatidosis o equinocosis quística es una enfermedad parasitaria causada por *Echinococcus granulosus*. Los adultos del parásito se localizan en el intestino del perro, donde liberan los huevos que después saldrán al exterior por las heces. Los huevos son la forma infectiva para el ganado y, accidentalmente, el hombre, en los que se desarrolla la forma larvaria que da origen al quiste hidatídico. El ser una de las zoonosis más importantes de nuestra Comunidad, junto a la escasez y dispersión de datos, la posible reemergencia de la enfermedad, la escasa coordinación entre los organismos implicados en su vigilancia y control, así como el elevado censo ganadero de Castilla y León, nos condujo a incluirla en el Proyecto de Investigación de Zoonosis, del Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal, con el objetivo de disponer de información que permita establecer posibles nexos causales entre la presencia de la enfermedad en los animales y el hombre.

Métodos: En paralelo se realizó un análisis de las notificaciones de matadero disponibles recibidas en nuestro servicio desde Salud Pública durante 2011. Se seleccionaron tres mataderos sobre los que se realizó un muestreo dirigido de los ovinos y bovinos que presentaron lesiones desde el 15 de noviembre a 16 de diciembre de 2011.

Resultados: Mejora de la comunicación entre los organismos implicados. Reactivación de estrategias de control. Necesidad de investigación de técnicas de diagnóstico in vivo. En Castilla y León, se está desarrollando un programa informático de comunicación directa de hallazgos en matadero al Servicio de Sanidad Animal.

Conclusiones/Recomendaciones: La prevalencia de hidatidosis en bovinos y ovinos de Castilla y León obtenida del muestreo dirigido frente a los datos oficiales fue sorprendentemente elevada. Los datos obtenidos en el muestreo dirigido no concuerdan con los datos de notificación de matadero. La alta prevalencia puede indicar un riesgo para la salud humana.

Financiación: Programa Epidemiológico Transfronterizo entre España y Portugal de investigación de zoonosis (Proyecto 0441_ZOONOSIS_2_E).

178. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DEL PROYECTO RESISTENCIA ZERO: 11 MESES TRAS SU IMPLANTACIÓN

M. Gómez Santillana, C. Gallardo Quesada, A. Pacheco Olivares, C. Carralero Palomero, V. de Paz Varea, M.J. Rodríguez Escudero, A. Puerta Lázaro

Hospital Virgen de la Luz.

Antecedentes/Objetivos: Los pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son especialmente susceptibles a ser colonizados/infectados por bacterias multirresistentes (BMR). Desde marzo del año 2015 se implantó el proyecto Resistencia Zero en la UCI del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca. Objetivos: describir la implantación de este proyecto en nuestra UCI y los factores de riesgo asociados a la colonización por bacterias multirresistentes.

Métodos: En marzo de 2015 se implantaron las 10 recomendaciones del "Proyecto Resistencia Zero". Al ingreso de los pacientes se cumplimenta una "lista de verificación" de factores de riesgo para BMR, lo que permite la inclusión en el proyecto. Se realiza una búsqueda activa de dichas bacterias. Se aplican las precauciones de aislamiento y seguimiento de vigilancia. En nuestro estudio, la Variable dependiente es la colonización por BMR y las independientes: sexo, edad, hospitalización previa, pacientes institucionalizados, antibiótico-terapia anterior al ingreso, presencia de IRC, patología crónica, estancias en UCI o colonización/infección previa. Análisis estadístico: descriptivo, bivariado para establecer relaciones entre las variables y modelización multivariante usando regresión logística hacia atrás.

Resultados: Se han incluido 174 pacientes, 112 son hombres (64,4%), la edad media es 69,5 (DE 13,2). La estancia media en UCI fue de 12,5 días (DE 21,3) y la estancia media total de 25,2 días (DE 27,4). 38 pacientes (21,8%) presentaron colonización por BMR; 6 pacientes (3,4%) eran portadores de BMR conocidos. Las bacterias más frecuentes encontradas colonizando en solitario fueron SARM (31,6%), E. coli BLEA (27,3%) y Klebsiella pneumoniae BLEA (15,4%). En un 18,4% la colonización es polimicrobiana. El modelo multivariante, revela asociación entre la colonización por BMR y la presencia previa de otro germen multirresistente ($p = 0,026$; RR 3,61 [IC95% 1,3-135,79]) y con la estancia en UCI ($p = 0,013$; RR 1,03 [IC95% 1,004-1,056]). La relación con la mortalidad y estancia total del episodio están al límite de la significación. Fallecieron el 31,6% de los pacientes con BMR frente al 20,6% de los no colonizados.

Conclusiones/Recomendaciones: 1. La gran relación entre colonizados previos y riesgo de presencia de BMR nos induce a pensar que los pacientes siguen colonizados tras el alta hospitalaria. 2. La estan-

cia en UCI muestra relación con el hallazgo de BMR. 3. El estudio expresa una relación entre éxitos y presencia de BMR, casi con significación estadística, que deberá ser comprobada mediante un estudio diseñado ex profeso. 4. El bundle de medidas del "Proyecto resistencia Zero" nos permite describir el mapa de BMR en la UCI desde el ingreso del paciente.

84. MODELIZACIÓN MATEMÁTICA DE LA TRANSMISIÓN INDIRECTA DE SALMONELLA EN UNA GRANJA DE POLLOS

B.C. Cantó, C.C. Coll, J.P. Pagán, J.P. Poveda, E.S. Sánchez

Instituto de Matemática Aplicada; Departamento de Tecnología de Alimentos; Universitat Politècnica de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Los modelos matemáticos son herramientas que permiten predecir el comportamiento de la propagación de enfermedades infecciosas, así a partir de los mismos se pueden establecer y simular estrategias de control. El objetivo de este trabajo fue construir un modelo SI que permitiese evaluar los brotes de salmonelosis por transmisión indirecta a través de los residuos presentes en el gallinero.

Métodos: Para modelizar la infección por Salmonella se hizo una aproximación discreta (en etapas K , $K = 1, 2, 3$) obteniéndose una representación matemática con ecuaciones en diferencia. La población en el gallinero se distribuyó en individuos susceptibles $S(t)$ e infectados $I(t)$. Se consideró que la transmisión se produce por contacto con residuos que se encuentran en el suelo o cama de la jaula. Un porcentaje significativo de salmonelas $B(t)$ se encuentran en dichos residuos, de ahí que sea importante considerar esta vía de transmisión, frente al contacto directo con otros animales infectados. En la modelización se consideraron las siguientes premisas: 1) los residuos de gallinas infectadas con bacterias, pueden infectar a otras gallinas, 2) el gallinero es estanco y la población (N) permanece constante.

Resultados: En el sistema de ecuaciones se han considerado los siguientes parámetros: p , q , s , probabilidad de supervivencia de susceptibles, infectados y bacterias respectivamente; y β probabilidad de producción de bacterias por gallinas infectadas. Se obtuvo así un sistema positivo de tres ecuaciones que representa el modelo de salmonella indirecta: $S(t+1) = pS(t) - cB(t)S(t) + (1-q)N/I(t+1) = qI(t) + cB(t)S(t)/B(t+1) = sB(t) + \beta I(t)$. Al tratarse de un sistema no lineal su resolución conlleva la linealización alrededor de un punto de equilibrio: estudio DFE (disease free equilibrium). La evolución de la infección se analizó a través del indicador número reproductivo básico R_0 . Se definió el número esperado de bacterias secundarias ocasionadas a partir de un individuo infectado primario $R_0(B)$ y el número esperado de individuos secundarios infectados a partir de una bacteria primaria $R_0(I)$. Donde $R_0 = R_0(B) \cdot R_0(I) = s/(1-q)$ siendo la tasa de contagio $s = c \cdot \beta \cdot N/(1-s)$.

Conclusiones/Recomendaciones: La población de bacterias desaparece, esto es $R_0 < 1$, si, y sólo si, la suma de la tasa de infección por el contacto con una bacteria (s) más la tasa de supervivencia de un individuo infectado (q) es inferior a 1. Si $s+q = 1$ la infección no crece y la población tiende al punto de equilibrio libre de enfermedad. Si $s+q = 1$ la infección crece y la población tiende hacia el punto de equilibrio endémico o puede crecer hacia la pandemia. Concluimos que el tamaño de la población N es determinante para que la infección tienda a desaparecer; donde $N = (1-q) \cdot (1-s)/c \cdot \beta$.

635. ALTA PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES VIRAIS MISTAS EM CRIANÇAS COM DOENÇA DIARREICA AGUDA

R. Pratte-Santos, E. Maciel, S.T. Cassini, T. Fumiam, M. Miagostovich, R. Keller

Universidade Federal do Espírito Santo; Instituto Oswaldo Cruz RJ.

Antecedentes/Objetivos: No Brasil, apesar da redução da mortalidade infantil nos últimos anos, um número elevado de crianças ainda morre em decorrência de doenças diarreicas agudas (DDAs) de etiologia indeterminada. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de três vírus entéricos humanos (rotavírus A, norovírus GII e adenovírus humano) comumente implicados em casos de DDA, em amostras clínicas de crianças diagnosticadas com diarreia aguda atendidas em duas unidades de saúde em Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Métodos: Um estudo transversal foi realizado no período de setembro 2011 a agosto de 2012. Foram coletadas 134 amostras de fezes de crianças com diarreia que aceitaram participar da pesquisa e que estiveram de acordo com os critérios de inclusão definido pelo estudo. Adotou-se como definição de diarreia a ocorrência de três ou mais dejeções líquidas ou amolecidas, com ou sem sangue, num período de 24h (CDC, 2003). Foi realizada a extração do genoma viral das amostras de fezes, seguido de transcrição reversa com oligonucleotídeos randômicos (hexâmeros pd(N)6). Após a amplificação e quantificação pela PCR em tempo real dos genomas virais com primers específicos, as amostras foram sequenciadas.

Resultados: Noventa e três por cento das amostras avaliadas foram positivas para pelo menos um dos três vírus estudados. Cinquenta e seis amostras (41,8%) foram positivas para apenas um dos vírus e 69 (51,5%) crianças avaliadas apresentaram dois ou três vírus nas fezes. O rotavírus foi o patógeno que apresentou o maior número de cópias genômicas e foi detectado na maior parte dos casos de co-infecção. O sequenciamento das amostras positivas para rotavírus identificou os genótipos G2, G3 e G9. O genótipo (G1P[8]) presente na composição da vacina Rotarix®, introduzida pelo programa de imunização do governo brasileiro em 2006 não foi identificado em nenhuma das amostras de fezes positivas para o rotavírus.

Conclusiones/Recomendaciones: Os resultados sugerem que os vírus podem ser os principais responsáveis pelas DDAs diagnosticadas nas crianças participantes do estudo. A prevalência dos três vírus entéricos avaliados na população infantil foi alta e agravada por infecções mistas com dois e três vírus na mesma amostra. Além do rotavírus ter sido detectado na maior parte dos casos de co-infecção, o número de cópias genômicas encontrado foi maior do que o dos outros vírus avaliados. Estes resultados são preocupantes porque 68,7% (92/134) das crianças participantes do estudo foram vacinadas contra o rotavírus com a vacina Rotarix®.

Financiación: CNPq.

CP02. Evaluación en salud pública

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Pantalla 2

*Moderan: Sara Malo Fumal
y Milton Severo Barros da Silva*

473. RELATIONSHIP BETWEEN EMPOWERMENT AND CHARACTERISTICS OF THE WORKGROUP: A STUDY WITH HEALTHCARE PROFESSIONALS

C. Carvalho, L. S. Mónico, P. Parreira, P. Pinto, J. Nina, D. Gómez, A. Salgueiro-Oliveira

Faculty of Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra; Coimbra Nursing School; Nursing Faculty of Federal University.

Antecedentes/Objetivos: Empowerment as a process drives positive outcomes in the workplace. It is a key variable in health care set-

tings, both to organizational outcomes and patients' and professionals' satisfaction. Healthcare professionals work majority in workgroups. It is important to identify the characteristics of these groups that improve empowerment and other organizational outcomes. The aim of this research is to perform a literature review on associations between empowerment and characteristics of the workgroups of healthcare professionals; identify factors that promote empowerment, analyzing its consequences and benefits in a hospital setting.

Métodos: Systematization of literature selected through specific keywords and inclusion/exclusion criteria. The review covered studies published after 2000 presented in different databases (Web of Knowledge, Scirus, B-on, PubMed, ProQuest, etc.). Studies were categorized as empirical/theoretical, according to country of publication, characteristics of the sample, measures, and the results.

Resultados: Literature highlights that the access to resources and structures promotes empowerment of health professionals, having: 1) a significant influence on workload, perceived fairness, and congruence between work performance and function assigned; 2) higher recognition and reward system improvement; 3) improvements of work relationships; 4) higher individual-organizational values congruence; and 5) innovative behaviors, more skills, greater satisfaction and organizational commitment of health professionals.

Conclusiones/Recomendaciones: Empowerment increases the effectiveness of healthcare professionals; has a positive influence on patient safety, by diminishing occurrence of adverse events; affords direct interaction of professionals with their patients; positively influences the adoption of mobilization behaviors; renders a greater sense of accomplishment to professionals; contributes to work environments more productive and satisfactory; and helps to healthier workplaces.

108. DISTRIBUCIÓN DEL BAJO PESO AL NACER EN UN ÁREA SANITARIA ANDALUZA Y SU RELACIÓN CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

M.M. Rodríguez del Águila, C. Santos Box, M.A. Rubín Gómez, T. Rueda Domingo

Complejo Hospitalario Universitario de Granada; Área Gestión Sanitaria Granada Nordeste.

Antecedentes/Objetivos: El bajo peso al nacer (BPN) es uno de los indicadores de salud más utilizados para cuantificar el nivel de desarrollo de un país o región. Según un informe de UNICEF, la incidencia mundial de BPN es del 15,5%, situándose en España en 2013 en el 7,7% según datos del Instituto Nacional de Estadística, estando Andalucía en la media nacional. El BPN se ha visto relacionado con la edad gestacional de la madre, multiparidad, tabaco y otros factores sociodemográficos. El objetivo fue explorar la distribución geográfica del bajo peso al nacer en el área de referencia de un complejo hospitalario y su relación con factores sociodemográficos y evolución temporal.

Métodos: Estudio descriptivo. La fuente de información fue el libro de partos informatizado y el período de estudio los años 2007-2014. De cada nacimiento se recogieron: fecha de parto, sexo y peso en gr del recién nacido, semana de gestación, parto múltiple (sí/no), municipio y provincia de residencia de la madre, distrito de Atención Primaria de adscripción de la madre (Granada, Nordeste, Sur y Metropolitano), bajo peso y mortalidad al nacer (sí/no). Se incluyeron todos los registros existentes en el libro de partos, excluyendo en el análisis multivariante los que no constaba alguna de las variables analizadas. Se calcularon frecuencias y porcentajes, chi-cuadrado y regresión logística multivariante.

Resultados: En los 8 años se registraron 54244 partos, siendo el 52% varones. El 4% procede de un parto múltiple. La edad media de la madre fue de 31 ± 6 años y el promedio de semanas de gestación de

39 ± 4 semanas. La incidencia global de BPN fue del 9,6%, manteniéndose la tendencia estable en todos los años. Se encontró relación significativa entre el BPN y el sexo del recién nacido (11% mujeres vs 9% varones, $p < 0,001$), parto múltiple (68% sí vs 7% no, $p < 0,001$) y fallecimiento al nacer (3,7% fallecen con BP vs 0,2% sin BP). Un 92% de los partos son de madres residentes en la provincia de GR, existiendo diferencias entre Distritos Sanitarios ($p < 0,001$). Hay 7,61 veces más riesgo de BPN en parto múltiple frente a parto simple. Por cada semana de gestación el riesgo de tener un RBP es 0,52 menor; las madres de los Distritos Sanitarios Nordeste y Sur tienen 2,02 y 1,44 más riesgo de bajo peso que las que residen en el Distrito Granada y las niñas 1,55 más riesgo vs niños, todo ello ajustado por las restantes variables del modelo.

Conclusiones/Recomendaciones: Existe estabilidad en la incidencia de BPN en partos de mujeres ingresadas en un área hospitalaria. Vivir en el Distrito Nordeste de Granada, parto múltiple, sexo niña y menor semana de gestación son factores de riesgo para el BPN, debido probablemente a que los embarazos más complejos son derivados para su atención a los centros de la capital.

771. EFETIVIDADE DE BUNDLE NA PREVENÇÃO DE TRAUMAS POR PUNÇÕES VENOSAS PERIFÉRICAS EM URGÊNCIA NO BRASIL

P. Krempser, C. Arreguy-Sena, M.B. Rodrigues, P. Parreira, L.M. Braga, A.S. Salgueiro-Oliveira

Universidade Federal de Juiz de Fora-MG, Brasil; Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal; Universidade Federal de Viçosa-MG, Brasil.

Antecedentes/Objetivos: Bundles reúnem um conjunto de ações de baixo custo e fácil operacionalização, são utilizado na prevenção de iatrogenias, minimização da morbimortalidade, custos e sofrimento humano. O bundle na prevenção de trauma vascular periférico (BPTVP) pretende minimizar a ocorrência de trauma vascular periféricos (TVP) decorrente das punções de veias usando-o como parâmetro qualificador do cuidado e dimensionador dos processos de trabalho em saúde. Objetivou-se identificar a efetividade de BPTVP em pessoas atendidas num serviço de Urgência/Emergência-Brasil.

Métodos: Estudo quasi-experimental com 5 intervenções educativas (Bundle) incorporadas a rotina institucional: fixar cateter com filme transparente estéril e extensor lateralmente; aspiração do cateter para avaliar retorno de sangue antes de infusões; salinização do cateter (10 ml de NaCl 0,9%) nos intervalos das infusões; remoção do cateter sem angulação; dígito pressão no sítio de inserção do cateter após sua remoção; definidas a partir de evidências de uma coorte pré-bundle (244 punções). Amostra consecutiva com IC = 95%; RR = 0,30 e relação expostos/não expostos = 58,6%. Coorte pós-bundle (191 punções) avaliou a efetividade da prevenção de trauma vascular. Utilizadas técnica educativa (imagens, reprodução em manequim e simulação em profissionais e/ou pesquisadores e avaliação semiológica, mensurativa e fotográfica) para identificação de TVP nas coortes. Dados colhidos entre 2011-2013. Análise por estatística descritiva e inferencial. Atendidos requisitos éticos.

Resultados: Participaram 435 pessoas em primeira punção venosa realizada na instituição, sendo: homens (56%) como de pele branca (42%), idade média de 46,5 anos (variabilidade dos 18 aos 96 anos de idade); média de 2,5 dias de internamento (variabilidade inferior a 24 horas e até 34 dias); 43% com alta da instituição por melhoria da situação clínica. A incidência das manifestações de trauma vascular (dor, alteração cor da pele, capacidade funcional, edema, enduração, solução de continuidade, secreção e temperatura local) antes da implantação do protocolo do bundle era de 58,6% e após de 31,4% ($p = 0,000$ e IC = 95%).

Conclusiones/Recomendaciones: O bundle mostrou-se efetivo ao reduzir a incidência de TVP do que o previsto na hipótese ($H1 = 30\%$), com valores superiores a 50% para manifestações de TVP decorrentes de punção venosa periférica. Este resultado é indicador de maior qualidade de cuidados com diminuição do sofrimento e possibilitou uma gestão mais adequada do procedimento de punção veonsa num serviço de Urgência. Sugere-se replicação do bundle de TVP em outras realidades.

770. PREVALÊNCIA DE TRAUMA VASCULAR EM DOENTES COM CATETER VENOSO PERIFÉRICO: LIMITES E POSSIBILIDADES

L.M. Braga, P. Parreira, A.S. Salgueiro-Oliveira, C. Arreguy-Sena, D. Adriano, M.A. Henriques, L.S. Mónico, C.M. Carvalho, C.A. Carvalho

Universidade de Lisboa, Portugal; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal; Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal; Universidade de Coimbra, Portugal; Multiplicar Cursos e Treinamentos Ltda.

Antecedentes/Objetivos: A inserção de um cateter venoso periférico (CVP), a administração e vigilância da terapêutica endovenosa (TEV) representam sensivelmente 85% dos cuidados de enfermagem a doentes em contexto hospitalar. O trauma vascular periférico é a complicação mais comum, causa dor e desconforto ao doente, além da interrupção da TEV e remoção do cateter antes de completar o tratamento. Diante disso realizou-se investigação com os seguintes objetivos: conhecer o perfil dos doentes; identificar a TEV administrada no CVP e avaliar a prevalência de trauma vascular periférico.

Métodos: Estudo transversal, num serviço de medicina de Portugal, entre julho e outubro/2015. Incluídos os doentes com CVP e excluídos doentes portadores de cateter venoso central. Os dados foram analisados por meio estatística descritiva. Atendidos os requisitos éticos.

Resultados: Foram incluídos 110 doentes com 526 CVP, maioritariamente idosos (93%), com idade média de 80 anos (18 a 96 anos), com TEV por 11 dias em média (1 a 49 dias). Os CVP foram inseridos no dorso da mão (39,5%), antebraço (35,5%), fossa antecubital (10,5%), braço (9,5%) e pé (5%). Utilizados principalmente os calibres 22G (59,5%) e 20G (37,5%). Receberam TEV por 8 dias ou mais, 60% dos doentes; 86,5% dos doentes usaram um ou mais antimicrobianos pelo CVP (meropenem 19%; piperacilina + tazobactam 16%; levofloxacina 11,5%; amoxicilina + ácido clavulânico 10%; cefuroxima 7%; ciprofloxacina 7%; vancomicina 5,5%; ceftriaxona 4,5%); 5,5% usaram amiodarona; 53% pantoprazol e 20% solução com cloreto de potássio. A prevalência de trauma vascular foi de 30,5% e levou a remoção dos CVP (flebite 11,5%; infiltração 16%; dor na administração de fluidos 3%).

Conclusiones/Recomendaciones: O trauma vascular constituiu-se numa limitação para utilização das veias periféricas e resultou na remoção e reinserção de um novo CVP. Tendo em vista o perfil dos doentes e o tipo de medicamentos utilizados (a maioria irritantes e com $pH < 5$ e > 9), poder-se-ia reduzir o trauma vascular através da utilização de tecnologias avançadas/inovadoras, como o cateter venoso central de inserção periférica (PICC), dado associar-se à redução das punções venosas e traumas vasculares, além de promover maior conforto e segurança do doente aquando da administração de soluções irritantes/vesicantes. Os resultados motivaram a implementação de intervenção educativa para utilização do PICC, o qual será objeto de investigação.

Financiación: Luciene Braga possui bolsa de estudo financiada pela CAPES, Brasil (processo 0867/14-4).

190. ACTIVIDAD DE LOS CENTROS DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL EN CASTILLA Y LEÓN

N. Lorusso, S. Fernández Arribas, C. Ruiz Sopena, M.J. Rodríguez Recio, M. Herranz Lauría, H. Marcos Rodríguez, S. Tamames Gómez

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: En 1990, la Junta de Castilla y León (CyL) asumió, con recursos propios, la actividad de los 4 Centros de Vacunación Internacional (CVI) de la Comunidad. Posteriormente, en 2008, se firmó una encomienda de gestión con el Ministerio de Sanidad y Consumo y se autorizaron 5 nuevos CVI, por un total de 9, uno cada provincia. El objetivo del estudio es analizar la actividad de vacunación internacional llevada a cabo en 2015 en los CVI de CyL.

Métodos: Se realizó un estudio trasversal con los datos recogidos en el Sistema de Información de Viajeros Vacunados (VIVA) sobre las consultas a viajeros internacionales realizadas en los 9 CVI de CyL. El periodo de estudio fue de 1 de enero a 31 de diciembre 2015. Se analizaron las características de los viajeros, de los viajes y de las recomendaciones de vacunación. Se realizó un análisis descriptivo y multivariante de los datos mediante el paquete estadístico de SPSS v.19.

Resultados: En 2015 se realizaron 10.244 primeras consultas de viajes que conllevaron 24.085 recomendaciones de vacunación (2,35 por consulta). Se administraron 16.798 vacunas de inicio de pauta y la adherencia a dichas recomendaciones alcanzó una media del 87% en toda la Comunidad (89,4% en vacunas sujetas al pago de una tasa y 81,1% en las de calendario), siendo significativa la diferencia entre CVI ($p = 0,000$). El 50,5% de los viajeros atendidos fueron mujeres, el 12,9% extranjeros, el 17,2% refería alergia a algún componente de las vacunas y el 41,2% presentaba un calendario de vacunación infantil completo. La edad media fue de 36,21 años (DE: 14,236). El área geográfica de destino fue principalmente Asia (39,0%) o Latinoamérica (36,9%). El motivo más frecuente para viajar fue turismo organizado (37,4%). Todas estas variables fueron significativamente diferentes entre los CVI de la Comunidad ($p = 0,000$). En el análisis multivariante, las vacunas sujetas a tasa, el país de origen España y el calendario de vacunación infantil completo fueron factores que influyeron positivamente en la administración de las vacunas recomendadas. Tener alergias, ser menor de edad, viajar a Latinoamérica y el motivo de viaje "Visitar a la familia" fueron factores que influyeron negativamente en la vacunación.

Conclusiones/Recomendaciones: Profundizar sobre los motivos que influyen, en determinadas categorías de viajeros, para rechazar las recomendaciones de vacunación y las diferencias en la práctica de los CVI son posibles áreas de mejora en la actividad de vacunación internacional de CyL.

461. EVALUACIÓN DE ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO PROSPECTIVO CON MEDICAMENTOS POR EL COMITÉ COORDINADOR DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE ANDALUCÍA: ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE RECHAZO

M. Sánchez-Lanuz Rodríguez, S. Márquez-Calderón

Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Los estudios postautorización de medicamentos con seguimiento prospectivo (EPAs SP) son estudios observacionales, que complementan a los ensayos clínicos aportando información sobre la efectividad de los fármacos y su seguridad en la práctica real. Se ha observado que la tasa de rechazo en su evaluación por los Comités de Ética de la Investigación (que son las autoridades

competentes para su autorización en una Comunidad Autónoma) es más elevada que la obtenida en el caso de los ensayos clínicos. El objetivo de este estudio es analizar las causas de rechazo de los EPAs SP evaluados en Andalucía.

Métodos: Se han identificado en primer lugar el total de EPAs SP evaluados por el Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía desde 2005 a diciembre de 2015, a partir de la base de datos (en Access) de EPAs SP de este comité. Se han identificado los EPAs SP con evaluación desfavorable (rechazo), con objeto de localizar las resoluciones. Estas resoluciones están en formato de texto libre. Los textos se han analizado, clasificando los resultados de las resoluciones en 4 categorías de motivo principal del rechazo: sospecha o riesgo de inducción a la prescripción, diseño inadecuado para alcanzar los objetivos, objetivos confusos o mal formulados, y otros motivos. Los resultados se describen como porcentajes.

Resultados: Desde el año 2005 al año 2015 han sido evaluados en Andalucía un total de 463 EPAs SP, de los cuales, 68 fueron en 2015. El porcentaje de resoluciones desfavorables en el periodo fue del 27%, porcentaje muy superior a la tasa hallada en los ensayos clínicos con medicamentos evaluados por el mismo comité (en torno al 1%). Se presentan aquí las causas de rechazo de los EPAs SP evaluados en 2015 (en el congreso se presentarán los resultados de todo el periodo). En 2015, el porcentaje de EPAs SP rechazados fue del 21% (14 entre 68 presentados), y las causas de rechazo fueron: sospecha o riesgo de inducción a la prescripción: 35%, diseño inadecuado para alcanzar los objetivos: 23%, objetivos confusos o mal formulados: 21%, otras causas (memoria económica que no especifica compensaciones, indicaciones no contenidas en ficha técnica del fármaco, etc.): 21%.

Conclusiones/Recomendaciones: Los motivos de rechazo de los EPAs SP evaluados por el Comité de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía orientan a que estos estudios son utilizados en ocasiones por los promotores para inducir la prescripción de medicamentos tanto en las indicaciones autorizadas como en otras no recogidas en la ficha técnica.

846. DETERMINANTES, VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E FATORES DE MENSURAÇÃO ANTROPOMÉTRICA EM PESSOAS IDOSAS

P.F. Pinto, A.A. Fernandes, M.A. Botelho, C. Arreguy-Sena, P. Parreira, A.P. Sobral, L.M. Braga, J.R. Perrout

Universidade Federal de Juiz de Fora-MG, Brasil; Universidade Federal Fluminense-RJ, Brasil; Universidade Federal de Viçosa-MG, Brasil; Universidade Nova de Lisboa, Portugal; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Antecedentes/Objetivos: A explicitação da conceituação do envelhecimento ativo e bem-sucedido, compreendida como uma situação que inclui, entre seus pontos básicos, uma baixa incidência de doenças, níveis significativos de funções físicas e cognitivas e uma vida social ativa, reforça a execução de pesquisas multiprofissionais e multidisciplinares. Neste contexto objetivou-se relacionar os determinantes de envelhecimento ativo e as variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade) com os fatores de mensuração antropométrica.

Métodos: Survey realizado em uma cidade brasileira, com 326 pessoas com idade = 65 anos. Os determinantes do processo de envelhecimento foram selecionados a partir da aplicação de Análise Fatorial com 8 fatores; considerou-se como variáveis sociodemográficas a idade e a escolaridade e como medidas antropométricas: dobra subescapular (DS); tricipital (DT); circunferências do braço (CB) e da cintura (CC); áreas de gordura do braço (AGB), muscular do braço (AMB) e percentual de gordura do braço (APB). Dados consolidados no pro-

grama SPSS e analisados segundo estatística descritiva e inferencial. Atendidos requisitos éticos e legais.

Resultados: Indicada: 1) diminuição da (ATB) e do IMC à medida que a idade aumenta, retratando a diminuição da adiposidade corporal e perda da massa magra; 2) correlações positivas e significativas da idade com (AGB); (APGB) RCQ, E (PC) da mulher e consequente aumento destas à medida que a idade avança; 3) correlações estatisticamente negativas entre Determinante de Saúde e Capacidade Física e as medidas antropométricas: IMC, (RCQ), (ATB), (AGB) e (%GB) Gordura do Braço, indicando que aqueles entrevistados que se auto-avaliam positivamente em relação à sua saúde e capacidade física apresentam índices de padrão normal.

Conclusiones/Recomendaciones: Foi possível concluir que: maior percentual de obesidade ocorreu entre as mulheres em todas as faixas etárias; maior sobrepeso ocorreu entre os homens na faixa etária de 60-70 anos; maior eutrofia entre os homens ocorreu com idade de 80 anos ou mais; a auto-avaliação positiva da saúde percebida e capacidade física está relacionada com índices antropométricos de padrão normal; a maior ou menor adiposidade corporal e/ou a maior ou menor quantidade de massa magra não está relacionada com o nível de escolaridade. Sugere-se a formação e ampliação de banco de dados sobre a temática.

218. UNA PROPUESTA METODOLÓGICA DE EVALUACIÓN DE PLANES LOCALES DE SALUD

C. Olmos Cubero, J. Oliván Abejer, C. Arias Abad, C. Frías Trigo

Diputación de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Hoy en día son escasos los municipios de la provincia de Barcelona que hayan asumido el reto de introducir la planificación de sus políticas de salud pública entre sus prioridades y, menos aún, que sometan sus planes de salud a procesos de evaluación. Con el fin de facilitar e impulsar dichas tareas, la Diputación de Barcelona publicó en el año 2013, con la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Guía metodológica para la elaboración de un Plan Local de Salud. Presentamos ahora la Guía metodológica para la evaluación de un Plan Local de Salud, recurso práctico que promueve la evaluación de las políticas de salud pública en el ámbito local aplicando los preceptos de la estrategia europea Salud en Todas las Políticas, favoreciendo la creación de una red local (gobernanza democrática) que utilice el trabajo intersectorial y la participación ciudadana en la mejora de la salud de la población, principios todos ellos que inspiran la Guía metodológica para la elaboración de un Plan Local de Salud.

Métodos: Se ha partido del análisis documental de la Guía metodológica para la elaboración de un Plan Local de Salud para confeccionar un modelo de evaluación de planes de salud que se ajuste a su marco teórico. Posteriormente se realizaron varios grupos de discusión con técnicos de salud pública de algunos municipios de la provincia de Barcelona para validar y consensuar el modelo de evaluación propuesto.

Resultados: El modelo de evaluación que presentamos plantea indicadores que conectan con un relato argumental que permite explicar qué papel han jugado tanto los elementos de diseño del plan de salud (¿hemos diseñado bien el plan?) como los de proceso (¿qué mecanismos son claves para una buena implementación del plan?) para obtener diversos resultados (por ejemplo, haber mejorado el trabajo transversal en salud en el municipio o haber sensibilizado a la población sobre la importancia de la alimentación saludable). El hilo argumental que recorre la evaluación de un plan de salud permite aproximarnos a “qué queremos decir cuando hablamos de hacer un buen diseño del plan”, “qué cambios podemos esperar en el municipio si conseguimos una red local dinámica y potente” y “qué es lo que tenemos que tener en cuenta para que el plan de salud sea capaz de

generar los cambios que se le suponen”, integrando la evaluación de un modo natural a lo largo de todo el proceso de elaboración de un plan local de salud.

Conclusiones/Recomendaciones: La presentación de esta Guía metodológica para la evaluación de un Plan Local de Salud es un paso adelante en el camino que inició la Diputación de Barcelona el año 2013, con la publicación de la Guía para la elaboración de un Plan Local de Salud, para introducir y promover la cultura de la planificación de la acción en salud pública a nivel local.

133. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD EN CIUDAD LINEAL 2014 CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

M.M. Esteban y Peña, A.M. Martínez Simancas, S. Gerechter Fernández, N. Fernández López, J. Zancada González, M.A. Galán Rey

Unidad de Formación e Investigación, Madrid Salud; Centro Madrid Salud Ciudad Lineal.

Antecedentes/Objetivos: Resultados finales del estudio para adecuar intervenciones. El comportamiento sociodemográfico del distrito, similar a la ciudad, licencia a utilizar fuentes de información de la ciudad. Es objetivo describir y analizar el estado de salud del distrito y factores determinantes (socioeconómicos, medioambientales, hábitos-estilos de vida, morbimortalidad) en 2014, comparando 2010 con perspectiva de género.

Métodos: Diseños: Descriptivo transversal, ecológico (análisis de mortalidad, factores socioeconómicos) y cualitativos (programas institucionales y consulta de expertos). Elaboración de Fuentes Secundarias: Instituto Nacional de Estadística (INE), Dirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid y Fuentes Primarias: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2013), Informes Anuales de Madrid Salud, Estudio de Salud de la ciudad de Madrid 2014. Elaboración. Estadísticos descriptivos (medias, IC al 95%), analíticos (bivariantes y multivariantes) y epidemiológicos (tasas ajustadas, tablas de mortalidad). Programas SPSS 17, Excel, Stata 11 y Epidat para procesamiento.

Resultados: Población de distrito 2014, 214.256 personas, Índice de envejecimiento 2014, 158,40, Ciudad de Madrid 130,70. Población extranjera 2014, 13,1%, Ciudad de Madrid, 13,1%. Crecimiento vegetativo 2012 -0,14, 1,61 para la Ciudad. Fecundidad en adolescentes (Ciudad) 2012, 11,64. Esperanza media de vida al nacer 2013, 85,01 años, Ciudad de Madrid 84,46. Riesgo de pobreza (Ciudad) 2013, 14,1%. Índice de Gini (Ciudad) 2013, 34,6%. Tasas de cobertura de desempleo en mujeres (Ciudad) 56%. Violencia de género, tasa de la ciudad 9,8%, extranjeras 19,8%. Hábitos y estilos de vida. Conjunto de la ciudad: fumadores 20,7%, sedentarios 24,4%, obesos 8,98%, enfermedad crónica 70%, posible enfermedad mental, 19,5% (GHQ-12), consumo de medicamentos 65%. Tasas de: embarazos no deseados 11,5/1.000, IVEs 16,59/1.000 e ITS (5, 85, 8,99 -sífilis gonorrea- por 100.000 respectivamente). Las tasas de mortalidad del distrito, se sitúan en quintiles inferiores a la media de la ciudad. La principal causa es cáncer en hombres y enfermedades vasculares en mujeres.

Conclusiones/Recomendaciones: El mayor envejecimiento, pobreza, desigualdad económica, importantes tasas de paro con escasa cobertura en mujeres, población extranjera con factores de vulnerabilidad relevantes; hábitos y estilos de vida determinantes de salud (ejercicio y alimentación y tabaquismo); la salud mental, y un área sexual-reproductiva, con malos indicadores; son claves para las intervenciones en Salud Pública en el distrito de Ciudad Lineal.

CP03. Salud ambiental

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Pantalla 3

Moderadora: Juan Alguacil Ojeda

671. EXPOSICIÓN A CONTAMINANTES ORGÁNICOS PERSISTENTES COMO FACTOR DE RIESGO DE PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA OBESIDAD

V. Muestieles, E. Salamanca-Fernández, P. Martín-Olmedo, F. Vela-Soria, J.M. Molina-Molina, J.M. Sáenz, N. Olea, M.F. Fernández, J.P. Arrebola

Instituto de Investigación Biosanitaria (IBS, Granada), Universidad de Granada; Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Antecedentes/Objetivos: A pesar de su prohibición en la mayoría de países, la población mundial presenta niveles detectables de contaminantes orgánicos persistentes (COPs) en su organismo, siendo el tejido adiposo su principal reservorio. Nuestro objetivo es estudiar si los niveles de COPs en tejido adiposo podrían contribuir a la morbilidad por dislipemia, hipertensión y resistencia a la insulina; factores de riesgo para el síndrome metabólico, y tradicionalmente ligados a la obesidad.

Métodos: Entre 2003 y 2004 se reclutaron 387 adultos en la provincia de Granada, de los cuales 218 presentaban dislipemia, diabetes y/o hipertensión arterial. Se clasificó a los participantes en dos categorías: aquellos que presentaban al menos una de las patologías mencionadas frente a aquellos que no presentaban ninguna. Se cuantificó la concentración de 8 COPs (hexaclorobenceno [HCB], β -hexaclorociclohexano [HCH], dicofol, p,p'-diclorodifenildicloroetileno [p,p'-DDE] y policlorobifenilos [PCB-138, -153, -180] en tejido adiposo de cada participante mediante GC-MS/MS. La asociación entre la exposición y el efecto se estableció mediante regresión logística multivariante y regresión de Cox.

Resultados: β -hexaclorociclohexano (β -HCH) se asoció positivamente con la prevalencia de padecer alguna de las patologías seleccionadas (OR = 1,29; p = 0,020), mientras que no se alcanzó la significación para hexaclorobenceno (HCB) (OR = 1,21; p = 0,139). Además, tras un seguimiento de 10 años de los participantes sanos al reclutamiento, la exposición a β -HCH y HCB se asoció de manera positiva y estadísticamente significativa con la aparición de alguna de las patologías consideradas durante el seguimiento (HR[β -HCH] = 1,27; p = 0,043; HR[HCB] = 1,26; p = 0,049).

Conclusiones/Recomendaciones: Estos resultados sugieren que la acumulación de determinados COPs en el organismo podría representar un factor de riesgo adicional para el desarrollo de patologías crónicas habitualmente asociadas a la obesidad.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III [FIS 02/974; PI13/02406 y CP15/00193]. Junta de Andalucía (RH-0092-2013). Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER)-UE.

606. ADIPOSE TISSUE CONCENTRATION OF ENDOCRINE DISRUPTORS AND RISK OF OBESITY AND INSULIN RESISTANCE

F. Artacho-Cordón, I. Jiménez-Díaz, L.M. Iribarne-Durán, F. Cardona, J.A. López, J. Alguacil, N. Olea, F.J. Tinahones, M.F. Fernández

Instituto de Investigación Biosanitaria (IBS, Granada), Hospitales Universitarios de Granada; CIBERESP; Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria; CIBEROBN.

Antecedentes/Objetivos: Obesity is a major public health concern worldwide and an established risk factor for type-2 diabetes, insulin resistance, metabolic syndrome and cardiovascular disease, contributing to increased morbidity and mortality. Obesity is traditionally associated with high caloric intake and low physical activity, but recent in vitro studies suggest that exposure to endocrine disrupting chemicals (EDCs), including persistent organic pollutants such as hexachlorobenzene (HCB), hexachlorohexane (HCH), o,p'-dichloro-diphenyltrichloroethane (o,p'-DDT) or polychlorinated biphenyls (PCBs), may disrupt crucial pathways involved in adipogenesis and increase the risk of obesity, acting as "obesogens". The aim of this study was to evaluate the association between adipose tissue concentrations of selected EDCs and obesity/insulin resistance-related markers.

Métodos: A cross-sectional study was conducted in 125 obese/non-obese subjects with/without insulin resistance undergoing surgery in the Nutrition and Endocrinology Unit of Virgen de la Victoria Hospital [Málaga (Spain)] and not receiving blood glucose-lowering treatment. Anthropometric measures were gathered and body mass index (BMI) and homeostasis model assessment of insulin resistance (HOMA-IR) were calculated. Adipose tissue EDC concentrations were quantified by GC-MS/MS. Associations between EDCs and obesity/insulin resistance markers were examined using logistic and linear regression analyses adjusted for potential confounders.

Resultados: Obese (BMI = 25 Kg/m²) and morbidly obese (BMI = 30 Kg/m²) subjects had higher adipose tissue concentrations of most studied EDCs (OR: 1.23-1.99 for obese, and 1.63-3.61 for morbidly obese), with statistical significance for HCB, HCH and o,p'-DDT. Adipose tissue HCB and HCH levels were also positively and significantly associated with HOMA-IR levels (OR: 1.40-1.60 for patients with HOMA-IR 4-7.5, and 1.47-1.88 for those with HOMA-IR > 7.5). Moreover, obese/morbidly obese subjects with HOMA-IR = 4 had higher EDC adipose tissue levels than those with HOMA-IR < 4. Only a few marginal associations were found for the studied PCB congeners.

Conclusiones/Recomendaciones: Despite the cross-sectional study design, the consistency of the results and the persistence of these compounds in adipose tissue, which may indicate long-term exposure, suggest that the EDC burden might represent an additional risk factor for obesity and insulin resistance.

Financiación: FIS PI13/02406 and Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER)-UE.

512. ESTRUCTURA EN EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD DE ANDALUCÍA

C. Lozano Izquierdo, R.M. Bueno Borrego, M. Nieto Jiménez

Grupo Autonómico Evaluación de Impacto en Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Con la entrada en vigor el 16 de Junio de 2015 del Decreto 169/2014, de 9 de diciembre, por el que se establece el procedimiento de la Evaluación del Impacto en la Salud (EIS) de la Comunidad Autónoma de Andalucía y ante la innovación que supone, se crea la necesidad de establecer una organización funcional. La norma contempla dos órganos competentes evaluadores: Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica y las Delegaciones Territoriales de la Consejería de Salud. Además, la tramitación de EIS implica la participación de otros organismos públicos competentes. El objetivo es describir la organización funcional de trabajo en Evaluación de Impacto en Salud en Andalucía.

Métodos: Se realiza un análisis previo de las necesidades de trabajo para dar respuesta al procedimiento que integra la EIS. Se identifican los órganos competentes y se selecciona el equipo de trabajo. Se establece una organización funcional a nivel interno y externo. Finalmente se elaboran instrucciones de trabajo para establecer la comunicación y metodología entre los órganos implicados.

Resultados: Se ha establecido una estructura en evaluación de impacto en salud consistente en: 1. Estructura Interna: está constituida por un grupo autonómico que depende de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica y 8 grupos provinciales que dependen de las Delegaciones Territoriales de Salud con un perfil multidisciplinar. 2. Estructura Externa: hasta el momento los expedientes recibidos por los grupos EIS han sido instrumentos de planeamiento urbanístico, y actividades y obras, y sus proyectos. Esto implica la intervención de la Dirección General de Prevención y Calidad Ambiental y de la Dirección General de Urbanismo. Con la primera Dirección se ha desarrollado una instrucción conjunta relativa a la incorporación en la EIS en la Tramitación de las AAU (Autorización Ambiental Unificada) y AAI (Autorización Ambiental Integrada).

Conclusiones/Recomendaciones: En el ámbito de actividades, obras y sus proyectos, la instrucción conjunta ha supuesto la implementación de una metodología de trabajo que coordina eficazmente las administraciones implicadas. En el ámbito de Urbanismo se evidencia la necesidad de elaborar una instrucción que establezca la unificación en el procedimiento de trabajo ante la variabilidad en la tramitación de los expedientes. El perfil multidisciplinar de los integrantes de los grupos EIS y la complejidad del procedimiento hace patente la necesidad de implantar una red de profesionales que dé respuesta al intercambio de información entre ellos.

500. IMPLANTACIÓN DEL PRIMER AÑO DE EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD EN ANDALUCÍA

M. Nieto Jiménez, C. Lozano Izquierdo, R.M. Bueno Borrego

Grupo Autonómico Evaluación de Impacto en Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La Evaluación de Impacto en Salud (EIS) es una herramienta esencial para avanzar en la formulación de salud en todas las políticas. Con la publicación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, se establece que las Administraciones Públicas deberían someter a EIS las normas, planes, programas y proyectos que fuesen seleccionadas por tener un impacto significativo en la salud de la población. En Andalucía, la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, dedica un título que posteriormente desarrolla el Decreto 169/2014, de 9 de diciembre, con entrada en vigor el 16 de junio de 2015. Desde entonces, la Dirección General de Prevención y Calidad Ambiental y la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública, han desarrollado la instrucción relativa a la incorporación de la EIS en la tramitación de las autorizaciones ambientales integrada (AAI) y unificada (AAU) con objeto de establecer un procedimiento de trabajo coordinado entre las dos administraciones. El objetivo del estudio es evaluar los resultados obtenidos desde la entrada en vigor del decreto EIS en la Consejería de Salud de Andalucía.

Métodos: Usando la base de datos EIS, que recopila información relativa a los expedientes recibidos, se realiza estudio descriptivo de las consultas sobre excepción según el artículo 3.c del Decreto EIS, de consultas previas (CP) y de valoraciones de impacto en salud (VIS) de Instrumentos de planeamiento general urbanísticos y sus innovaciones, así como, actividades y obras, públicas y privadas, tanto AAU como AAI, y sus proyectos desde la entrada en vigor del decreto hasta la fecha.

Resultados: Se han resuelto 96 expedientes para evaluación del Grupo Autonómico EIS: 68 de Proyectos y 28 de Planeamiento Urbanístico. Se han recibido 13 expedientes de CP y 58 expedientes de VIS. 25 expedientes han sido contestados que no requieren VIS por excepción art. 3c. Se han resuelto 12 expedientes de un total de 58 que requieren aportar VIS o se ha realizado solicitud de mejora. 56 de 66 expedientes de Proyecto se adelantaron por Consigna. El tiempo de respuesta medio de los expedientes que entran por consigna es de 8,24 días frente a 11,38 días cuando no se usa esta vía.

Conclusiones/Recomendaciones: Gran parte de los expedientes recibidos son para resolver dudas con respecto al ámbito de aplicación del Decreto. El 22% de los expedientes de VIS se presentan por CP, originando una petición de mejora de la VIS presentada en la mayoría de los casos restantes. El 85% de los expedientes de proyecto se adelantan por consigna, según Instrucción, esto permite acortar el tiempo de respuesta.

100. PLAN DE ACCIÓN DESDE UN DEPARTAMENTO DE SALUD PARA LA MEJORA DEL IMPACTO AMBIENTAL HOSPITALARIO

S. García Vicente, M.M. Morales Suárez-Varela, C. González Steinbauer, G. Barber Félix, A. Llopis González

Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia; Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent, Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Las instituciones sanitarias son grandes productoras de residuos. La OMS estima que un 15% del total de la producción de residuos sanitarios son peligrosos (infecciosos, tóxicos, radiactivos y en torno a 0,5 kg por cama-día). La falta de normativas, de priorización, formación y concienciación sobre su peligrosidad y de sistemas para su adecuada gestión se asocian a esta problemática. El equipo directivo de un departamento de salud (dos hospitales, 19 centros de salud) planteó en 2013 un plan local de cuidado medioambiental con acciones de mejora a tres años para la reducción de la producción de residuos peligrosos y ser reconocidos como una "organización respetuosa con el medio ambiente".

Métodos: Planteamos tres áreas de trabajo. 1. Reconocimiento: Realización-difusión de política-buenas prácticas ambientales. Adhesión a la "Red de Hospitales Verdes y Saludables". 2. Elevar la concienciación e implicación del capital humano: plan de formación-concienciación continua (sesiones clínicas por unidad de medicina preventiva), programa de sugerencias, inspecciones diarias de gestión de residuos, fomento del transporte público, implantación de historia clínica electrónica, reducción de impresoras-uso de papel, potenciación de diálisis peritoneal, consultas no presenciales atención primaria-hospitalaria, uso exclusivo de óxido de hierro en marcaje de ganglio centinela (por tecnecio), optimización de antibioterapia, sectorización de climatización, mejora del uso de energía solar e iluminación (leds). 3. Mejorar la comunicación externa e interna: apoyo en el consejo de salud (con participación comunitaria) y en medios de comunicación-redes sociales-intranet.

Resultados: Se evalúan: Sesiones formativas realizadas y participantes: 2014: 14 sesiones, 178 participantes; 2015: 26; 350. Producción de residuos peligrosos (tipos III y IV según normativa autonómica): tipo III: 2012: 50.343 kg.; 2013: 50.382; 2014: 46.064; 2015: 45.945. Tipo IV: 2012: 5.556 kg.; 2013: 4.780; 2014: 3.070; 2015: 3.130. Notas de prensa publicadas: 2014: 11; 2015: 7.

Conclusiones/Recomendaciones: Generar continuamente el mejor valor ambiental en y desde la actividad sanitaria es posible. Tener unos objetivos ambientales bien definidos gestionados por medicina preventiva-mantenimiento-dirección enmarcados en una organización global reconocida, fomentando concienciación y participación activa conjunta de profesionales y ciudadanía (con formación y comunicación) es indispensable para mejorar el medio ambiente desde el trabajo sanitario diario, evolucionando hacia la "ecogestión" sanitaria.

318. CERRO ALMODÓVAR VERDE

F. Cortés, C. Osma, R. Gavira, I. Urbialde, M. Ceinos, P. Velasco, L. Guarddon, L. Caballero, H. Navarrete

Madrid Salud, CMS Villa de Vallecas; Cerro Almodóvar Verde; Asociación Centro Trama.

Antecedentes/Objetivos: El cerro Almodóvar es un cerro testigo situado entre los distritos de Vicálvaro y Villa de Vallecas en Madrid. Es el punto más alto de la capital, considerado un sitio de interés geológico y desprovisto totalmente de vegetación por el intenso uso humano para pastoreo y explotación minera. Conserva restos del hombre del neolítico, visigodos y restos de la guerra civil. También fue lugar de inspiración para el arte contemporáneo y la llamada "Escuela de Vallecas". En Vallecas Villa constituye un lugar de uso en fiestas populares como "el día de la tortilla". Desde el año 2012 un grupo de jóvenes de Vallecas Villa, Cerro Almodóvar Verde (CAV), está reforestando el cerro con especies autóctonas, de forma voluntaria y mediante donaciones, realizando labores periódicas de limpieza, así como de concienciación y difusión de la riqueza cultural del enclave y el abandono por parte de la administración. El Centro Madrid Salud (CMS) contactó con ellos para proponer un proyecto de salud ambiental junto con entidades del distrito que trabajan con población vulnerable y para el que no se contaba con financiación. El programa de desigualdades en salud es transversal en Madrid salud y la población vulnerable del distrito es siempre prioritaria.

Métodos: El CMS ofreció sus instalaciones para hacer un vivero con bellotas de encinas, coscojas y quejigos. Los trabajadores del CMS aportaron macetas y bellotas, los voluntarios de CAV trajeron la tierra del cerro y aportaron también bellotas y su propio trabajo. Un grupo de niños y niñas de la asociación Trama, que trabaja con familias en riesgo de exclusión social del distrito, plantó las bellotas el otoño de 2013. Ese día se realizó con ese grupo un taller para distinguir encinas de coscojas y quejigos, así como sobre el cerro donde luego se plantarían los árboles que crecieran y la importancia para su salud de la existencia y cuidado de zonas verdes del barrio. El CMS se ha encargado de regar y cuidar los árboles que brotaron en su azotea durante dos años y en marzo de 2016 otro grupo de la misma asociación los ha plantado en el cerro junto con voluntarios de CAV. Ese mismo día se volvieron a rellenar de tierra las macetas y se plantaron nuevas bellotas para comenzar un nuevo ciclo.

Resultados: 36 niños vulnerables realizaron talleres de educación medioambiental y un semillero y plantación de árboles contribuyendo así a mejorar la salud ambiental de su barrio. Más de 50 árboles fueron plantados en una zona de alto valor geológico, histórico y cultural que es utilizada como zona de esparcimiento para el ocio y la práctica de deporte.

Conclusiones/Recomendaciones: La coordinación interdisciplinar entre entidades con objetivos muy diversos puede suponer la generación de activos en salud a coste cero, en este caso a través de la salud ambiental y el ocio saludable.

447. PRESIÓN ARTERIAL PEDIÁTRICA EN ESTUDIOS DE ASOCIACIÓN CON MERCURIO: METODOLOGÍAS DE MEDICIÓN

G. Gallego-Viñas, S. Llop, F. Ballester

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, GVA; UMI Epidemiologia, Ambient i Salut FISABIO-UJI-UV; CIBERESP; Universitat de València.

Antecedentes/Objetivos: La Organización Mundial de la Salud considera la hipertensión arterial (HTA) como un grave problema de salud pública. La investigación de la variabilidad de la presión arterial (PA) entre individuos debida a su asociación con diversos factores, como la exposición a mercurio, requiere diferenciarla de otras fuentes de variabilidad, intrínseca (debida a mecanismos de ajuste de presión) y extrínseca (derivada de las condiciones de medición de la PA). Diferentes guías de manejo de la HTA contienen recomendaciones sobre la determinación de la PA con el fin de minimizar estos errores. Una medición precisa de PA es importante y los factores relacionados con la medición pueden hacer variar significativamente los niveles medi-

dos y la comparabilidad entre estudios. El objetivo de este estudio es describir las condiciones de medición de PA publicadas en los estudios de asociación entre mercurio y PA en niños y adolescentes.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de los estudios que investigan la asociación entre exposición crónica a mercurio y PA en edad pediátrica (0-18 años). Para cada estudio se describieron 14 condiciones relacionadas con la medición de PA, relativas al sujeto, al dispositivo, a las condiciones en las que se realizó la medición y al tratamiento estadístico de las medidas. Estas condiciones se compararon con las actuales recomendaciones europeas y americanas.

Resultados: Se identificaron 7 artículos relevantes correspondientes a estudios observacionales. En todos ellos la evaluación de PA se basó en una única visita. En ninguno se publicó el protocolo de medición completo ni la totalidad de las condiciones de medición examinadas. Los protocolos de medición de PA utilizados se basaron en diferentes guías de agencias y sociedades científicas. Las condiciones más frecuentemente descritas (6 artículos) fueron el método y el dispositivo de medición, el número de medidas y la estrategia para el cálculo de los niveles medios de PA. Por el contrario, la actividad del niño, el horario de medición y las condiciones ambientales del lugar de medición fueron las menos descritas (1 artículo).

Conclusiones/Recomendaciones: La información publicada sobre las condiciones de medición de PA es desigual, lo cual limita la comparabilidad de estudios y obtención de conclusiones. En futuras investigaciones sería conveniente disponer de protocolos de medición de PA estandarizados y acordes a las recomendaciones vigentes, así como la publicación del protocolo o las condiciones de medición de PA sobre las que hay recomendaciones.

Financiación: Miguel Servet-FEDER CP15/0025.

738. AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO DE CRIANÇAS A POLUENTES ATMOSFÉRICOS

A. Ferreira, J. Conde, J.P. Figueiredo

Instituto Politécnico de Coimbra-ESTeSC-Coimbra Health School.

Antecedentes/Objetivos: O moderno, e crescente, padrão de consumo tem consequências no ambiente que, inevitavelmente, se refletem na saúde humana. Diariamente a qualidade do ar, afeta o nosso bem estar e influencia o nosso futuro, razão pela qual a qualidade do ar interior (QAI) tem sido apontada como um dos principais riscos ambientais para a saúde pública. O nível de poluição do ar interior dos edifícios, pode atingir valores 2 a 5 vezes superiores ao do ar exterior. Os níveis de contaminação do ar interior adquirem mais relevância quando se tem em consideração que na sociedade moderna as pessoas passam cerca de 80 a 90% do seu tempo dentro dos edifícios.

Métodos: Avaliou-se as concentrações do monóxido de carbono (CO), dióxido de carbono (CO₂), ozono (O₃), dióxido de azoto (NO₂), dióxido de enxofre (SO₂), compostos orgânicos voláteis totais (COVs), formaldeído (CH₂O) e matéria particulada (PM_{2,5} e PM₁₀), temperatura (T°) e humidade relativa (Hr), por forma a caracterizar a QAI de escolas primárias, bem como a qualidade do ar ambiente; estimar o estado atual de saúde dos 1019 estudantes e propor medidas mitigadoras. Procedeu-se no outono/inverno e na primavera/verão, à avaliação da qualidade do ar em salas de aula, bem como à avaliação da capacidade respiratória das crianças do 1º e 4º ano dessas escolas. Os pais/encarregados de educação foram questionados sobre: sinais, sintomas e patologias dos seus educandos.

Resultados: Verificámos que as concentrações médias dos poluentes no ar interior foram superiores às concentrações médias verificadas no exterior, o que demonstra a importante contribuição de fontes interiores nas escolas. Os níveis de CO₂, COVs, PM₁₀, PM_{2,5}, CH₂O, Hr e T° em várias salas de aula excederam os níveis máximos aceitáveis para a saúde e conforto dos ocupantes. Estes resultados demonstram que as condições de ventilação inadequadas foram responsáveis

pela acumulação de poluentes do ar interior em várias salas de aula. No entanto, também a ocupação e as atividades escolares foram identificadas como determinantes da QAI. Da estação outono/inverno para a primavera/verão, o número de alunos expostos a poluentes diminuiu tendo-se verificado também uma melhoria expressiva do padrão espirométrico. Constatamos associações entre alguns parâmetros ambientais analisados e sinais, sintomas e patologias, bem como alterações na função respiratória nos estudantes.

Conclusiones/Recomendaciones: A melhoria da qualidade do ar em escolas representa uma medida importante para a prevenção de consequências adversas à saúde em crianças. Os resultados encontrados reforçam o interesse do estudo do binómio ambiente e saúde, nomeadamente na área referente à relação entre os poluentes do ar interior e o impacto na saúde das crianças. Efetivamente um risco acrescido de ocorrência de problemas ambientais poderão conduzir a um aumento da incidência de várias doenças.

197. OBSERVATORIO DE SALUD AMBIENTAL COMO ESTRATEGIA DE SEGUIMIENTO A LA SALUD URBANA EN LA CIUDAD

N.C. Rodríguez Moreno, P. Serna González, M.L. Perdomo Ramírez, A. Rosero Caicedo, D.M. Espinosa Rojas, H.I. Lara Sanabria, N. Chacón Rodríguez, C. Arango, A. Segura Rodríguez

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá DC.

Antecedentes/Objetivos: Todas las enfermedades que provocan el mayor número absoluto de defunciones por año debido a riesgos ambientales prevenibles están relacionadas con factores que son posibles modificar, mediante tecnologías, políticas y medidas preventivas y de salud pública ya disponibles. Por lo anterior, se ve la necesidad de consolidar y reportar información confiable a través de la operación actual de la vigilancia en salud pública de Bogotá y del Observatorio de Salud Ambiental, con el fin de generar proceso de toma de decisiones que permita evitar impactos negativos en la salud de la población.

Métodos: Se diseñó el Observatorio de Salud Ambiental planteando metodologías para elaboración de indicadores con el Modelo de riesgo y PER (Presión-Estado-Respuesta), tanto para localidad como para el distrito. Paralelamente se plantea el módulo de Documentos e investigaciones, Mapas, Preguntas frecuentes, Nuestras publicaciones, Graficador y Participación ciudadana con los componentes Conoce, Participa y Debate.

Resultados: Un Observatorio de salud ambiental operando con 12 módulos actualizados con: 186 indicadores distritales y por localidad (19 localidades), 388 documentos e investigaciones, 127 preguntas frecuentes, 69 mapas y Glosario con 245 definiciones.

Conclusiones/Recomendaciones: Como único observatorio en Sur América, que concentra la problemática de salud y ambiente en un mismo escenario y como herramienta de organización para la disponibilidad de fuentes de datos y estandarización de las salidas de información con el fin de monitorear cambios, seguir tendencias, analizar y dar respuesta a la comunidad en la problemática de salud ambiental para la ciudad, es un gran paso y se requiere juntar esfuerzos privados, públicos y comunitarios.

Financiación: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C.

773. EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE UMBRALES DE TEMPERATURA PARA LA ACTIVACIÓN DE ALERTAS POR CALOR EN ANDALUCÍA 2015

E. Pérez Morilla, E. Rodríguez Romero, C. Montaña Remacha, J. Guillén Enríquez, V. Gallardo García, E. Durán Pla, G. Conejo Carrasco

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Desde el año 2004, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía de forma conjunta con el Ministerio de Sanidad, activa entre el 1 de junio y el 15 de septiembre, el Plan Andaluz de Prevención contra los Efectos de Temperaturas Excesivas sobre la Salud. Este plan establece unos niveles de alerta para cada provincia en función del número de días en los que la temperatura máxima y mínima prevista supera unos umbrales. Hasta el 2014 estos umbrales se definían como el percentil 95 de la serie histórica de temperaturas de cada capital de provincia. En 2015 se aprobó a nivel nacional la sustitución de estos umbrales por temperaturas de disparo de la mortalidad atribuible al calor. El objetivo de este estudio es evaluar cómo ha afectado este cambio a las alertas activadas por calor en Andalucía respecto a años anteriores.

Métodos: Se analizaron los cambios en °C y en percentiles que suponen las temperaturas de disparo respecto a los umbrales definidos hasta 2014. Se calcularon las alertas por calor que se hubieran producido en 2015 usando el percentil 95 como temperatura umbral en lugar de las temperaturas de disparo y su distribución por provincias.

Resultados: Las temperaturas de disparo suponen una variación respecto a los umbrales definidos hasta 2014 de entre -4,2 °C (tª de disparo mínima para Granada) y +4 °C (tª de disparo máxima para Málaga). Se corresponden con percentiles que oscilan entre el 70 (tª de disparo mínima para Jaén) y el 99 (tª de disparo mínima y máxima para Málaga). En Andalucía en 2015 se produjeron 54 días en los que alguna provincia estuvo afectada por una alerta por calor. La provincia más afectada fue Granada con 43 días con alerta y la menos afectada Málaga con ningún aviso de alerta. Usando las temperaturas umbrales definidas hasta 2014, la distribución por provincias varía significativamente, siendo mayor en aquellas en las que las temperaturas de disparo se corresponden con percentiles bajos (Jaén pasaría de 39 días de alerta a uno) o altos (Málaga, de ningún día con alerta a cinco).

Conclusiones/Recomendaciones: Las temperaturas de disparo son un buen indicador del nivel de riesgo de mortalidad por exposición a temperaturas excesivas, sin embargo su uso como umbral para establecer niveles de alerta en un plan de actuaciones preventivas puede tener efectos dispares. Una temperatura de disparo que se corresponda con un percentil demasiado bajo puede producir un efecto de falta de sensación de riesgo en la población al producirse activaciones de alertas demasiado frecuentes; una temperatura de disparo con un percentil muy elevado puede hacer que no sea efectiva la función preventiva del plan ya que sólo se actuaría ante temperaturas extremadamente altas.

93. EL COSTE SOCIAL PARA LA SALUD DE LA CONTAMINACIÓN DEBIDA AL TRANSPORTE EN ESPAÑA

R. Pereira-Moreira

Universidad de Vigo.

Antecedentes/Objetivos: La contaminación del aire y los consiguientes problemas de salud que ocasiona, está recibiendo una creciente atención en parte debido a incidentes específicos en las principales ciudades españolas como el reciente caso de la contaminación sobre Madrid. En los últimos años, la evidencia epidemiológica que analizaremos ha mejorado significativamente y demuestra que los impactos en la salud de la contaminación del aire local, especialmente del transporte por carretera, son mucho más grandes de lo que se pensaba. Por otro lado la literatura académica tiene instrumentos para cuantificar la importancia económica de las vidas perdidas debido a la contaminación. En el caso del impacto final de la contaminación sobre la vida (es decir la mortalidad) existe un método ampliamente aceptado para medir el coste de este impacto, es decir, para medir las pérdidas de vidas a nivel social denominado "valor de la vida estadística".

Métodos: Vamos a estimar monetariamente los costes de mortalidad y costes de morbilidad que supone la contaminación atmosférica en España usando los datos de morbilidad del Institute for Health Metrics and Evaluation. Señalamos que en este trabajo no mediremos ni el efecto del calentamiento global ni el efecto del ruido sobre la salud.

Resultados: Cuantificamos el coste económico de la mortalidad y la morbilidad en España usando varios valores de la vida estadística alternativos procedentes de la literatura. El coste social en el año 2013 de la mortalidad asociada a la contaminación generada por transporte es de unos 55.814 millones euros. A ello hay que sumarle el coste anual de la morbilidad en el año 2013 que estimamos en unos 5.581 millones euros.

Conclusiones/Recomendaciones: Los costes sociales de la contaminación asociados al transporte son muy elevados y deben ser reducidos. En el año 2013 suponen para España un porcentaje del PIB del 2,97%, un porcentaje bastante elevado aunque inferior a otros países europeos (como Alemania o Grecia, que tienen tasas de fallecidos muy superiores a la española). Por tanto, la contaminación debida a emisiones por combustión merece un esfuerzo muy importante para ser reducida de la forma más eficiente posible.

Resultados: En los nacimientos de mujeres nulíparas la razón de sexo fue de 1,07 para el conjunto de los nacimientos, con pequeñas oscilaciones entre los países considerados. Sin embargo, a medida que se incrementó la paridad se produjeron diferencias. Entre las mujeres múltiparas, la probabilidad de tener un hijo varón era significativamente mayor en las mujeres nacidas en India que en las nacidas en España (segundo nacimiento Razón de sexo: 1,31; IC95% (1,16-1,48); tercer o más nacimientos razón de sexo: 2,25 IC95% (1,68-3,03). En el caso de las mujeres nacidas en China la diferencia con las españolas se produce únicamente a partir del tercer nacimiento (razón de sexo: 1,15 (1,07-1,23).

Conclusiones/Recomendaciones: Las mujeres múltiparas nacidas en China e India presentan una probabilidad significativamente mayor de tener un hijo varón que las mujeres múltiparas nacidas en España, indicando la permanencia en nuestro medio de los patrones culturales de predilección por los hijos varones descritos en esos países.

Financiación: FIS PI13/02581.

723. POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN OAXACA, MÉXICO: UN SCOPING REVIEW

B.B. León Gómez, N.V. Espinel Flores, G. Pérez Albarracín

Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: Las políticas públicas pueden influir en la mejora de la calidad de vida, la mortalidad materna o la provisión de los servicios sanitarios a las mujeres. En el estado de Oaxaca –pacífico sur, México– en los últimos años, se han implementado múltiples y diversas políticas que podrían haber influido en la mejora de la calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva. El objetivo de esta revisión es recopilar información sobre cuáles son las principales políticas que se han ocupado directa e indirectamente de la salud sexual y reproductiva, que pudiesen haber sido implementadas durante el periodo 1990-2015 en Oaxaca.

Métodos: Se realizó un Scoping Review (Arksey y O Malley) utilizando una estrategia de búsqueda de documentos en bases de datos, literatura gris y manual. La selección se realizará primero por título –por medio de un revisor. La selección por resumen y texto completo se realizará por medio de pares independientes de revisores. Se incluirán aquellos documentos donde se hacía mención de políticas públicas –independientemente del sector de emisión– implementadas a nivel estatal en algún momento del periodo de tiempo (1990-2015). Se excluirán aquellos documentos que no tuviesen al menos un programa asociado directa o indirectamente a temas de salud sexual y reproductiva y/o que no hubiese registros de programas que fuesen implementados en Oaxaca. Por último, se generará una matriz de datos que recopile y describa el perfil, poblaciones y problemas de salud contenidos en los documentos. Para esto se utilizará un procedimiento parecido al de Ritchie y Spencer, para posteriormente generar un mapa y un informe de resultados.

Resultados: De manera preliminar se obtuvieron 4.668 documentos, de la base de datos Pubmed 419 artículos, de las bases de datos Scielo y LILACS se obtuvieron 347 y 23 artículos respectivamente. Se encontraron otros 2140 por medio del Google Scholar y 1720 documentos en los repositorios OECD. En la búsqueda manual en repositorios de libre acceso de algunas organizaciones nacionales y publicaciones por medio de autores clave se obtuvieron 19 documentos. Actualmente, las autoras se encuentran en el proceso de análisis y síntesis de los datos obtenidos.

Conclusiones/Recomendaciones: El Scoping Review es una metodología que permite enfocar un área de estudio, así como identificar fuentes de información disponibles. Esta metodología nos permitió localizar un elevado número de documentos asociados a las políticas que podrían haber influido en la mejora de la calidad de vida de las

CP04. Salud sexual y reproductiva

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Pantalla 4

Moderadora: Mercedes Elcira Carrasco Portiño

231. RAZÓN DE SEXO DE LOS NACIMIENTOS EN ESPAÑA SEGÚN EL PAÍS DE ORIGEN DE LA MADRE

F. Bolívar, S. Justo, M. Sonego, I. Peña-Rey, M. Sandín, L. Gutiérrez, A. Rodríguez Arenas

Universidad de Alcalá; Instituto de Salud Carlos III; Ministerio de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: Diversos estudios realizados en países occidentales sobre la razón de sexo al nacimiento (hombres/mujeres) han mostrado un incremento constante en China, India y otros países asiáticos. Determinados colectivos de inmigrantes, procedentes de países asiáticos donde se practica la selección de sexo a favor de los hombres podrían mantener un comportamiento similar en España, favorecido incluso por la facilidad de acceso a las tecnologías para la determinación del sexo y a las interrupciones voluntarias del embarazo. Objetivo general: estimar un posible aumento en la razón de sexo en los nacimientos en España a lo largo del período 1995-2012 según el país de origen de la madre para el conjunto de nacimientos y por paridad.

Métodos: Estudio descriptivo poblacional basado en 7.500.000 de nacimientos ocurridos en España durante el período comprendido entre 1995 y 2012. Utilizamos los datos de nacimientos del Movimiento Natural de la Población suministrados por el INE. Categorizamos a cada recién nacido según el país de origen de la madre y orden de nacimiento, utilizando para esta comunicación los datos de España, China, India y resto de países asiáticos. Las proporciones binomiales de hombres (Phombres) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) se utilizaron para calcular la Razón de sexo basándonos en la fórmula de la Odds: Phombres/(1 – Phombres). La razón de sexos y sus intervalos de confianza al 95% se representaron gráficamente según país de origen de la madre y paridad, con una razón natural de 1,05 como línea basal.

mujeres en edad reproductiva en el estado de Oaxaca, México. Así mismo nos permitirá resumir información e identificar los parámetros a investigar para potenciales análisis más específicos.

479. MODELOS LINEALES GENERALIZADOS PARA DATOS DE CONTEO EN LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE CARIES EN EMBARAZADAS

V. Sabando, M. Vivanco

Universidad de Chile; Universidad de Valparaíso.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio fue identificar factores asociados a una mayor prevalencia de caries en embarazadas utilizando modelos lineales generalizados para datos de conteo con exceso de ceros.

Métodos: De un estudio transversal en 217 embarazadas, se obtuvieron datos sociodemográficos y de salud general, experiencia de caries, con índice COPD; índice de higiene oral, recuento de Streptococos mutans (SM) y lactobacilos (LB) en saliva, capacidad buffer de la saliva. Se utilizaron modelos lineales generalizados Poisson, binomial negativo de ceros inflados comparando criterios de ajuste.

Resultados: El modelo que presentó un mejor ajuste fue el modelo binomial negativo de ceros inflados que determinó que el principal factor de riesgo asociados a un mayor número de caries, correspondió al alto recuento de lactobacilos en saliva $IR = 2,48$ (IC95% 1,61-3,82) $p < 0,05$.

Conclusiones/Recomendaciones: Los modelos lineales generalizados para datos de conteo con exceso de ceros, como los modelos binomial negativo de ceros inflados presentan un adecuado ajuste a datos como los que se describen, sin embargo requieren de una comprensión adecuada para su interpretación.

80. SITUACIÓN NUTRICIONAL DE GESTANTES EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE, COLOMBIA, 2014

E. Torres Bernal, L.P. Zuleta Dueñas, O. Castañeda-Porra

Secretaría de Salud de Casanare.

Antecedentes/Objetivos: La valoración del estado nutricional de las gestantes es indispensable por cuanto permite realizar un diagnóstico, orientar la terapéutica e identificar mujeres con potenciales complicaciones gestacionales. Objetivo: describir la situación nutricional de las gestantes del departamento de Casanare en 2014 reportadas al Sistema de Vigilancia Alimenticia y Nutricional (SISVAN).

Métodos: Estudio descriptivo transversal a partir de los registros de la notificación departamental al SISVAN de las gestantes atendidas en las instituciones de salud en 2014. Se estudiaron características sociodemográficas, estado nutricional, diagnóstico de anemia, beneficiarias de programas de alimentación/nutrición y suplementación nutricional. El análisis se ejecutó con Epi Info 7.1.5® usando medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión.

Resultados: Total de gestantes 5.878; mediana 24 ($\pm 6,7$; $r = 11-49$) años; según grupo etario, < 15 años [42 (0,7%)], 15-19 [1.301(22,1%)], 20-34 [3.870 (65,8%)], ≥ 35 [65 (1,3%)]; afiliadas al SGSSS: régimen subsidiado 3.983 (67,8%), contributivo 1.396 (23,7%), especial 151 (2,6%), excepción 52 (0,9%), sin afiliación 15 (0,3%) y sin dato 281 (4,8%); estado nutricional; enflaquecida 1.040 (17,7%), normal 2.450 (41,7%), sobrepeso 1.533 (26,1%) y obesidad 855 (14,5%); anemia 440 (7,5%), moderada 11 (0,2%), grave 88 (1,5%) y sin dato 556 (9,5%); inscritas en el programa de alimentación y nutrición 1.699 (28,9%); el 94,7% (5.569/5.878) consume micronutrientes.

Conclusiones/Recomendaciones: Más de la mitad presenta sobrepeso, obesidad o bajo peso para la edad gestacional, por encima de las metas establecidas para el país. Se recomienda, continuar con las ac-

ciones de promoción del consumo de micronutrientes y de la garantía de una alimentación saludable y completa durante el tiempo de gestación, el post-parto e inclusive durante la lactancia.

492. CONSUMO DE LEGUMBRES, FRUTAS Y VERDURAS Y RIESGO DE PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL (PEG). UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J.M. Martínez Galiano, M. Sillero Arenas, C. de la Fuente, A. Bueno Cavanillas, J.J. Jiménez Moleón, M. Delgado Rodríguez

Universidad de Jaén; Delegación Provincial de Salud de Jaén; Universidad de Granada; Universidad de Pamplona.

Antecedentes/Objetivos: La dieta mediterránea se caracteriza por un mayor consumo de verduras. En el estudio INMA un consumo de verduras pobre, pero no de fruta, se relacionó con un aumento del riesgo de PEG, y resultados similares se alcanzaron en una cohorte danesa. Sin embargo, dos estudios de casos y controles, uno italiano y otro neozelandés no lo sustentan. Esto suscita controversia sobre el papel de las frutas y verduras. No hay datos sobre el consumo de legumbres.

Métodos: Estudio de casos y controles emparejados 1:1 por edad de la madre (± 2 años), $n = 518$ pares. Caso (madre de pequeño para edad gestacional -PEG). Control: madre de un recién nacido con medidas adecuadas a su edad gestacional. Se han recogido variables sociodemográficas, nutricionales, obstétricas, etc. Se ha utilizado un cuestionario de elaboración propia que se complementa con una entrevista directa con la mujer y el cuestionario de frecuencia de alimentos validado por Martín Moreno et al. El ámbito de estudio es la población de mujeres que dan a luz en cuatro hospitales andaluces de Jaén, Granada y Almería. En el análisis de los factores dietéticos se ha utilizado el ajuste por energía total que recomienda Willett. El consumo de los alimentos se ha clasificado en quintiles, tomando como referencia el Q1. Como método estadístico se ha utilizado la regresión logística condicional.

Resultados: En el consumo de legumbres (g/día) no se apreció que el Q5 redujera el riesgo de PEG, pero el análisis de tendencia lineal reflejó una tendencia significativa inversa (a mayor consumo menor riesgo) ($p = 0,02$), tanto en el análisis bivariable como multivariable. Dentro del tipo de legumbre, la asociación protectora se observó con las alubias. En el consumo de fruta (g/día), el Q5 redujo significativamente el riesgo de PEG (OR = 0,62, IC95% 0,40-0,96, ajustado por tabaquismo, ganancia semanal de peso, salario, preeclampsia y haber tenido un prematuro previo); el análisis de tendencia dio lugar a una $p = 0,136$. El riesgo no se modificó por ningún tipo concreto de fruta, aunque en casi todas la OR de mayor consumo (frente al no consumo) fue inferior a 1. El consumo de frutos secos no modificó el riesgo. Por último, se analizó el consumo de fibra; no se observó la menor relación con el riesgo de PEG.

Conclusiones/Recomendaciones: El consumo alto de legumbres y frutas disminuye el riesgo de PEG, ni así las verduras ni el consumo total de fibra.

Financiación: FIS, PI11/02199.

944. EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LA DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO: UNA UMBRELLA REVIEW

C. Bascur-Castillo, M. Carrasco-Portiño, R. Valenzuela-Peters, M.T. Ruiz Cantero

Departamento de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Concepción, Chile; Grupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante, España.

Antecedentes/Objetivos: Las disfunciones de piso pélvico (DPP) son un gran problema de Salud Pública, sobre todo en países en desa-

rollo. La DPP incluye varios escenarios clínicos, como incontinencia urinaria y anal, prolapso de órganos pélvicos, así como también disfunciones sexuales como dispareunia, dolor pélvico o alteración en la auto-imagen, alterando la calidad de vida de las mujeres, y siendo una carga financiera para el sistema de salud. Existen diferentes tratamientos, que van desde intervenciones conservadoras, farmacéuticas a quirúrgicas, aunque el primero suscita mucho interés porque supone menor una inversión de los servicios de salud para la recuperación, pero se desconoce el tratamiento conservador más efectivo. Por tanto, éste trabajo revisará la evidencia científica en relación a la efectividad que éstos tienen frente a la recuperación de las DPP.

Métodos: Umbrella review, de revisiones sobre los efectos del tratamiento conservador (farmacológicos, mecánicos (pesarios, conos vaginales), físicos (entrenamiento de la musculatura del piso pélvico), eléctricos (feedback y biofeedback) en las DPP. Base de datos: Medline, Scopus, Web of Science, Cochrane Library. Palabras claves: pelvic floor disorders, urinary incontinence, fecal incontinence, minimally invasive, entre otros. Para el análisis se analizaron las características generales de las revisiones como también un análisis crítico de la calidad.

Resultados: Tras aplicar los criterios se exclusión se obtuvieron un total de 73 artículos; 52 de tratamiento quirúrgico; 21 de tratamiento conservador. De estos últimos, la mayoría se concentra en la incontinencia de orina, aunque varios incluyen más de una DPP. Los años de las intervenciones van desde 1969 a 2012, incluyen desde 60 a 19.313 mujeres en los ensayos clínicos analizados. Los estudios se realizaron por países europeos, norteamericanos, asiáticos y de Brasil. Los tratamientos van desde entrenamiento del músculo pélvico de forma única o su combinación con biofeedback, entrenamiento vesical, fármacos, acupuntura o cono vaginal. Las intervenciones que lograron mejores resultados de recuperación de la DPP fueron aquellos que usaron combinación de tratamientos conservadores. El 71% de las revisiones analizadas lograron alta calidad según los criterios de Bamba.

Conclusiones/Recomendaciones: La combinación de intervenciones conservadoras para la recuperación de las DPP debería ser la opción más eficiente para los equipos de salud especializados, aunque los tratamientos conservadores no requieren de un alto nivel de especialización profesional como si lo tienen las intervenciones quirúrgicas.

474. DIETA MEDITERRÁNEA Y RIESGO DE DAR A LUZ UN PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL. UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J.M. Martínez-Galiano, C. de la Fuente, A. Bueno Cabanillas, J.J. Jiménez Moleón, M. Sillero Arenas, M.A. Martínez González, M. Delgado Rodríguez

Universidad de Jaén; Universidad de Granada; Universidad de Navarra; Delegación Provincial de Salud de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: La dieta mediterránea tiene propiedades antiaterogénicas, antiinflamatorias, hipoglicémicas, antioxidantes e hipolipemiantes. La antiinflamación y la baja carga glicémica sugieren un efecto beneficioso sobre el riesgo de PEG. La antioxidación, a nivel experimental, no ha sido sustentada, aunque a priori así sea.

Métodos: Estudio de casos y controles emparejados 1:1, n = 533 pares. Caso (madre de pequeño para edad gestacional -PEG). Control: madre de un recién nacido con medidas adecuadas a su edad gestacional. Se han recogido variables sociodemográficas, nutricionales, obstétricas, etc. Se utilizará un cuestionario de elaboración propia que se complementará con una entrevista directa con la mujer y el cuestionario de frecuencia de alimentos validado por Martín Moreno et al. El ámbito de estudio es la población de mujeres que dan a luz en cuatro hospitales andaluces de Jaén, Granada y Almería. En el análisis de los factores dietéticos se ha utilizado el ajuste por energía total que

recomienda Willett. Como método estadístico se ha utilizado la regresión logística condicional. Como indicadores de dieta mediterránea se han calculado los índices PREDIMED, Trichopoulou y Panagiotakos.

Resultados: Según el índice PREDIMED, cumplir más de 3 ítems obtuvo una OR de 0,67 (0,46-0,98) en el análisis multivariable (ajustado por preeclampsia, energía total, tabaquismo, retraso de crecimiento intrauterino y tener un recién nacido prematuro previo), que se observó sobre todo en los PEG con al menos 2.500 g de peso al nacimiento (OR = 0,59, 0,36-0,96). Con índice de Trichopoulou, cumplir 3 criterios (frente a menos) obtuvo una OR ajustada de 0,59 (0,38-0,92), y al igual que la escala PREDIMED se manifestó en los PEG sin bajo peso (< 2.500): OR = 0,54 (0,34-0,85). Los resultados con el índice de Panagiotakos fueron similares a los anteriores.

Conclusiones/Recomendaciones: Un patrón de dieta mediterránea disminuye el riesgo de PEG. Dado que el efecto se observa en los PEG con un peso al nacimiento de al menos 2.500 g sugiere que la dieta modifica algunos factores sobre el crecimiento fetal, pero no elimina las consecuencias deletéreas de los factores de riesgo bien establecidos.

Financiación: FIS PI11/02199.

249. EMBARAZO ADOLESCENTE, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE MÉXICO

V.M. Torres-Meza, L. Muñoz-Pérez, L. Anaya-López

CEVECE.

Antecedentes/Objetivos: En el Estado de México, el tema del embarazo adolescente se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población y de salud pública; desde distintas perspectivas se habla sobre el volumen de población adolescente, sobre su ritmo de crecimiento y de reproducción, así como del riesgo bio-psicosocial que implica la maternidad adolescente. Así como los determinantes sociales para su aparición cada vez en edades más tempranas.

Métodos: Se hace una revisión exhaustiva de la información oficial disponible de los últimos diez años sobre eventos obstetricias en mujeres menores de 19 años en el estado de México y los determinantes sociales para su ocurrencia. Así como la identificación de la edad de la pareja de la adolescente embarazada para la búsqueda de indicadores de violencia sexual y/o reproductiva.

Resultados: De acuerdo con la investigación realizada, entre 22,4% y 28,1% de las consultas de mujeres embarazadas, son de mujeres menores de 20 años; entre 2 y 3 embarazos de cada 10 son embarazadas adolescentes. Con información del INEGI/CONAPO existen en el Estado de México 3,5 millones de adolescentes; calculamos que cada año en el Estado de México ocurren entre 84.000 y 105.375 eventos obstétricos en menores de 20 años. De acuerdo con encuestas realizadas a jóvenes: 50% de las mujeres de 15 a 19 años han tenido relaciones sexuales en el último mes de la encuesta; con incrementos hasta del 10% por año 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan; 60% de los embarazos ocurren en los primeros 6 meses de iniciar relaciones sexuales; 35% de las embarazadas adolescentes son solteras; Entre el 60 y 70% de los embarazos entre adolescentes no son planeados y hallazgo interesante encontrado que solo el 29% de los embarazos adolescentes el padre fue un adolescente.

Conclusiones/Recomendaciones: La investigación permitió visualizar el tamaño del problema en el Estado de México y comprometerse con la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) Que esta está basada en ocho ejes rectores: intersectorialidad; ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos; perspectiva de género; curso de vida y proyecto de vida; corresponsabilidad; participación juvenil; investigación y evidencia científica; y evaluación y rendición de cuentas.

174. MORTALIDAD MATERNA ATRIBUIBLE AL USO DE ANESTESIA EN PAÍSES DE BAJO Y MEDIO INGRESO

D. Arroyo-Manzano, S. Sobhy, B.M. Fernández, A. Coomarasamy, K. Khan, S. Thangaratnam, J. Zamora

CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Queen Mary University of London; Hospital Ramón y Cajal-IRYCIS; University of Birmingham.

Antecedentes/Objetivos: Más de 250.000 mujeres mueren en el mundo cada año durante el embarazo o por motivos relacionados con este. Aproximadamente el 99% ocurrieron en países no desarrollados y se desconoce cuántas muertes están relacionadas con el uso de anestesia. El objetivo de este trabajo es estimar mediante una revisión sistemática y meta-análisis el riesgo de muerte asociado al uso de anestesia en embarazadas de países de bajo y medio ingreso.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en Medline, Embase, Scopus, CINAHL, Web of Science y en la Biblioteca y Redes de Información para el Conocimiento de la OMS hasta el 1 de octubre de 2015. Dos revisores independientes seleccionaron en dos fases los estudios en los que se publicaba información sobre muerte materna y anestesia, extrayendo los datos por duplicado de la mortalidad y otros eventos maternos y perinatales y de la exposición a la anestesia (espinal y general). Se calcularon las tasas de mortalidad y odds ratios (OR) de varios factores de riesgo relacionados con la anestesia en los estudios individuales. Los resultados se combinaron usando un modelo de efectos aleatorios.

Resultados: Se incluyeron un total de 155 estudios en la revisión, de ellos en 95 se proporcionaron datos de mortalidad materna atribuible al proceso anestésico. En conjunto se incluyó información de 32.149.636 mujeres embarazadas y 36.144 muertes maternas. 987 muertes estaban relacionadas (directa o indirectamente) con la anestesia. Un 2,8% (IC95%: 2,4-3,4%) de las muertes maternas fueron atribuibles a la anestesia. Del total de los estudios incluidos, 44 informaban de las muertes causadas directamente por la anestesia. Conjuntamente se incluyeron datos de 632.556 embarazadas y 264 muertes por anestesia. En conjunto un 0,12% (IC95%: 0,08-0,17%) de muertes maternas eran debidas directamente a la anestesia. En 25 estudios se recogió información del tipo de anestesia. Se incluyó información de 41.555 embarazadas con anestesia general y 371.546 con anestesia espinal. Se observó un mayor riesgo de todos los eventos analizados para la anestesia general. Comparado con la anestesia espinal, la muerte materna se asoció con un mayor riesgo en el grupo de anestesia general (OR = 3,3; IC95%: 9,0-20,7) al igual que para la muerte perinatal (OR = 2,3; IC95%: 1,2-4,1).

Conclusiones/Recomendaciones: La anestesia es un importante factor de riesgo para las muertes maternas en embarazadas que se someten a cirugía en los países de bajo y medio ingreso. Se necesitan mayores esfuerzos dirigidos a proporcionar anestesia obstétrica más segura mediante la mejora en formación, infraestructura y mayores recursos.

979. PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESPAÑA. REDUCCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE. ¿QUÉ FUNCIONA Y QUÉ NO FUNCIONA?

R. Lorenzo Ortega, M.J. Ortega Belmonte, C. Montaña Remacha, B. O'Donnell Cortés, L. Fernández-Crehuet Serrano, A. Aguilera Aguilera

Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Antecedentes/Objetivos: La adolescencia es una etapa fundamental para la adquisición de hábitos. El embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual son importantes problemas de salud pública objetivo: estudiar las estrategias de promoción en salud reproductiva aplicadas en España, y valorar si son eficaces y si se ade-

cúan a los factores de riesgo de embarazo adolescente. Comparar dichas estrategias con los objetivos de la Carta de Ottawa.

Métodos: Revisión crítica no sistemática de la literatura publicada en PubMed, Cochrane, Google Scholar, The Campbell Collaboration y Dialnet.

Resultados: Escasos resultados en la búsqueda bibliográfica estricta, por lo que se incluyen estudios con otras aportaciones. Los estudios incluidos aportan factores motivacionales, tipos de prácticas y diferentes programas de prevención sobre una misma realidad: las relaciones sexuales y el embarazo en adolescentes. Embarazo relacionado con abandono de los estudios, inicio precoz de las relaciones sexuales, procedencia de un medio rural, país origen distinto a España, y pertenencia a una clase socioeconómica media-baja (determinantes sociales salud-enfermedad).

Conclusiones/Recomendaciones: Los adolescentes tienen información sobre métodos anticonceptivos, pero no los usan. La mayoría de las campañas de promoción de la salud han mostrado mejora de resultados en disminución de embarazos no deseados o incidencia de ITS, pero estos distan de ser los esperados. Propuestas: detección temprana de las conductas de riesgo, y actuación antes del inicio de las mismas. Actuación multidisciplinar: nivel educativo (profesores y padres/madres), sanitario y social (medios de comunicación y redes sociales). Enfoque distinto en los diferentes grupos de riesgo, basado en el modelo de necesidades, pero también en el de activos (patogénesis vs salutogénesis).

336. PREVALÊNCIA DE LACERAÇÃO PERINEAL SEVERA DE ACORDO COM O USO DE EPISIOTOMIA: TENDÊNCIA TEMPORAL EM PORTUGAL

C. Teixeira, H. Barros

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

Antecedentes/Objetivos: Avaliar as tendências temporais da prevalência de laceração perineal severa (LPS) reportada em Portugal nos últimos 14 anos.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo baseado em admissões por motivo de parto em hospitais públicos portugueses entre 2000 e 2013. Informação sobre 654.317 partos vaginais não instrumentados e de feto único foi obtida na base de dados hospitalar da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS). A classificação dos casos foi obtida através dos códigos de diagnóstico/procedimentos da 9ª Classificação Internacional de Doenças. Foi calculada a prevalência de LPS por 1000 partos vaginais não instrumentados para cada período de dois anos (2000-01 a 2012-13). Foram considerados potenciais fatores de risco: mulheres primíparas de idade avançada, prévia cesariana, parto induzido, distocia, apresentação não cefálica e feto grande para idade gestacional; a proporção de mulheres com estes diagnósticos foi calculada. Foi feita análise estratificada de acordo com o uso de episiotomia (sim versus não). Modelos multivariados de regressão de Poisson foram ajustados para avaliar se os fatores de risco explicam as tendências temporais de LPS obtendo-se o risco relativo (RR) ajustado e respetivo intervalo de confiança a 95% (IC95%) em cada grupo de acordo com o uso de episiotomia.

Resultados: Durante o período de estudo, a prevalência de episiotomia diminuiu de 80,0% para 64,4% ($p < 0,001$). Observou-se aumento significativo da prevalência de LPS de 2,0 para 4,5 por 1.000 ($p < 0,001$). Em mulheres sem episiotomia a prevalência de LPS aumentou de 6,0 para 11,8 por 1000 entre 2000-01 e 2008-09 diminuindo depois para 8,1 por 1000 em 2012-13. Nas mulheres com episiotomia verificou-se um aumento gradual da prevalência de LPS de 1,0 para 2,5 por 1.000. Após ajustar para fatores de risco, a tendência cresceu no risco de LPS manteve-se; O aumento foi de 30% (RR = 1,30;

IC95%: 1,04-1,61) em mulheres sem episiotomia, mas em mulheres com episiotomia o risco de LPS duplicou (RR = 2,45; IC95%: 1,86-3,24).

Conclusiones/Recomendaciones: Em Portugal, diminuiu a prevalência de episiotomia e aumentou em simultâneo a prevalência de LPS. Este aumento é muito mais evidente em mulheres com episiotomia e não é explicado pelos fatores de risco. Os resultados sugerem alterações na prática clínica e maior cuidado no diagnóstico e registo de LPS após o parto vaginal não instrumentado.

MESAS ESPONTÁNEAS

ME04. Efectividad de la vacuna antigripal

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 15:00 a 17:00 h

Aula 1.2

Coordinan y moderan: *Ángela Domínguez*
y *Vicente Martín*

392. EFECTO DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL PARA LA PREVENCIÓN DE FORMAS GRAVES EN PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS CON GRIPE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

I. Casado, A. Domínguez, J. Chamorro, F. Sanz, L. Force, V. Martín, J. Astray, M. Egurrola, Grupo de Trabajo del Proyecto FIS PI12/02079

Instituto de Salud Pública de Navarra; IdiSNA; CIBERESP; Universidad de Barcelona; Complejo Hospitalario de Navarra; Consorci Hospital General Universitari de Valencia; Hospital de Mataró; Universidad de León; Subdirección General de Epidemiología, Comunidad de Madrid; Hospital de Galdakao-Usansolo.

Antecedentes/Objetivos: Las personas mayores tienen más riesgo de complicaciones y mortalidad por gripe. En los casos en que la vacunación antigripal no previene la infección, podría mitigar la severidad de la enfermedad mediante diversos mecanismos. El objetivo fue estimar el efecto de la vacunación antigripal para prevenir formas graves de gripe en pacientes hospitalizados mayores de 65 años.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio caso-control multicéntrico en 20 hospitales de 7 CCAA durante las temporadas de gripe 2013/2014 y 2014/2015. Se seleccionaron los pacientes = 65 años ingresados con gripe confirmada mediante PCR. Se consideraron vacunados los pacientes que habían recibido la vacuna antigripal al menos 14 días antes del inicio de síntomas. Se definió caso grave como ingreso en UCI o fallecimiento en los 30 días posteriores al ingreso. Se comparó el estado vacunal de los casos graves y no graves. Se calculó el Propensity Score de vacunación de los pacientes teniendo en cuenta el sexo, edad, enfermedades crónicas, Índice de Barthel, tabaquismo, frecuencia, antecedente de neumonía en los 2 años previos, hospital y temporada de gripe. El efecto de la vacuna se evaluó mediante modelos de regresión logística ajustados por el Propensity Score y el tratamiento antiviral durante el ingreso.

Resultados: Se estudiaron 728 pacientes hospitalizados con gripe confirmada: 321 por virus A(H1N1), 234 A(H3), 132 A(no subtipada), 39 B y 2 virus no tipados. El 18% (130) fueron casos graves: 77 ingresaron en UCI y 83 fallecieron. La vacunación antigripal redujo el riesgo de casos graves (OR: 0,59; IC95% 0,39-0,90). El efecto fue mayor para prevenir ingresos en UCI (OR: 0,43; IC95% 0,25-0,76) que para disminuir la mortalidad (OR: 0,66; IC95% 0,40-1,08). Para prevenir formas graves por virus A(H1N1) la OR fue 0,46 (IC95%: 0,26-0,83); mientras

que en los casos por virus A(H3) la estimación fue similar pero no alcanzó la significación estadística. La estratificación de los resultados por temporada y grupos de edad fue consistente con las estimaciones obtenidas.

Conclusiones/Recomendaciones: La vacunación antigripal se ha mostrado efectiva para la reducción de los eventos graves en pacientes mayores hospitalizados con gripe. Esto refuerza las recomendaciones de vacunación antigripal anual en este grupo de riesgo.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (FIS PI12/02079, PI12/00087 y CM15/00119), AGAUR 2014/SGR 1403.

488. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CON INGRESO HOSPITALARIO: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

M.A. Fernández, M.T. Rueda, M.M. Rodríguez, M.F. Enríquez, L. Force, F. Sanz, J. Castilla, A. Domínguez, Grupo de Trabajo del Proyecto FIS PI12/02079

Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Universitario, UGC Salud Pública Granada; Hospital de Mataró; Consorci Hospital General Universitari de València; Instituto de Salud Pública de Navarra; IdiSNA; Departament de Salut Pública, Universitat de Barcelona, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La incidencia anual de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) alcanza el 11% en población adulta, y los ingresos hospitalarios hasta 4 por mil pacientes (10% precisan ingreso en UCI). La concordancia de pautas antibióticas de tratamiento con Guías de Práctica Clínica (GPC) es baja (6,9%) y solo 38,8% de ancianos hospitalizados recibe tratamiento empírico que se adecua a GPC. El objetivo fue explorar la adecuación del tratamiento antibiótico empírico siguiendo Normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), en pacientes con NAC ingresados en 20 hospitales españoles de 7 Comunidades Autónomas en los años 2013 a 2015.

Métodos: Estudio descriptivo con frecuencias y porcentajes. Fuente de información: Casos de neumonía del Proyecto FIS PI12/02079 sobre efectividad de vacunación antigripal y neumocócica en personas de 65 años y más. Las variables de estudio, entre otras, fueron: Demográficas; Información del ingreso (duración y estancia en UCI); Índice de Barthel, Vacunación antigripal y neumocócica 23-valente y/o conjugada 13-valente; EPOC, otras enfermedades pulmonares, Comorbilidades; Tratamiento antibiótico empírico inicial (recogidas como SI/NO). Se calculó chi-cuadrado, t Student y OR con los Intervalos de confianza (IC) al 95%.

Resultados: Se estudiaron 1917 pacientes con neumonía. Se excluyeron 82 (4,3%) que habían ingresado en UCI. De los 1.835 restantes, 1.733 (94,4%) recibieron tratamiento antibiótico empírico. Tuvieron adecuación del tratamiento a Normativa SEPAR un 48,8% de los pacientes; Los pacientes con adecuación, tuvieron un Índice de Barthel 4 puntos superior y menor duración de estancia (media de 2 días) vs no adecuación ($p < 0,05$). Existen factores de riesgo que disminuyen la adecuación: neoplasias de órgano sólido (OR 0,73; 0,57-0,94), neoplasia hematológica (OR 0,40; 0,20-0,78), diabetes mellitus (OR 0,78; 0,63-0,95) o insuficiencia renal (OR 0,72; 0,57-0,92) no complicadas, cardiopatía congestiva/congénita, hemoglobinopatía o anemia (OR 0,73; 0,57-0,94), disfunción cognitiva (OR 0,69; 0,52-0,91) y enfermedad neuromuscular. Solo en 0,9% constaba vacunación neumocócica.

Conclusiones/Recomendaciones: La adecuación del tratamiento antibiótico empírico en pacientes con NAC e ingreso en hospitalización supone la mitad de casos estudiados, y de forma significativa en pacientes con mayor autonomía y ausencia de comorbilidades, reduciendo su estancia hospitalaria. El antecedente de padecer enfermedades pulmonares no se relaciona con mejor adecuación del tratamiento a Normativa SEPAR.

Financiación: FIS PI12/02079, AGAUR 2014/SGR 1403.

545. EL ANTECEDENTE DE CONSUMO DE TABACO AUMENTA EL RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN POR GRIPE EN PERSONAS MAYORES DE 64 AÑOS

P. Godoy, J. Castilla, N. Soldevila, J.M. Mayoral, S. Tamames, D. Toledo, V. Martín, A. Domínguez, Grupo de Trabajo Efectividad de la Vacuna Antigripal y Antineumocócica Polisacárida 23-Valente en Personas de 65 Años y más, et al

Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Universidad de Lleida; Instituto de Salud Pública de Navarra; Departament de Salut Pública, Universitat de Barcelona; Servicio de Epidemiología; Junta de Andalucía; Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: Las personas mayores de 64 años presentan una prevalencia de consumo de tabaco muy inferior a la de la población general pero los antecedentes de consumo pueden ser relevantes para explicar el riesgo de hospitalización por gripe. Algunos estudios sugieren que los exfumadores presentan mayor riesgo de infecciones respiratorias que los no fumadores. El objetivo fue investigar el riesgo de hospitalización por gripe en fumadores y ex fumadores = 65 años.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico de casos y controles. Los casos (pacientes = 65 años hospitalizados > 24 horas con gripe confirmada por PCR-RT) se seleccionaron de 20 hospitales de 7 CCAA durante las temporadas de gripe 2013-2014 y 2014-2015. Para cada caso se seleccionaron tres controles hospitalarios (pacientes = 65 años). Mediante entrevista y revisión de historias clínicas observadores entrenados recogieron información de variables demográficas, epidemiológicas, grado de dependencia (índice de Barthel), comorbilidades, obesidad (IMC > 30) y vacunación antigripal. El antecedente de consumo de tabaco se recogió como fumador actual (cualquier cantidad de tabaco en los últimos 6 meses), exfumador (fumador sin consumo en los últimos 6 meses) y no fumador. El riesgo de hospitalización asociado al antecedente de consumo de tabaco se determinó con la odds ratio ajustada (aOR) y su intervalo de confianza (IC) del 95% mediante regresión logística condicional. También se realizó un análisis restringido por sexos y grupos de edad.

Resultados: Se estudiaron 728 casos hospitalizados y confirmados por gripe mediante PCR-RT (edad 77,9 ± 7,4; mujeres 47,1%) y 1826 controles (edad 78,0 ± 7,1; mujeres 48,4%). Los casos de gripe presentaron una frecuencia superior de tabaquismo actual (7,8% versus 7,1%) y ex fumadores (39,6% versus 35,0%). Los fumadores actuales y ex fumadores presentaron mayor riesgo de hospitalización (ORa = 1,33; IC95% 1,04-1,70). Este riesgo fue superior en mujeres (ORa = 2,09; IC95% 1,36-3,19) y en el grupo de 65 a 74 años (ORa = 1,72; IC95% 1,12-2,63). La efectividad de la vacuna antigripal fue del 28,1% (IC95% 14,1-39,9).

Conclusiones/Recomendaciones: El antecedente de consumo de tabaco aumenta el riesgo de hospitalización por gripe. La prevención del tabaquismo podría reducir las hospitalizaciones por gripe. Se recomienda vacunar de gripe a fumadores y ex fumadores.

Financiación: FIS PI 12/02079.

725. OBESIDAD Y DIABETES COMO FACTORES DE RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN POR GRIPE EN PACIENTES MAYORES: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

V. Dávila-Batista, M. del Canto, J. Castilla, P. Godoy, J. Astray, M. Morales, A. Domínguez, V. Martín, Grupo de Trabajo del Proyecto FIS PI12/02079

Grupo de Investigación en Interacciones Gen-Ambiente y Salud, Universidad de León; CIBERESP; Instituto de Salud Pública de Navarra; Agencia de Salud Pública de Cataluña; Consejería de Sanidad de Madrid; Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona; Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Las personas con enfermedades metabólicas crónicas tienen un mayor riesgo de morbi-mortalidad asociada a la gripe en comparación con la población general. La obesidad o/y la diabetes han emergido como un factor de gravedad independiente en aquellos pacientes afectados de gripe. Dado que las personas mayores de 65 años tienen más riesgo de complicaciones y mortalidad por gripe, el objetivo de nuestro estudio es analizar el efecto de la obesidad y la diabetes en el riesgo de hospitalización por gripe y la gravedad de la misma en mayores de 65 años.

Métodos: Durante las temporadas de gripe 2013/2014 y 2014/2015 se llevó a cabo un estudio caso-control multicéntrico en 20 hospitales de 7 CCAA. Se seleccionaron como casos los pacientes = 65 años ingresados con gripe confirmada mediante PCR y como controles pacientes hospitalizados por causas distintas de gripe e infección respiratoria emparejados según edad, sexo y fecha de hospitalización. Mediante regresión logística condicional se calcularon las ORa para cada nivel de IMC ajustando por diversos factores confusores, para riesgo de hospitalización. Se llevaron a cabo análisis estratificado por estado vacunal frente a la gripe.

Resultados: Se estudiaron 728 pacientes hospitalizados con gripe confirmada y 1.826 controles. El 31,2% de los casos y el 26,4% de los controles presentaban un IMC = 30,0 kg/m², de los cuales el 56,5% de los casos y 62,3% de los controles estaban vacunados frente a la gripe. Con relación a los que presentaban un IMC inferior a 25 kg/m² los de IMC = 30 kg/m² presentaron una ORa de 1,36 (IC95% = 1,01-1,85). El 32,3% de los casos y el 36,5% de los controles presentaban un diagnóstico de diabetes con una ORa de hospitalización por gripe de 0,87 (IC95% 0,68-1,12). El 47,7% de los casos y el 60,8% de los controles con diabetes estaban vacunados. Tanto en los vacunados (obesidad ORa 1,04 IC95% 0,51-2,15; diabetes 0,75 IC95% 0,51-1,12) como de los no vacunados (ORa 1,04 IC95% 0,51-2,15; diabetes 1,02 (IC95% 0,57-1,82) no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la obesidad o la diabetes con la hospitalización por gripe.

Conclusiones/Recomendaciones: La obesidad considerada como un IMC = 30 kg/m² se mostró como un factor de riesgo para la hospitalización por gripe en personas de 65 o más años. La diabetes, en nuestro estudio no se mostró como un factor de riesgo para la hospitalización por gripe. Estos resultados han de ser analizados con cautela debido a la posible falta de potencia. Destacar las bajas coberturas vacunales en pacientes con obesidad o diabetes de 65 años o más.

Financiación: ISCIII (FIS PI12/02079, PI12/00087 y CM15/00119), AGAUR 2014/SGR 1403.

728. EPOC COMO FACTOR DE RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN POR GRIPE EN PACIENTES MAYORES: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

A.J. Molina, M. del Canto, J. Castilla, P. Godoy, J. Astray, J.M. Mayoral, A. Domínguez, V. Martín, Grupo de Trabajo del Proyecto FIS PI12/02079

Grupo de Investigación en Interacciones Gen-Ambiente y Salud, Universidad de León; CIBERESP; Instituto de Salud Pública de Navarra; Servicio de Vigilancia de Andalucía; Agencia de Salud Pública de Cataluña; Consejería de Sanidad de Madrid; Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Las personas con enfermedades pulmonares crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tienen un mayor riesgo de morbi-mortalidad asociada a la gripe en comparación con la población general. También las personas mayores tienen más riesgo de complicaciones y mortalidad por gripe. El objetivo de nuestro estudio es analizar el efecto de la EPOC en el riesgo de hospitalización por gripe en mayores de 65 años.

Métodos: Durante las temporadas de gripe 2013/2014 y 2014/2015 se llevó a cabo un estudio caso-control multicéntrico en 20 hospitales de 7 CCAA. Se seleccionaron como casos los pacientes = 65 años ingresados con gripe confirmada mediante PCR y como controles pacientes hospitalizados por causas distintas de gripe e infección respiratoria emparejados según edad, sexo y fecha de hospitalización. Mediante regresión logística condicional se calculó la ORa para los pacientes con diagnóstico de EPOC ajustando por diversos factores confusores, para riesgo de hospitalización. Se llevaron a cabo análisis estratificados por estado vacunal frente a la gripe.

Resultados: Se estudiaron 728 pacientes hospitalizados con gripe confirmada y 1.826 controles. El 26,7% de los casos y el 11,9% de los controles estaban diagnosticados de EPOC. Aquellos con diagnóstico de EPOC presentaron una ORa de 3,17 (IC95% = 2,25-4,46). El 47,9% de los casos con EPOC estaban vacunados y el 59,6% de los controles con EPOC. Tanto en pacientes vacunados, como en pacientes no vacunados la EPOC fue un factor de riesgo para la hospitalización 3,13 (IC95% = 1,83-5,33) y 3,18 (IC95% = 1,38-7,34) respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: La EPOC se mostró como un factor de riesgo para la hospitalización por gripe en personas de 65 o más años. Destacar las bajas coberturas vacunales en pacientes con EPOC de 65 años o más.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (FIS PI12/02079, PI12/00087 y CM15/00119), AGAUR 2014/SGR 1403.

734. ACEPTABILIDAD DE LAS VACUNAS ANTIGRIPALES ESTACIONAL Y PANDÉMICA EN PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA: TEMPORADA 2009-2010

T. Fernández-Villa, A.J. Molina, N. Torner, J. Castilla, J. Astray, J.M. Mayoral, A. Domínguez, V. Martín, Ciberesp Working Group for the Survey on Influenza Vaccination in Primary Health Care Workers

Grupo de investigación en Interacción Gen-Ambiente-Salud, Universidad de León; Agencia de Salud Pública de Cataluña; Instituto de Salud Pública de Navarra; Área de Epidemiología, Comunidad de Madrid; Servicio de Vigilancia de Andalucía; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La vacunación frente a la gripe estacional está justificada en los profesionales de atención primaria (AP) por su mayor exposición laboral, para evitar la transmisión a sus pacientes, así como bajas laborales en épocas de elevada carga asistencial. En nuestro país, las coberturas no alcanzan el 50% en profesionales de la salud, e incluso se ha observado un declive de las coberturas vacunales en las campañas posteriores a la pandemia H1N1. El objetivo del presente estudio fue analizar los factores asociados a la falta de vacunación pandémica en los profesionales de AP, especialmente los relacionados con actitudes y creencias sobre la enfermedad, así como, evaluar las variables predictoras de la no vacunación.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo transversal, en el cual participaron profesionales de AP (médicos, pediatras y enfermeros) de siete comunidades autónomas. Mediante cuestionario online se recogió información sociodemográfica, datos sobre el estado de vacunación (campañas 2008-09, 2009-10, tanto estacional como pandémica), así como conocimientos y actitudes respecto a la gripe y su vacunación. Un modelo de regresión logística bivariable y multivariable fue usado para establecer la relación entre la falta de vacunación pandémica y factores asociados, mientras que se creó un modelo de ecuaciones estructurales para analizar los mayores predictores de la falta de vacunación pandémica.

Resultados: De los 1.661 profesionales que participaron en el estudio, el 22% había recibido la vacuna estacional y el 43% la pandémica en la campaña 2009-10. El perfil más asociado a la no vacunación pandémica fueron las mujeres, de edad relativamente joven, que no

tenían contacto con grupos de riesgo y cuya categoría profesional era enfermería, así como profesionales con creencias negativas sobre la eficacia de la vacuna y baja preocupación acerca de la transmisión de la gripe. El predictor más fuerte de la no vacunación pandémica fue la falta de vacunación en las campañas anteriores.

Conclusiones/Recomendaciones: A modo de conclusión, sería conveniente establecer campañas preventivas no solo dirigidas a población de riesgo, sino también a profesionales de la salud, como enfermería, que según nuestros resultados a causa de sus creencias o experiencias previas tienen una visión negativa de la vacunación de la gripe.

Financiación: Ministerio de Ciencia e Innovación, Instituto de Salud Carlos III, Programa de Investigación sobre Gripe (GR09/0030) y la Agencia Catalana de Gestión de Ayudas Universitarias y de Investigación (AGAUR 2009/SGR42).

764. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL EN PREVENIR HOSPITALIZACIÓN DURANTE DOS TEMPORADAS

A. Domínguez, N. Soldevila, M.A. Fernández, S. Tamames, J. Castilla, M. Egurrola, J. Astray, F. Sanz, Grupo de Trabajo del Proyecto FIS PI12/02079

Universitat de Barcelona; CIBERESP; Complejo Hospitalario Universitario de Granada; Universidad de León; Instituto de Salud Pública de Navarra; Hospital de Galdakao-Usansolo; Consejería de Sanidad de Madrid; Consorci Hospital General Universitari de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La gripe es una causa importante de morbilidad en las personas de 65 años y más. La vacuna antigripal puede limitar el impacto de la gripe en dicha población. El objetivo del estudio fue investigar la efectividad de la vacuna antigripal en personas = 65 años.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico de casos y controles emparejados en 20 hospitales de 7 Comunidades Autónomas: Andalucía, Cataluña, Castilla y León, Madrid, Navarra, País Vasco y Comunidad Valenciana. Se seleccionaron casos ingresados con gripe confirmada por laboratorio entre noviembre de 2013 y marzo de 2015. Por cada caso se seleccionaron tres controles, emparejados según edad, sexo y fecha de hospitalización. Se consideraron vacunados si habían recibido la vacuna = 14 días antes del inicio de los síntomas (casos) o del inicio de los síntomas de los casos emparejados (controles). Se realizó un análisis multivariable mediante regresión logística condicional para calcular la efectividad vacunal, ajustando por el procedimiento backward con un punto de corte de < 0,20. La efectividad vacunal (EV) se calculó mediante la fórmula: $EV = (1-OR) \times 100$.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 728 casos y 1.826 controles. El 49,3% de los casos estaban vacunados frente al 57,7% de los controles. 433 casos fueron de la temporada 2013-14 y 295 de la temporada 2014-15. En la temporada 2013-14 el 99,5% de casos fueron gripe A (30,4% fueron H3N2) y el 0,5% con gripe B. En la temporada 2014-15 el 87,5% fueron casos con gripe A (34,9% fueron H3N2) y 12,5% casos con gripe B. La EV en las dos temporadas conjuntamente fue del 38,1% (IC95%: 24,6-49,2). En la temporada 2013-14 la EV fue del 39,2% (IC95%: 21,2-53,2) y en la temporada 2014-15 del 32,9% (IC95%: 7,9-51,4). Se hizo un análisis estratificando por comorbilidades (sí/no). En la temporada 2013-14 la EV en los casos sin ninguna comorbilidad fue del 75,2% (IC95%: 4,4-93,6) y en los casos con alguna comorbilidad fue del 36,1% (IC95%: 16,6-50,0). En la temporada 2014-15 la EV en los casos sin ninguna comorbilidad fue del 84,4% (IC95%: -10,1-97,8), aunque la potencia era tan solo del 39%, y en los casos con alguna comorbilidad fue del 29,5% (IC95%: 1,9-49,3).

Conclusiones/Recomendaciones: La vacuna antigripal resultó efectiva para prevenir la hospitalización en las dos temporadas, pero fue superior en la temporada 2013-14. En los estudios de efectividad de la vacuna antigripal hay que considerar si hubo concordancia entre los virus de la gripe circulantes y la composición de la vacuna.

Financiación: FIS PI12/02079, AGAUR 2014/SGR 1403.

780. REINGRESO HOSPITALARIO EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS DADOS DE ALTA POR NEUMONÍA DURANTE DOS TEMPORADAS GRIPALES

D. Toledo, N. Soldevila, N. Torner, M.J. Pérez-Lozano, E. Espejo, G. Navarro, M. Egurrola, A. Domínguez, Grupo de Trabajo del Proyecto FIS PI12/02079

CIBERESP; Universitat de Barcelona; Agència de Salut Pública de Catalunya; Servicio Andaluz de Salud; Consorci Sanitari de Terrassa; Corporació Sanitària Parc Taulí; Hospital de Galdakao-Usansolo.

Antecedentes/Objetivos: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) afecta a la población general no ingresada en el hospital o en instituciones cerradas y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes de edad avanzada. El objetivo del estudio fue investigar los factores de riesgo asociados al reingreso en personas de 65 años y más que ingresaron por NAC.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de casos incidentes de NAC en personas de 65 años y más en 20 hospitales de 7 CCAA durante las temporadas gripales 2013-2014 y 2014-2015. Se consideró reingreso hospitalario a todo paciente que sobrevivió y fue dado de alta durante los 30 días desde el ingreso hospitalario y que volvió a ingresar al hospital por algún motivo relacionado con la NAC en los 30 días posteriores al alta. Se excluyeron las neumonías nosocomiales y los pacientes provenientes de residencias geriátricas. Se consideró caso de NAC todo paciente hospitalizado por más de 24 horas, con infiltrado pulmonar reciente en la radiografía de tórax y uno o más síntomas o signos de infección aguda del tracto respiratorio inferior. Se realizó una regresión logística para identificar los factores asociados al reingreso hospitalario. Para el modelo ajustado se incluyeron las variables mediante el procedimiento de selección hacia atrás, con un punto de corte de $p < 0,20$.

Resultados: Se identificaron 1.929 casos de NAC, 1700 (88,3%) fueron dados de alta antes de los 30 días de hospitalización. De estos, 226 (13,30%) pacientes reingresaron en los 30 días posteriores al alta hospitalaria. Los factores asociados al reingreso a los 30 días tras el alta hospitalaria fueron tener un grado de dependencia total (ORa 0,14; IC95%: 0,20-0,79), tener estudios secundarios o superiores (ORa 0,61; IC95%: 0,42-0,89), haber realizado más de 3 visitas a la unidad de enfermería de atención primaria durante el último año (ORa 1,36; IC95%: 1,01-1,83), antecedente de neumonía 2 últimos años (ORa 1,54; IC95%: 1,10-2,15), padecer insuficiencia respiratoria (ORa 1,74; IC95%: 1,23-2,41), cardiopatía congestiva (ORa 1,43; IC95%: 1,04-1,96) y hepatopatía crónica (ORa 2,00; IC95%: 1,08-3,68). No se observó asociación con edad, sexo, otras comorbilidades o características del curso clínico.

Conclusiones/Recomendaciones: Tener un alto grado de dependencia, tener antecedentes de neumonía en los 2 años previos y padecer comorbilidades como insuficiencia respiratoria, cardiopatía congestiva y hepatopatía crónica se identificaron como factores de riesgo al reingreso hospitalario.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (FIS PI12/02079); AGAUR 2014/SGR 1403.

ME05. Biometría

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 15:00 a 16:30 h
Aula 1.3

Coordina y modera: Miguel Ángel Martínez Beneito

680. COMPARANDO NIVELES DE DESIGUALDAD INTRA Y ENTRE CIUDADES

J. Pérez-Panadés, P. Botella-Rocamora, I. Melchor, P. Pereyra-Zamora, M.A. Martínez-Beneito

Subdirección General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental, DGSP, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana; Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante; Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO-Salud Pública), Valencia.

En el marco de la Salud Pública y la Epidemiología, y en el ámbito del estudio de las desigualdades en salud es muy importante disponer de información que permita identificar los grupos de población con peor salud, a fin de realizar acciones orientadas a paliar esta situación y, por tanto, a promover la equidad. Cuando los grupos de población son áreas o regiones administrativas, la magnitud de las desigualdades puede verse influida por la dimensión y la estructura de las mismas. Para ayudar a comprender esta cuestión, el objetivo de este trabajo ha sido aplicar una aproximación bayesiana para estimar y comparar la magnitud de la desigualdad entre e intra ciudades en el indicador de salud esperanza de vida al nacimiento. El problema fundamental que aparece en la construcción de este indicador es que sólo puede calcularse de forma relativamente fiable cuando se dispone de las tasas específicas por edad de forma precisa en cada región. Sin embargo, cuando se trabaja con áreas pequeñas, a menudo se dispone de pocos casos observados en muchos de los grupos de edad considerados, lo que complica la obtención de tasas específicas por edad razonables y de cualquier indicador derivado de éstas. Para solventarlo se requiere de una modelización específica que tenga en cuenta esta situación compartiendo información entre regiones geográficas próximas y grupos de edad similares. Concretamente proponemos un modelo Bayesiano que contempla específicamente estas premisas. Una vez estimadas las tasas específicas por edad según el procedimiento propuesto, podrán ser utilizadas para el cálculo de indicadores de salud suavizados basados en éstas. Esta propuesta de análisis se aplica al cálculo de la esperanza de vida suavizada a nivel municipal en la Comunitat Valenciana y a nivel sección de censal en las ciudades de Alicante, Castellón y Valencia comparando la variabilidad intra y entre ciudades de este indicador de salud. Este estudio concluye que las desigualdades intra ciudad en términos de la esperanza de vida a nivel de sección censal son de una magnitud equiparable a las desigualdades entre ciudades (nivel municipal). En consecuencia se recomienda el estudio de las desigualdades en salud al mayor nivel de desagregación espacial posible. Concretamente, se recomienda no ignorar la variabilidad intra ciudades ya que ésta parece tener un papel importante en la distribución de las desigualdades en la población en cuanto a esperanza de vida se refiere.

429. MAPES, UNA APLICACIÓN PARA EL MAPEADO ESPACIAL DE LA INFORMACIÓN DE REGISTROS SANITARIOS

H. Perpiñán, M.A. Martínez-Beneito, C. Sabater, I. Melchor, C. Alberich, H. Vanaclocha

Fundación FISABIO de la Comunitat Valenciana; Dirección General de Salud Pública, Valencia.

En epidemiología es fundamental conocer los determinantes de enfermedad mediante tres aspectos: tiempo, lugar y persona. La elaboración de mapas espaciales se ha demostrado una herramienta de gran utilidad para este cometido, ya que nos permite visualizar indicadores para todas las áreas pertenecientes a una misma región de interés. Poder observar el valor de indicadores en su contexto geográfico nos permite contrastar posibles hipótesis acerca de la epidemiología de una determinada enfermedad. Los autores de esta comunicación hemos desarrollado la aplicación MapEs destinada a dar respuesta a la necesidad de visualizar la información recogida en los diferentes registros de Salud Pública en su contexto geográfico (Provincia, Departamento de Salud y Municipio). Dicha aplicación es modular, siendo cada uno de sus módulos el que da cobertura y respuesta a las necesidades asociadas a cada uno de los registros (MapEs MORTALITAT – Registro de Mortalidad, MapEs CÀNCER – Registro de Cáncer...) de los Servicios Centrales de la Dirección General de Salud Pública de la Comunitat Valenciana. Todos los módulos comparten una funcionalidad central, objetivo primario del desarrollo de MapEs, el cálculo y mapeado de indicadores mediante modelos espaciales de suavización. Concretamente, la aplicación permite obtener la Razón de Mortalidad/Incidencia Estandarizada Suavizada con el modelo de Besag, York y Mollie así como por el modelo de Leroux. A su vez, podemos graficar las probabilidades de exceso de riesgo asociadas a cada área geográfica calculadas con cada modelo. Para poder comparar nuestros resultados con los obtenidos en otros estudios o aplicaciones, MapEs nos aporta también algunas funcionalidades más: Razones de Mortalidad Estandarizadas Crudas, Tasas de Mortalidad Estandarizadas por edad según la población europea de referencia 1976 y 2013, tabla de observados por área geográfica y grupos de edad, así como las tendencias de algunos de estos indicadores. En la actualidad una de las exigencias más demandadas por parte de la sociedad de cara a las autoridades sanitarias, en lo que a registros se refiere, es la posibilidad de acceder a la información recogida tanto por parte de los profesionales como del público en general. Es por ello que una de las prioridades en el desarrollo de la aplicación ha sido dotarla de la capacidad de convertirse en aplicación web. Mediante esta comunicación pretendemos difundir dicha herramienta así como las nuevas capacidades que el software R pone a disposición de sus usuarios. Esta capacidad permite el desarrollo de aplicaciones que ofrecen considerables valores añadidos a otros usuarios sin formación específica en estadística.

287. PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN LAS MUJERES ESPAÑOLAS: VARIABILIDAD EN RIESGO Y DEMOGRAFÍA

R. Clèries, M. Buxó, J.M. Martínez, J.A. Espinàs, T. Dyba, J.M. Borràs

Institut Català d'Oncologia-IDIBELL; Departament de Ciències Clíniques, Universitat de Barcelona; Institut de Recerca Biomèdica de Girona; MC MUTUAL Barcelona; Joint Research Centre-European Commission-Ispra-Italia.

Antecedentes/Objetivos: Durante el año 2012, el cáncer de mama (CM), colorrectal (CCR), pulmón (CP) y cáncer pancreático (CPa) eran las cuatro causas de mortalidad por cáncer más frecuentes en las mujeres españolas. En los próximos 10 años, se esperan incrementos en la carga de la mortalidad por cáncer en las mujeres españolas debidos en gran medida al envejecimiento de la población.

Métodos: Los datos de mortalidad y de población han sido obtenidos en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE). Las localizaciones tumorales consideradas incluían los códigos de la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en la versión 10: C50 para CM, C33-C34 para CP, C18-C21 para CCR y C25 para CPa. Se han utilizado los datos de mortalidad por cáncer en España durante el periodo 1998-2012, dividiendo los años en quinquenios y teniendo en cuenta

todos los grupos de edad quinquenales de 0 a 85 o más años. A partir de las tasas de mortalidad en el periodo 1998-2012, se ha extrapolado la tendencia de esas tasas hasta el quinquenio 2018-2022 utilizando estimaciones de población en ese año. Para dicha extrapolación se han evaluado modelos Edad-Periodo, Edad-Cohorte y Edad-Periodo-Cohorte empleando un enfoque Bayesiano. Se han estimado las diferencias entre el número de casos entre 2008-2012 y 2018-2022 teniendo en cuenta cambios demográficos (envejecimiento de la población) y efecto de previa exposición a factores de riesgo.

Resultados: Durante 1998-2012, las tasas disminuyeron un 0,3% anual en CM paralelo a un incremento del 4,7%, 2% y 0,7% de las tasas de CP, CPa y CCR, respectivamente, mayormente explicadas por un mayor peso del efecto cohorte, ya que los mejores modelos de predicción fueron los Edad-Cohorte. Durante 2018-2022, el CM podría ser superado por el CCR como la causa más frecuente de mortalidad por cáncer entre las mujeres españolas, mientras que CP podría ser la causa más común de muerte por cáncer entre las mujeres de 50-69 años ($N/año = 1.960$ para CM vs $N/año = 1.981$, para CP). Las diferencias en el número de casos entre 2018-2022 y 1998-2012 mostrarían que cambios en los factores de riesgo podrían contribuir a un aumento del 37,93% y el 18,36% en la carga de CP y CPa, respectivamente, mientras que los cambios demográficos, principalmente debido al envejecimiento (19,27%), contribuirían al aumento de la carga del CCR.

Conclusiones/Recomendaciones: Durante 2018-2022, los cambios demográficos (envejecimiento) no contribuirían únicamente al incremento de la carga de la mortalidad por cáncer entre las mujeres españolas.

206. MODELIZACIÓN MULTIVARIANTE EN DISEASE MAPPING MEDIANTE MODELOS MATRICIALES: APLICACIÓN EN ANOMALÍAS CONGÉNITAS

P. Botella-Rocamora, M.A. Martínez-Beneito, C. Cervero-Carbonell, S. Guardiola-Villarrog, F. Corpas-Burgos

Subdirección General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana; Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO-Salud Pública).

Las técnicas enmarcadas en el disease mapping multivariante tienen como objetivo la modelización espacial conjunta del riesgo de varias enfermedades simultáneamente. De la misma forma que los modelos espaciales aprovechan la posible estructura espacial de los patrones de riesgo a estimar, este tipo de modelos tienen en cuenta la posible relación de dependencia entre los patrones de riesgo de las diferentes enfermedades que modelizan y la utilizan para obtener estimaciones del riesgo más precisas. Un trabajo reciente ha propuesto una aproximación bayesiana para la realización de disease mapping multivariante que generaliza algunos de los modelos estadísticos existentes más usados. Esta aproximación modeliza los riesgos para múltiples enfermedades como un producto matricial de una primera matriz cuyas columnas contienen la estructura de dependencia espacial y una segunda matriz que recoge y estima la estructura de dependencia entre las diferentes enfermedades involucradas en el análisis. Esta estructura de modelización permite su aplicación a un número razonablemente elevado (decenas) de enfermedades y puede ser implementado de forma sencilla en un software estadístico bayesiano ampliamente utilizado como WinBUGS. Este tipo de modelización resulta especialmente interesante en el caso de estimación de riesgos en causas con un número de casos no muy elevado, y que por tanto, no permiten por sí solas una estimación razonablemente precisa de los patrones espaciales subyacentes. La modelización conjunta de estas causas con otras que pudieran tener cierta correlación (bien por compartir factores de riesgo comunes, o por presentar carácter here-

ditario que favorezca la aparición conjunta o no en determinadas regiones...) favorece la obtención de una estimación más robusta y precisa de los patrones espaciales de los riesgos y permite la obtención de la estructura de correlación o dependencia entre las causas estudiadas. En este trabajo se presenta una aplicación de esta metodología a la incidencia de algunos grupos de anomalías congénitas de SIER (Sistema de Información en Enf. Raras) en la Comunitat Valenciana. El carácter raro de estas enfermedades hace el carácter multivariante de la metodología presentada particularmente útil.

405. RETOS ESTADÍSTICOS EN EL ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGÍA GENÉTICA

V. Moreno

Institut Català d'Oncologia (ICO); Universitat de Barcelona (UB); Institut de Recerca Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Los análisis estadísticos de estudios de epidemiología genética (EG) se enfrentan a una serie de retos derivados de las características de los datos y el enorme número de variables que se analizan. Aspectos del diseño de los estudios definen el análisis adecuado. Los estudios que incluyen múltiples miembros de la misma familia deben tener en cuenta la estructura de correlación que se genera. Los diseños basados en individuos independientes son más sencillos, y en general más eficientes, por lo que suelen preferirse. Para identificar genes asociados a enfermedades crónicas suelen emplearse estudios de casos y controles. Éstos en general no son muy vulnerables a factores de confusión, salvo que se incluyan en la muestra individuos de diversas etnias en diferente frecuencia en casos y controles (población subdividida). También debe cuidarse el diseño si se desean analizar interacciones gen-ambiente. En este caso los diseños de cohortes son menos vulnerables a sesgos que los de casos y controles. El patrón de herencia de las variantes genéticas determina una estructura en los datos que debe cumplirse cuando se analizan muestras de individuos (equilibrio Hardy-Weinberg). En los análisis de todo el genoma (estudios GWAS), el número de marcadores polimórficos que se emplean suele estar en el orden de millones, por lo que se requieren ajustes en los niveles de significación de los tests estadísticos. Si se realizan análisis a nivel de gen o región, como los genes son de tamaño variable, suele ser necesario emplear tests de permutación para calcular correctamente la significación estadística. El poder estadístico en estos estudios es escaso para detectar interacciones, por lo que se emplean estrategias basadas en restricciones o análisis en dos fases para mejorar la eficiencia de los tests.

170. DESARROLLO DE METODOLOGÍA ESTADÍSTICA PARA LA CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES CONTINUAS EN MODELOS PREDICTIVOS

I. Barrio, M.X. Rodríguez-Álvarez, J.M. Quintana, I. Arostegui

Universidad del País Vasco UPV/EHU; Universidade de Vigo; OSI Barrualde; Basque Center for Applied Mathematics-BCAM; Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas-REDISSEC.

En el desarrollo de modelos predictivos uno de los factores a tener en cuenta es la relación existente entre la variable predictora y el valor esperado de la variable respuesta. Cuando la relación no es lineal, ésta puede modelizarse mediante modelos aditivos. Sin embargo, en la práctica clínica, los investigadores médicos a menudo optan por una categorización de la variable continua. Los criterios habitualmente utilizados para seleccionar los puntos de corte óptimos pueden ser estadísticos, como los cuartiles de la distribución, o clínicos. Consistentes de la utilidad práctica de una metodología válida para selec-

cionar puntos de corte óptimos, el objetivo de este trabajo es proponer métodos válidos para la categorización de variables continuas en el desarrollo de modelos predictivos. La metodología propuesta proporciona el número de categorías necesario y la localización óptima de los puntos de corte que maximice la capacidad discriminativa del modelo. Por ejemplo, cuando la variable respuesta es binaria y el modelo predictivo está basado en la regresión logística, el parámetro a maximizar es el área bajo la curva ROC. Sin embargo, cuando la respuesta de interés es el tiempo transcurrido hasta un evento, se propone maximizar la probabilidad de concordancia. La metodología propuesta es válida para categorizar variables continuas tanto en un contexto univariante como multivariante. Los métodos propuestos han sido validados empíricamente en escenarios con puntos de corte teóricos conocidos mediante simulaciones. Asimismo, y con el objetivo de que esta metodología pueda ser utilizada fácilmente en la investigación clínica, hemos desarrollado la librería CatPredi en el software de libre distribución R, que está disponible en: <https://sites.google.com/site/biostat/lineas-de-investigacion/software/catpredi>. Esta metodología se ha aplicado en una muestra de 2487 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que acudieron a los servicios de urgencia hospitalaria con una exacerbación de la EPOC. La respuesta de interés era la mala evolución a corto plazo del paciente. Se categorizó la variable predictora PCO2 en un modelo de regresión logística múltiple, ajustado por la escala Glasgow y la frecuencia cardíaca. Los puntos de corte óptimos obtenidos fueron 47 y 62, y fueron validados por los investigadores clínicos. La metodología propuesta proporciona un criterio válido para la localización y número de puntos de corte óptimos en la categorización de variables continuas en modelos predictivos para su uso en la práctica clínica.

Financiación: IT620-13.

COMUNICACIONES ORALES

CO07. Vigilancia epidemiológica (I)

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 15:00 a 17:00 h

Salón de Actos

Modera: Hermelinda Vanaclocha Luna

616. INCIDENCIA DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA EN EL ÁREA DE REFERENCIA DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. PERÍODO 2007 A 2015

A.F. Fernández Chávez, N. López Fresneña, A. Rincón Carlavilla, C. Díaz-Agero Pérez, J. Aranaz Andrés

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Ramón y Cajal.

Antecedentes/Objetivos: Describir la incidencia acumulada de casos de enfermedad neumocócica invasora (ENI) y su evolución temporal en el período 2007-2015 en el área de referencia del Hospital Ramón y Cajal (HRC). Describir la incidencia específica por grupo de edad y sexo, así como sus formas de presentación clínica, microbiología y su impacto en morbilidad. Evaluar su relación con la inmunización previa y los serotipos de *Streptococcus pneumoniae* detectados.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Las variables de estudio son edad, sexo, año, forma clínica, serotipo, vacunación previa y

tipo de vacuna, y mortalidad. Se calcula la incidencia anual de ENI, por grupos de edad y sexo, y formas clínicas. Los casos se obtienen del sistema EDO. La población es la de referencia asignada al HRC. Los datos de vacunación se obtienen del Sistema de Información en Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Resultados: Se han detectado 270 casos de ENI, lo que supone una incidencia acumulada (IA) de 5,48 casos por 106 habitantes. La tasa ajustada por edad en hombres fue de 6,89 y en mujeres 4,23 por 106. La edad media fue de 57 años (DE 24,5). La tasa de IA en mayores de 65 años fue de 23 casos por 106, y representaron el 43% del total. En menores de 4 años la IA fue de 5,76 por 106. Las formas de presentación clínica más comunes fueron: neumonía con bacteriemia (37%), bacteriemia (32,2%), neumonía (8,5%) y sepsis (7,8%). La tasa de letalidad fue del 14%. La evolución de la ENI mostró un descenso de 11,5 por 106 habitantes el año en 2007 a 0,90 por 106 habitantes en 2011. A partir del año 2012 se produce un incremento hasta 6 por 106 mantenido en los tres últimos años. La línea de tendencia global fue descendente ($p < 0,05$). La tasa de mortalidad ajustada por edad en hombres fue de 2,3 por 106 y en mujeres de 1,2 por 106. Los 5 serotipos más comunes fueron: 8 (10,62%), 3 (10,18%), 1(9,73%), 19A (8,85%), 22F (6,64%), 7F(6,64%). El 34,8% de los ENI fueron vacunados (93 pacientes), de los cuales el 82% (77) recibió vacuna polisacárida 23 valente y el 18% (14) conjugada. Los serotipos más comunes en vacunados con polisacárida fueron: 22F (8,2%), 3 (9,6%), 7F (6,8%). En vacunados con conjugada heptavalente fueron el 3(4,3%) y el 8 (6,8%). En no vacunados fueron: 1 (12,4%), 8 (12,4%), 19A (10,4%).

Conclusiones/Recomendaciones: La IA de ENI en el período superior en hombres que en mujeres. El grupo de edad con mayor número de casos fue el de mayores de 65 años. La tendencia general es descendente, aunque se observa un incremento a partir del año 2012. Más de la mitad de los casos no habían recibido ninguna vacuna. Los serotipos más frecuentes fueron el 8,3 y 1. La vacuna más frecuentemente utilizada fue la polisacárida.

834. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA. CATALUÑA 2012-2014

P. Ciruela Navas, C. Izquierdo Gómez, S. Broner Herbst, S. Hernández Baeza, C. Muñoz-Almagro, R. Pallarés Giner, M. Jané Checa

Agència de Salut Pública de Catalunya, Generalitat de Catalunya; Hospital Universitari Sant Joan de Déu; Hospital Universitari de Bellvitge; Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad neumocócica invasiva (ENI) es un problema grave de salud pública debido a la elevada morbi-mortalidad. Afecta principalmente a < 5 años, = 65 años, y personas con enfermedades de base. El objetivo del estudio es describir la epidemiología de ENI y la evolución de serotipos circulantes durante 2012- 2014.

Métodos: Estudio retrospectivo durante 2012-2014. Se analizaron las notificaciones de ENI realizadas por los microbiólogos que participan en el Sistema de Notificación Microbiológica de Cataluña. Se consultaron otras fuentes de información para recuperar casos no declarados y completar información microbiológica. La ENI se definió como aislamiento o detección por PCR de *Streptococcus pneumoniae* en muestra normalmente estéril. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, presentación clínica y serotipo. El serotipo se analizó según su inclusión o no en las vacunas neumocócicas conjugadas. Se calcularon tasas de incidencia (TI) y riesgo relativo (RR) con intervalos de confianza (IC) al 95%.

Resultados: Se notificaron 2.792 casos. La TI fue 12,3 casos $\times$ 100.000 personas-año. Entre 2012 y 2014 se observó una reducción significativa en la TI (RR: 0,82; IC95%: 0,75-0,90; $p < 0,001$). Las incidencias más elevadas se produjeron en < 2 años (40,9 casos $\times$ 100.000 personas-año), en = 65 años (31,9 casos $\times$ 100.000 personas-año) y en

niños de 2-4 años (22,3 casos $\times$ 100.000 personas-año). Las neumonías representaron el 73,4%, las bacteriemias sin foco el 16% las meningitis el 7,5%, y otras manifestaciones clínicas el 3,1%. La neumonía ha sido la manifestación clínica más frecuente en todos los grupos de edad. El serotipo se identificó en el 85% de casos, siendo los serotipos 3, 1, 19A, 12F, 14, 8 y 7F los más frecuentes (53,3%). Los serotipos incluidos en las vacunas neumocócicas conjugadas 10-valente (VNC10) y 13-valente (VNC13) han representado el 29,1% y el 48,2% de casos, respectivamente. En < 2 años los serotipos incluidos en VNC10 y VNC13 representaron el 28% y el 48,8% de casos, respectivamente y en el grupo de 2-4 años el 45,6% y el 70,1% de casos, respectivamente. En todos los grupos de edad, excepto en = 65, se ha observado una disminución significativa de la incidencia de serotipos incluidos en VNC10 y VNC13.

Conclusiones/Recomendaciones: La incidencia de ENI ha disminuido aunque continua siendo elevada en < 2 años. En < 2 años los serotipos incluidos en VNC10 y VNC13 representaron 28% y 48,8% de casos. En < 65 años la incidencia de serotipos incluidos en VNC10 y VNC13 ha disminuido. Es necesario realizar una vigilancia epidemiológica continuada de ENI para detectar cambios en su incidencia y en serotipos circulantes.

363. LA TOS FERINA EN CATALUÑA DESPUÉS DE LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNACIÓN EN EMBARAZADAS

G. Carmona, M. Jané, L. Ruiz, C. Fernández, L. Urbiztondo

Agencia de Salud Pública de Cataluña.

Antecedentes/Objetivos: La vacunación frente a la tos ferina en mujeres embarazadas es la mejor estrategia para proteger a los niños en los primeros meses de vida, edad en la que son más vulnerables a la enfermedad y cuando se da un mayor número de complicaciones, hospitalizaciones o incluso defunciones. En enero de 2014 Cataluña introdujo dicha vacunación en el tercer trimestre de la gestación. El objetivo del trabajo es describir el comportamiento de la tos ferina en los años 2013 (año pre-intervención) y 2015 (año post-intervención).

Métodos: Se han analizado los casos sospechosos (cumplen la definición clínica de caso) y/o confirmados (PCR y/o cultivo positivos) declarados en Cataluña al sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (sistema EDO). Los años de estudio son 2013 (año en el que en Cataluña aún no se había iniciado la vacunación de las embarazadas) y el año 2015 (año en que en Cataluña ya se había implementado dicha estrategia). Para calcular las tasas de incidencia se ha utilizado el padrón municipal de habitantes según datos oficiales de población que publica Idescat (padrón continuo). En la comparación de proporciones independientes (prueba Z) se ha realizado un contraste bilateral con un nivel de significación $\alpha = 0,05$.

Resultados: La tasa de incidencia de tos ferina de Cataluña el año 2013 fue de 13,3 por 100.000 habitantes, mientras que el año 2015 se situó en 42,8. En los menores de 1 año la tasa de incidencia en 2013 fue de 321,5 por 100.000 habitantes y de 453,5 en 2015. Los menores de 3 meses supusieron el 13% de los casos en el año 2013, mientras que en 2015 representaron el 3,8% ($p < 0,005$). En 2013 la tasa de hospitalización (en todas las edades) fue de 1,57 por 100.000 habitantes, mientras que en 2015 se situó en 1,37 por 100.000 habitantes. El porcentaje de hospitalizaciones en menores de 1 año en 2013 fue del 47%, y en 2015 se situó en el 26,1% ($p < 0,001$). En los menores de 3 meses dicho porcentaje pasó de 67,7% en el año 2013 al 50,4% en el año 2015 ($p = 0,005$).

Conclusiones/Recomendaciones: la tasa de incidencia registrada en Cataluña en el año 2015 revela que dicho año fue epidémico. En Cataluña se mantiene el comportamiento de reemergencia de la tos ferina iniciado en el año 2011 al igual que ha sucedido en otros países de nuestro entorno. A pesar del aumento de incidencia en el año 2015

se observó una disminución del porcentaje en los menores de 3 meses y en el porcentaje de hospitalizaciones en menores de 1 año y menores de 3 meses estadísticamente significativos.

935. ASOCIACIÓN ENTRE LA GRIPE Y LA VACUNACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL EL AÑO 2016

A.F. Fernández Chávez, N.L. López Fresneña, J.M. Miranda Cortés, P. López Pereira, J. Las Heras Mosteiro, J. Aranz Andrés

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Ramón y Cajal.

Antecedentes/Objetivos: Describir la enfermedad gripal por edad, sexo, vacunación previa, tratamiento y estancia. Analizar la relación entre la gripe y los factores de riesgo (FR) y complicaciones, en vacunados y no vacunados.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los casos de gripe de la temporada 2015/16 hospitalizados en el Ramón y Cajal. Se realizó un seguimiento a los pacientes con PCR positiva para virus de Influenza.

Resultados: Se confirmaron 138 casos, más que los presentados el 2015 (94 casos). El 47,1% (65) eran hombres y el 52,9% (73) mujeres, la mediana de edad fue de 65,53 (RI 53,3-77,8). El tipo de virus más frecuente fue el virus Influenza A:89,9% (124), el subtipo más frecuente fue el AH1 (39,5%). Virus B 10,1%. Se trataron con oseltamivir el 81,9% (113). Ingresaron en UVI, 22 (16%). Entre los vacunados hubo mayor porcentaje de patologías crónicas. La OR para la enfermedad cardiovascular (vacunados frente a no vacunados): 2,92 IC95% 1,33-6,39. Para EPOC: OR: 1,00 IC95% 0,427-2,316. DM: OR 2,16 IC95% 0,929-5,060. Entre los vacunados se observaron menos complicaciones graves: ingreso en UVI: OR 0,20 IC95% 0,03-0,77; neumonía: OR 0,95 IC95% 0,43-2,13; SDRA: OR 0,91 IC95% 0,40-2,03. Hubo 22 casos nosocomiales (15,9%). La mediana de estancia hospitalaria 6 (RI 4-13). Hubo dos fallecimientos (1,4%).

Conclusiones/Recomendaciones: Hubo más afectados por gripe que el año 2015. La gripe afectó más a mujeres y mayores de 60 años. El virus predominante fue tipo A (a diferencia del 2015 que fue el virus B). Los vacunados tuvieron más FR y menos complicaciones graves.

838. GRAVEDAD DE LA EPIDEMIA GRIPAL 2015-2016 EN ESPAÑA SEGÚN INDICADORES DE TRANSMISIBILIDAD, TRASCENDENCIA E IMPACTO

J. Oliva, C. Delgado, I. León, D. Gómez-Barroso, A. Gherasim, F. Vallejo, S. de Mateo, A. Larrauri, en representación del Sistema de Vigilancia de Gripe en España

Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; Ciber Epidemiología y Salud Pública, ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los objetivos de la vigilancia de la gripe es evaluar la gravedad de sus epidemias, tanto estacionales como pandémicas. A este respecto, la OMS está desarrollando un marco metodológico basado en la combinación de 3 indicadores (transmisibilidad, trascendencia e impacto) denominado Pandemic Influenza Severity Assessment (PISA). El objetivo de este trabajo se ha centrado en la aplicación de estos indicadores para llegar a establecer la gravedad de la epidemia gripal 2015-16 en España.

Métodos: Los datos se obtuvieron del Sistema centinela de Vigilancia de Gripe en España y de la vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) en la temporada 2015-16. Para cada indicador se utilizaron los siguientes parámetros: 1. Transmisibilidad: incidencia de gripe e incidencia de gripe corregida por la tasa de aislamiento de virus gripales (tasa semanal gripe x% semanal positividad); 2. Trascendencia: letalidad entre los CGHCG; 3. Impacto:

exceso de mortalidad observada por todas las causas sobre la esperada (superior a 2 desviaciones estándar (DE)). Para la categorización semanal de cada parámetro se calcularon umbrales que definen cinco niveles de actividad (nulo, bajo, medio, alto y muy alto) aplicados al total de la población y por grupos de edad (< 15, 15-64 y > 64 años). Los umbrales se obtuvieron con el Método de Epidemias Móviles y/o sobre la base de la información de vigilancia obtenida en las 5 temporadas post-pandémicas previas. Se presentan los datos de la evaluación realizada hasta la última semana consolidada (10/2016).

Resultados: La transmisibilidad de la epidemia de gripe fue nula o de nivel bajo desde su inicio hasta la semana 10/2016. La trascendencia se calificó de moderada para todas las edades de la semana 51/2015 a la 8/2016 (máxima letalidad acumulada en semana 4/2016 = 13,5%; IC95%: 9,8-17,9%), y moderada/alta para el grupo > 64 años de la semana 51/2015 a la 9/2016 (máxima letalidad acumulada en semana 5/2016 = 24,2%; IC95%: 17,9-31,5%). En cuanto al impacto, se detectó un exceso de mortalidad bajo (2-4 DE) en el grupo de 15-64 en 2 semanas de 2015, y 5 semanas de 2016.

Conclusiones/Recomendaciones: Hasta la semana 10/2016, la epidemia de gripe 2015/16 presenta un nivel bajo de transmisibilidad, mientras que presentó una trascendencia moderada/alta en > 64 años y un impacto bajo en el grupo de 15-64 años. La utilización de indicadores con información procedente de la vigilancia de gripe y de sistemas de monitorización de la mortalidad permite una calificación rápida de la gravedad de las epidemias y pandemias de gripe, pudiendo ayudar a una rápida evaluación de riesgo e implementación de adecuadas medidas de control.

777. PATRÓN DE CIRCULACIÓN VIRAL POR EDAD Y TIPO/SUBTIPO DE VIRUS DE LAS EPIDEMIAS DE GRIPE EN ESPAÑA, 2002-2015

C. Delgado-Sanz, J. Oliva, A. Gherasim, D. Gómez, I. León-Gómez, F. Vallejo, S. de Mateo, A. Larrauri, en representación del Sistema de Vigilancia de Gripe en España

Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; Ciber Epidemiología y Salud Pública, ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: Las epidemias estacionales de gripe en España ocasionan cada invierno una considerable carga de enfermedad, si bien la importancia de los diferentes grupos de edad en la transmisión de la enfermedad todavía no se conoce con precisión. El Sistema centinela de Vigilancia de la gripe en España (ScVGE) recoge información epidemiológica y virológica de los casos con síndrome gripal notificados por médicos centinela. El objetivo del estudio es analizar el patrón epidemiológico de circulación de virus gripales en España por grupos de edad y tipo/subtipo de virus durante las temporadas de gripe 2002-03/2014-15.

Métodos: En el análisis se incluyeron todos los casos centinela de gripe confirmada por laboratorio notificados al ScVGE durante las temporadas 2002-03/2014-15. Por temporadas, se calculó la distribución de virus de la gripe por tipo/subtipo y las tasas de detección viral por grupos de edad (0-4, 5-14, 15-64 y > 64 años) y tipo/subtipo de virus. La edad se expresó con mediana y rango intercuartil (IQR). Para comparar proporciones se utilizó la prueba de chi-cuadrado, expresando las diferencias mediante Odds ratio (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Resultados: Se notificaron 21.116 casos de gripe, 3% fueron AH1N1, 34% AH1N1pdm09, 37% AH3N2 y 26% B. Por temporada, el porcentaje de positividad a virus gripales osciló entre 35% en la temporada 2005-06 y 55% en la 2014-15. Los casos con mayores tasas de detección viral pertenecían al grupo de 5-14 años (56%) y los de menor al de > 64 años (40%). La mediana de edad de los casos AH1N1 (18; RIQ: 6-34) fue similar al de AH1N1pdm09 (20; RIQ: 10-38) y menor que los AH3N2 (26; RIQ: 9-44) ($p < 0,001$), siendo los casos B más jóvenes (15; RIQ: 7-41) que los AH3N2. En temporadas pre-pandémicas la detección de virus

AH1N1 en > 64 años fue casi nula (0-3%), mientras que en temporadas con predominio de AH3N2 las mayores tasas de detección viral se registraron en > 64 años (19-49%). En epidemias con predominio de virus AH1N1pdm09 los adultos de 15-64 años fueron los más afectados (14-42%), con excepción de la 2009-10 con mayor positividad en 5-14 años. Respecto al patrón de circulación de virus B, se observa mayor porcentaje de positividad en los < 15 años que en los adultos (OR 1,41; IC95%: 1,34-1,49), incrementándose esta diferencia en temporadas con predominio del linaje B-Victoria (OR 2,94; IC95%: 2,63-3,28).

Conclusiones/Recomendaciones: El patrón de transmisión de los tipos/subtipos de virus de la gripe difiere por grupos de edad. Esta información puede ser crucial en la evaluación del riesgo en poblaciones de grupos de edad específicos, así como en la prevención y control de futuras epidemias y pandemias de gripe.

736. TRANSMISIÓN DE LA ACTIVIDAD GRIPAL EN ESPAÑA Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES METEOROLÓGICOS

D. Gómez-Barroso, I. León-Gómez, C. Delgado, J. Oliva, A. Gherasim, F. Vallejo, S. Mateo, A. Larrauri

CIBERESP; Centro Nacional de Epidemiología; ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: Los fenómenos meteorológicos como temperatura y humedad absoluta pueden ayudar a explicar la dinámica de la transmisión de la gripe durante las ondas epidémicas. Estudios en otros países indican que la transmisión de la gripe aumenta al disminuir la humedad absoluta. El objetivo de este estudio es valorar la asociación entre la actividad gripal y la humedad absoluta en España en las cinco temporadas posteriores a la pandemia.

Métodos: El número de casos notificados de gripe por médico centinela y su población vigilada, desde la temporada 2010/11 a 2014/15, se obtuvieron del Sistema centinela de Vigilancia de la Gripe en España. Los datos meteorológicos diarios se obtuvieron de National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA) para 77 estaciones. Se ha considerado como humedad absoluta la media semanal de la temperatura del punto de rocío. Se analizó la correlación entre temperatura y humedad absoluta mediante el coeficiente de Pearson. Los datos se agregaron por municipios y por "regiones meteorológicas", según la estación más cercana. En cada temporada se incluyeron 11 semanas, la semana pico de la onda 5 semanas anteriores y 5 posteriores. Para analizar la asociación entre las tasas de incidencia semanal y la humedad absoluta se utilizó un modelo multinivel bayesiano de Poisson con dos efectos aleatorios: espacial (región meteorológica) y temporal (onda epidémica); y, como efectos fijos, tendencia, estacionalidad y humedad absoluta.

Resultados: En las cinco temporadas, los médicos centinelas (N = 788-873) vigilaron un 2,2-2,4% de la población de referencia. Los picos de la onda epidémica se observaron entre la semana 2, temporada 2010/11, hasta las semanas 7-8 en temporadas tardías 2011/12 y 2012/13, respectivamente. Las tasas de incidencia acumulada de gripe variaron entre 1906,30 casos/10.000 h en la temporada 2013/14, a 2477,60 casos/10.000 h en la temporada 2014/15. La correlación entre la temperatura y la humedad absoluta fue alta (0,74; IC95%: 0,74-0,75) por lo que el análisis se centró en esta última variable. El incremento de un grado de la humedad absoluta disminuye la tasa de incidencia gripal un 2% (RR = 0,98; IC95%: 0,97-0,99), mientras que un aumento en la humedad absoluta de 10 grados disminuye la transmisión de la gripe un 11% (RR = 0,89; IC95%: 0,80-0,90).

Conclusiones/Recomendaciones: La transmisión de la onda epidémica gripal en España disminuye cuando la humedad absoluta aumenta. La incorporación de variables meteorológicas en los modelos de vigilancia puede ayudar a explicar y predecir la intensidad de transmisión de las ondas gripales y por tanto a guiar la adopción de medidas de control ante la presentación de cambios inesperados en los fenómenos meteorológicos.

590. FRECUENCIA, EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS GRAVES DE GRIPE DE ORIGEN NOSOCOMIAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA DE LAS TEMPORADAS 2010-2011 A 2014-2015

J.G. Mora Muriel, G.G. Cabrera Tejada, L.F. Pinto Riera, I. Tenza Iglesia, E.J. Silva Contreras, P. García Shimizu, E. López González, M. El Attabi, J. Sánchez Payá

Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Conocer la frecuencia, evolución y características clínico-epidemiológicas de los casos graves de gripe de origen nosocomial en la Comunidad Valenciana de las Temporadas 2010-2011 a 2014-2015.

Métodos: Se realizó un análisis descriptivo de los casos graves de gripe (CGG) con ingreso hospitalario de las temporadas 2010 a 2014 a partir de los datos obtenidos de la red de vigilancia epidemiológica (AVE) de los hospitales de la Comunidad Valenciana. Se consideró caso de origen nosocomial (N), cuando el inicio de los síntomas se producía tres o más días después de la fecha de ingreso. Se calculó el porcentaje de CGG nosocomial, con sus intervalos de confianza al 95%; se compararon las características clínico-epidemiológicas de los CGG nosocomial, y comunitario, el análisis estadístico se realizó con la ji cuadrado y la t-Student o U de Mann-Whitney según tipo de variable. Se analizó la evolución en el tiempo mediante la prueba de la Ji cuadrado para tendencias.

Resultados: Entre los casos de gripe confirmada, la frecuencia de casos graves nosocomiales fue de: 6,2% (11/177) en la temporada 2010-11, 6,3% (2/32) en la temporada 2011-12, 2,5% (3/119) en la temporada 2012-13, 2,3% (14/617) en la temporada 2013-14 y el 3,3% (9/270) en la temporada 2014-15. Las variables que se asociaron de forma estadísticamente significativa a casos graves de gripe nosocomial fueron pacientes con cáncer RR = 3,6 (1,89-6,87), anemia RR = 2,3 (1,05-5,21), sepsis RR = 2,2 (0,99- 4,81), shock RR = 2,5 (1,08-5,58).

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudio permite conocer la evolución de los CGG de origen nosocomial en la Comunidad Valenciana. Según nuestro estudio se asoció de manera significativa la aparición de CGG nosocomial en pacientes inmunodeprimidos o con inestabilidad hemodinámica. Hay que insistir en el cumplimiento de las principales estrategias de prevención de la gripe nosocomial y por tanto de mejora de la seguridad de los pacientes.

Financiación: FISABIO.

110. LOS CENTROS COORDINADORES DE URGENCIAS-112 COMO POTENCIALES HERRAMIENTAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: EL CASO DE LA GRIPE ESTACIONAL

P. Arcos González, E. Ferrero Fernández, R. Castro Delgado

Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: La gripe estacional es una enfermedad con alta morbilidad y con diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica desarrollados para monitorizarla. El objetivo de este estudio es explorar el papel potencial de un Centro Coordinador de Urgencias 112 (CCU) como herramienta complementaria de vigilancia epidemiológica de la gripe estacional a través de llamadas de emergencia en comparación con los sistemas tradicionales de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y Red de Médicos Centinelas (RMC).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de análisis de correlación y tendencias de casos de gripe estacional notificados a los sistemas EDO y RMC comparados con las llamadas realizadas al CCU-112 de Asturias por gripe potencial ("llamada caso") basada en algoritmo de criterios sindrómicos a partir de definiciones de gripe de OMS y ECDC. Nuestra "llamada caso" era aquella codificada con: (i) dolor de cabeza, (ii) sensación de frío/calor, (iii) dolor de garganta, (iv) dolor

ocular, (v) dolor de espalda, (vi) fiebre, e (vii) inicio repentino. El ámbito temporal del estudio fue de 68 semanas, de la semana 45 de 2011 hasta la semana 8 de 2013, ya que permite estudiar dos temporadas de gripe diferentes, en las que los virus de gripe no son necesariamente idénticos y es útil para reforzar los hallazgos potenciales de este modelo. Tanto las llamadas caso al CCU-112 como los casos notificados al sistema EDO y RMC tienen base poblacional y son los del total de la CCAA del Principado de Asturias.

Resultados: El sistema RMC notificó 2.354 casos de gripe, el sistema EDO 43.071 casos y en el CCU se registraron 4.360 "llamadas caso" de un total de 180.720 llamadas de emergencia. Hay correlación positiva ($R = 0,42$, $p = 0,03$) entre los casos EDO y las llamadas caso al CCU y entre los casos EDO y las llamadas caso al CCU ($R = 0,38$; $p = 0,007$). EDO y RMC tuvieron fuerte correlación positiva ($R = 0,91$, $p = 0,000$). El análisis paramétrico y no paramétrico de correlación de casos reportados por los tres sistemas muestran correlación positiva significativa ($p < 0,01$) entre ellos. El pico de llamadas relacionadas con gripe estacional según nuestros criterios de llamada caso se produce entre 5 y 4,5 semanas antes que el pico de casos de gripe estacional registrados por los sistemas de salud pública tradicionales.

Conclusiones/Recomendaciones: Los datos de llamadas a un CCU pueden utilizarse como sistema de vigilancia epidemiológica complementario de los sistemas de vigilancia tradicional de la gripe estacional. Probablemente esta función en materia de salud pública por parte del CCU puede ser usada para otras enfermedades transmisibles agudas si se codifican adecuadamente los síntomas recogidos en las llamadas.

602. VIGILANCIA DE CASOS GRAVES HOSPITALIZADOS CONFIRMADOS DE GRIPE EN 5 TEMPORADAS POSTPANDÉMICAS, CATALUÑA 2010-2015

N. Torner, A. Martínez, L. Basile, M.M. Mosquera, A. Antón, C. Arias, C. Rius, E. Plasencia, S. Minguell, M. Carol, et al

Agència de Salut Pública de Catalunya; Ciber Epidemiología y Salud Pública CIBERESP; Departamento de Salud Pública, Universitat de Barcelona; Departamento de Microbiología, Hospital Clínic de Barcelona; Departamento de Microbiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Antecedentes/Objetivos: El 'Plan de información de las infecciones respiratorias agudas en Cataluña' (PIDIRAC) incorporó la vigilancia de los casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) con la finalidad de evaluar la gravedad de la pandemia 2009, y desde entonces quedó incluida dentro de la vigilancia de la gripe estacional del sistema centinela PIDIRAC. El objetivo es describir las características clínicas, epidemiológicas y virológicas de CGHCG a partir de los datos registrados por los 12 hospitales centinela que participan en Cataluña.

Métodos: El periodo de estudio comprende 5 temporadas consecutivas de vigilancia de gripe, de octubre de 2010 a mayo de 2015. Se definió como CGHCG un caso con diagnóstico microbiológico de virus de la gripe (A, B o C) que precisó ingreso hospitalario por neumonía, shock séptico, fallo multiorgánico o cualquier otra condición que comportó gravedad, incluido el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), o bien que desarrolló este cuadro clínico durante el ingreso hospitalario por cualquier otro motivo. El diagnóstico microbiológico se confirmó mediante técnicas de inmunofluorescencia, de PCR y/o de aislamiento viral en cultivo celular a partir de muestra respiratoria.

Resultados: Durante el periodo de estudio se registraron 1400 CGHCG, de los cuales un 33% requirieron ingreso en UCI y un 12% fueron exitos. Un 55,6% fueron hombres. El promedio de edad fue de 55,2 años ($DE \pm 26,7$), con un rango entre 0 y 101 años. El grupo de edad más representado (45,2%) fue = 64 años. Un 70,8% eran no vacunados. Un 87% recibieron tratamiento antiviral [oseltamivir (99%) y zanamivir

(1%)], 80,4% antes de las 48 horas de ingreso y 24,6% de los cuales antes de las 48 horas desde el inicio de síntomas. El 88% de los casos se confirmó virus de la gripe tipo A (35% AH1N1pdm09, 22% AH3N2, 31% no subtipados). Se observan diferencias significativas en el promedio de edad de los casos según tipo/subtipo viral ($AH3N2 = 67a$ vs $AH1N1pdm09 = 47a$) $p = 0,001$; y en promedio de estancia hospitalaria entre grupos de edad siendo mayor en el grupo 45-64a: 16,4 días $DE 17,6$, ($p = 0,001$) independientemente del tipo/subtipo gripal.

Conclusiones/Recomendaciones: La vigilancia de los CGHCG proporciona una estimación de la gravedad de las epidemias estacionales de gripe, permite identificar y caracterizar los grupos de riesgo para adoptar medidas preventivas (vacunación) y tratamiento antiviral precoz para grupos de riesgo. Además permite identificar las características epidemiológicas y virológicas de las formas graves de gripe que denoten cambios de virulencia.

CO08. Salud de las personas ancianas

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 15:00 a 17:00 h

Salón de Actos

Moderan: Javier Damián Moreno y Elisabete Alves

157. PARA VIVIR DE FORMA SALUDABLE Y AUTÓNOMA. PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

C. Fernández Garrido, P. García Crespo, A. de Blas, L. Ruíz, D. Claver, M.J. Zomeño, M. Bustamante, M. Martínez

Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: La población de Madrid está muy envejecida 20,2% mayores de 65 años. Los mayores han cambiado en los últimos años. Su prolongada esperanza de vida hace necesaria una intervención integral. Se presenta una forma de intervención que promueve la salud, la participación y la seguridad de los mayores, con atención especial a los más vulnerables.

Métodos: Se trabaja con una doble estrategia, con la que se contribuye a prolongar la autonomía, retrasando el mayor tiempo posible la discapacidad y la dependencia de los mayores. Dentro de la estrategia poblacional, se realizan intervenciones en la comunidad con actividades de promoción de la salud y sensibilización en temas que afectan a los mayores como parte de la población general a la que pertenecen, y con actividades grupales para sus problemas específicos. Desde la estrategia de alto riesgo, se interviene en mayores en especial situación de vulnerabilidad y en sus cuidadores mediante acciones preventivas, individuales y grupales, en alimentación y actividad física, déficits sensoriales, accidentes y caídas, problemas de memoria y deterioro cognitivo, aislamiento social, ansiedad, depresión y maltrato.

Resultados: La participación de los mayores en las actividades comunitarias realizadas desde los Centros Madrid salud se han incrementado desde 2012 en un 226%. La actividad grupal de 2012 a 2014 ha aumentado un 225%, pasando de 198 talleres en 2012 a 447 en 2014. El porcentaje de centros municipales de mayores (CMM) con los que se ha realizado alguna intervención (grupal y/o comunitaria), asciende al 67,7%. De los CMM situados en zonas de intervención preferente se ha intervenido en el 78%. El número de usuarios individuales del programa de Envejecimiento Activo y Saludable (EAYs) se ha mantenido estable en torno a los 5.500 usuarios por año. El 72% de ellos son mujeres. En estos años, el número de mayo-

res nuevos atendidos en consulta que cumplen los criterios de vulnerabilidad del programa se ha ido incrementando, 25% en 2012, 31% en 2013 y 38% en 2014.

Conclusiones/Recomendaciones: La edad de jubilación es un buen momento para hacer cambios en los estilos de vida porque quedan 20 años por delante para beneficiarse de ellos, según la esperanza de vida actual. Este programa pretende: Favorecer el EAYs actuando en promoción y prevención de la salud. Así, disminuyen los costos socioeconómicos, se alivia el sufrimiento individual y disminuyen los mayores aislados. Trabajar en la vida diaria, en sus problemas específicos, pero sin olvidarnos que son parte de la población general y que se debe contemplar su inclusión en todas las propuestas municipales. Comprimir la carga de enfermedad en el último tramo de la vida, aumentando la etapa de la vida libre de enfermedad y por tanto retrasando la dependencia.

750. MORTALIDAD EN MAYORES INSTITUCIONALIZADOS SEGÚN TITULARIDAD DE LA RESIDENCIA

J. Damián, R. Pastor-Barriuso, F. García-López, P. Martínez-Martín, A. Ruigómez-Sánchez, J. de Pedro-Cuesta

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CEIFE.

Antecedentes/Objetivos: El tipo de titularidad y el tamaño de las residencias para mayores pueden afectar a su salud y capacidad funcional. El objetivo es medir la mortalidad según pertenencia a residencia pública, privada o concertada y según tamaño de Madrid.

Métodos: La cohorte basal eran 699 mayores de 65 años, seleccionados entre 1998 y 1999 mediante muestreo probabilístico conglomerados de residencias de Madrid. La información basal se recogió mediante entrevistas estructuradas a residentes, cuidadores y médicos de las residencias. Las muertes por cualquier causa se determinaron mediante consulta al Índice Nacional de Defunciones en periodo comprendido entre la entrevista basal y el 15/09/2013. Las residencias se clasificaron según tamaño en pequeñas (100 camas o menos), medianas (entre 100 y 300) y grandes (mayores de 300) y según titularidad (pública, privada o concertada). Se calcularon tasas brutas de mortalidad por 1.000 años-persona y razones de mortalidad estandarizadas (RME) usando el promedio de las tasas específicas por edad de la población mayor de 65 años de la Comunidad de Madrid (años 2002 hasta 2011). Se estimaron hazard ratios (HR) de mortalidad mediante modelos de Cox con la edad como escala temporal, corregidos por el diseño complejo del estudio y ajustados por sexo, capacidad funcional, número de trastornos crónicos y demencia.

Resultados: Durante 4.135 años-persona de seguimiento (mediana/máximo 4,5/15,2 años) murieron 598 participantes. Las tasas brutas de mortalidad (IC95%) fueron de 151,9 (135,6-169,9), 175,8 (129,9-236,0) y 123,8 (104,7-146,1) en residencias públicas, concertadas y privadas respectivamente. La RME (IC95%) fue de 1,15 (1,04-1,27). En modelos ajustados, comparados con residencias públicas, la mortalidad fue ligeramente menor en residencias concertadas: [HR (IC95%) 0,90 (0,70-1,15)], y claramente menor que la de las residencias privadas: [HR: 0,68 (0,52-0,91)]. Las residencias seleccionadas públicas eran grandes y medianas. Las concertadas sólo eran medianas y las privadas sólo eran medianas y pequeñas. La mayor mortalidad se observó en las grandes (sólo públicas). Comparada con éstas las que tuvieron la menor mortalidad fueron las medianas privadas: HR de 0,52 (0,36-0,75).

Conclusiones/Recomendaciones: La titularidad de las residencias para mayores está asociada con la mortalidad de sus residentes, siendo esta menor en las residencias privadas en comparación con las públicas y concertadas. El número de residentes así como la razón entre el número y tipo de personal con el nº de residentes podría explicar parte de las diferencias.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (PI15CIII/00037).

765. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CAÍDAS Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN MAYOR DE CASTELLÓN

M.P. Molés Julio, A. Lavedán Santamaría, M.L. Maciá Soler

Universidad Jaume I; Universidad de Lleida; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Las caídas en personas mayores son un problema frecuente al que deben enfrentarse los profesionales de la salud. Además, constituyen una de las principales preocupaciones en la población de edad avanzada debido al impacto sobre su estado de salud. El objeto de la investigación que se presenta es estimar la incidencia de caídas en un año y analizar la relación entre la aparición de caídas y sus factores asociados, en adultos mayores de 75 años de Castellón de la Plana.

Métodos: Se trata de un estudio observacional de corte trasversal realizado sobre la población mayor de 70 años no institucionalizada de Castellón de la Plana, que incluye un estudio descriptivo y analítico de las variables objeto de estudio. Todas las personas mayores incluidas, se captan desde los Centros de Atención Primaria de Castellón, durante el tiempo que dura el estudio y manifiestan deseo de participar en el mismo. Se realizaron un total de 326 entrevistas individuales que tuvieron una duración de 60 minutos aproximadamente. Para la recogida de datos se utilizó la Encuesta FRALLE. La encuesta tiene nueve dimensiones, estructuradas en escalas validadas que son el estado cognitivo y afectivo, el estado de salud, los hábitos de salud, la capacidad funcional, dificultades y limitaciones, las caídas y el miedo a caer, el estado nutricional, las redes sociales, la calidad de vida relacionada con la salud. Han sido calculadas las incidencias de caídas durante el último año (en porcentaje) y sus intervalos de confianza del 95%. Se ha estudiado su asociación con el resto de factores con las pruebas t-Student y chi-cuadrado, utilizando para todos los análisis el programa estadístico SPSS.

Resultados: La incidencia de caídas en el último año fue del 26,4%. Los factores asociados a las caídas son el bajo nivel de estudios 64,3%, al equilibrio y la marcha 28,2%, síntomas depresivos 47,5%, miedo a caer 49,4% y los componentes relacionados con la calidad de vida con una media de 62,42.

Conclusiones/Recomendaciones: Discusión y conclusiones: La elevada incidencia de caídas en la población mayor sugiere la necesidad de ampliar el conocimiento en torno a este síndrome en su relación con los factores asociados. Su seguimiento permitirá el estudio de nuevas estrategias preventivas y de tratamiento.

187. EFICACIA DEL REGISTRO DE LAS CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD: ¿MITO O REALIDAD?

P.J. López-Soto, J.M. Carmona-Torres, P. Luque-Carrillo, A. García-Arcos, M.A. Rodríguez-Borrego

Departamento de Enfermería, IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: Las caídas en las personas mayores residentes en la comunidad son un problema serio y común. Un tercio de las personas mayores de 65 años caen cada año (Silva-Gama et al. 2007), un quinto requiere de atención sanitaria y una décima parte de las caídas resulta en fractura (Gillespie et al. 2012), constituyendo una de las causas más determinantes de pérdida funcional. Debido a la naturaleza multicausal de la caída, se pretendía conocer si, los registros que se llevan a cabo en los servicios de Atención Primaria y/o Comunitaria contribuyen a la prevención de este tipo de sucesos.

Métodos: Estudio observacional descriptivo empleando una muestra aleatorizada (muestreo bietápico: selección aleatoria de 4 Unidades de Gestión Clínica (UGC) de una Zona Básica de Salud del Sur de España; y selección aleatoria en cada UGC de los sujetos de estudio) de los registros clínicos de personas mayores (> 65 años) residentes en la comunidad durante un período de 12 meses. Se analizaron las características clínicas, socio-demográficas de toda la muestra y la presen-

cia de caídas así como sus circunstancias (principalmente tiempo y fecha del calendario de la caída). Se empleó estadística descriptiva y análisis Cosinor para identificar patrones temporales en las caídas.

Resultados: Un total de 417 registros fueron analizados, encontrándose 40 acontecimientos de caídas (dos de ellas en el mismo individuo), siendo la tasa de incidencia de 0,095 caídas/persona-año. Las personas mayores que caían con respecto aquellas que no presentaban caída eran mujeres ($p = 0,04$), más añosas ($p = 0,01$), que consumían antidepresivos ($p = 0,03$) y presentaban caídas previas ($p < 0,01$). Según el total de caídas, se detectaron patrones temporales: 24 horas ($p < 0,01$) y bifásico semanal ($p < 0,01$). También se detectó variabilidad de 24 horas cuando se categorizaban las caídas según las características clínicas, socio-demográficas y circunstancias de la misma.

Conclusiones/Recomendaciones: Existe variación temporal en las caídas que se producen en personas mayores residentes en la comunidad. No obstante, la amplitud de los patrones es limitada debido al número reducido de caídas encontradas, significativamente inferior al de otros estudios. Por otra parte, se considera que hay una significativa ausencia de registros lo que impide abordar esta problemática adecuadamente. Los profesionales sanitarios deben documentar, la evaluación e intervención de caídas o riesgo de caídas. El conocimiento de la epidemiología de la caída, y posteriormente el empleo de métodos cronobiológicos, facilitará el desarrollo de medidas preventivas más específicas y apropiadas.

772. FATORES DETERMINANTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO ATIVO: ANÁLISE FATORIAL DA PERCEÇÃO DE PESSOAS IDOSAS

P.F. Pinto, A.A. Fernandes, M.A. Botelho, C. Arreguy-Sena, P. Parreira, A.P. Sobral, L.M. Braga, J.R. Perrout

Universidade Federal de Juiz de Fora-MG, Brasil; Universidade Nova de Lisboa, Portugal; Universidade Federal de Viçosa-MG, Brasil; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal; Universidade Federal Fluminense-RJ, Brasil.

Antecedentes/Objetivos: Os determinantes do processo de envelhecimento ativo constituem-se paradigmas capazes de identificar fatores e nortear ações com vistas à maximização das capacidades, potencialidades e recursos pessoais, comunitários e políticos das pessoas idosas. Objetivou-se identificar os determinantes do processo de envelhecimento segundo as variáveis pessoais, familiares, sociais, psicomunicacionais, demográficas, econômicas e de saúde a partir de uma análise multifatorial.

Métodos: Survey realizado em dois serviços de apoio a pessoas idosas no Brasil. Participaram em 326 pessoas com idade = 65 anos. Coletados dados em cinco determinantes: pessoais; familiares e comunicacionais/interacionais; de saúde; econômicos, além de inventário de atividades cotidianas. Utilizou-se triangulação de fonte e técnicas para coleta de dados (entrevista individual com gravação de áudio, aplicação de escalas do tipo Likert). Realizadas 11 análises tendo sido identificada aquela análise fatorial (AF) que retratasse os objetivos da investigação. Utilizada Escala Visual Analógica como elemento facilitador para obtenção de respostas entre pessoas de baixa escolaridade. A matriz gerada e retida visou caracterizar as variáveis e fatores de caracterização do envelhecimento ativo a ponto de sumarizar variáveis de interesse (fatores ou variáveis latentes). Atendidos requisitos éticos e legais na investigação.

Resultados: Identificados 11 fatores significativos na análise fatorial com reordenação em oito fatores segundo determinantes do processo de envelhecimento ativo. Realizada adaptação destes fatores considerando-se os determinantes: de saúde (participação em atividades e acesso aos serviços de saúde, atividade física, saúde e capacidade física); familiares e comunicacionais (convivência, interação e avaliação do contato social); demográficos e econômicos (escolaridade e renda); familiares (convivência) e sociais (voluntariado e convivência).

Conclusiones/Recomendaciones: Devido ao processo de envelhecimento ser multifatorial, a aplicação da técnica estatística multivariada, utilizando análise fatorial, identificou nos determinantes do processo de envelhecimento as variáveis de maior relevância dentre as variáveis investigadas. Por ser tratar de um método multidimensional, estabeleceu o confronto entre duas ou mais variáveis, medidas simultaneamente para cada elemento amostral, sendo que estas variáveis (selecionadas para o estudo) foram delineadas em consonância com diretrizes da Organização Mundial de Saúde. Sugere-se replicar essa investigação em outras realidades socioeconômicas e culturais.

31. BAIXO PESO E SUA RELAÇÃO COM MULTIMORBIDADE, FRAGILIDADE E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS COMUNITÁRIOS DE SETE CIDADES BRASILEIRAS: ESTUDO FIBRA

D. Assumpção, F.S. Arbex Borim, P.M. Stolses Bergamo Francisco, A. Liberalesso Neri

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Antecedentes/Objetivos: O envelhecimento gera mudanças fisiológicas e metabólicas no organismo com reflexos na saúde e no estado nutricional dos idosos. Tais mudanças o tornam mais suscetível a deficiências nutricionais e ao desenvolvimento de um quadro de desnutrição. A desnutrição apresenta-se associada à síndrome consumptiva, sarcopenia, diminuição de força e fadiga e pode contribuir para o aumento da mortalidade, susceptibilidade às infecções e redução da qualidade de vida dos idosos. O objetivo do estudo foi estimar a prevalência de baixo peso em idosos, segundo as variáveis multimorbidade, fragilidade e capacidade funcional.

Métodos: Foi utilizado o banco de dados do estudo FIBRA - Unicamp. Trata-se de estudo transversal, multicêntrico, que envolveu 3.478 idosos da comunidade, com 65 anos ou mais. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado com informações aferidas de peso e altura. A variável dependente foi o baixo peso, classificada com $IMC < 22,0 \text{ kg/m}^2$. A associação entre o desfecho e as variáveis independentes foi verificada pelas razões de prevalência (RP) brutas e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Também foi desenvolvido modelo de regressão de Poisson ajustado por sexo, idade e escolaridade. Todas as análises foram conduzidas no programa Stata 12.0.

Resultados: A média de idade foi de 72,9 anos (IC95%: 72,7-73,1) e a prevalência de baixo peso atingiu 12,0% (IC95%: 10,9-13,1) dos participantes da pesquisa. Por meio do modelo de regressão verificaram-se prevalências mais elevadas de baixo peso nos idosos classificados como pré-frágeis (RP = 1,54; IC95%: 1,22-1,94) ou frágeis (RP = 1,67; IC95%: 1,15-2,43). Por outro lado, menor prevalência de baixo peso foi observada nos indivíduos que relataram o diagnóstico médico de duas ou mais doenças crônicas (RP = 0,51; IC95%: 0,40-0,66). Não foi verificada associação significativa entre o baixo peso e o comprometimento da capacidade funcional (RP = 1,32; IC95%: 0,94-1,86).

Conclusiones/Recomendaciones: Os resultados revelam alta prevalência de baixo peso na população avaliada, sendo ainda maior nos indivíduos que apresentavam algum grau de fragilidade. A associação entre o baixo peso e o maior risco de ocorrência de sarcopenia, redução da força muscular e da mobilidade, reforçam a necessidade da avaliação e do monitoramento do estado nutricional dos idosos.

235. SUPORTE SOCIAL E VIOLÊNCIA. ESTUDO NUM CENTRO DE SAÚDE DA ZONA CENTRO DE PORTUGAL

C.V. Veríssimo, M.V. Vieira

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Unidade de Investigação Ciências da saúde: Enfermagem; Universidade Católica; Instituto Ciências da Saúde; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde.

Antecedentes/Objetivos: O suporte social emerge na literatura como um determinante social com influência na saúde e bem-estar físico e psicológico, especialmente em populações vulneráveis. A violência no idoso prejudica o acesso a serviços e redes sociais, deixando as pessoas idosas vulneráveis a maior isolamento social e problemas de saúde (WHO, 2011). Pretendeu-se com este estudo caracterizar o suporte social nas pessoas com 60 e mais anos e identificar associações entre a violência e o suporte social.

Métodos: Estudo transversal, descritivo - correlacional de carácter quantitativo. Estudo realizado num centro de saúde da zona centro de Portugal, inserido numa zona urbano-rural. Amostra acidental ($n = 130$) constituída por pessoas com 60 e mais anos. Colheita de dados através de questionário aplicado por entrevista, baseado nas questões de estudo (Soares et al., 2010), para avaliar a violência no último ano, incluindo a escala multidimensional do apoio social percebido. Foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$) o nível de significância dos testes.

Resultados: Maioritariamente os participantes eram do sexo feminino (57,7%), casados/as ou viviam em união de facto (57,3% sexo feminino vs 87,3% sexo masculino), com média de idades de 71,45 anos ($DP = 7,23$) e nível de escolaridade o 1º ciclo do ensino básico (50%). Viviam na sua maioria com marido/esposa/companheiro/a (51,5%). A principal fonte de rendimento era a reforma por invalidez (41,5%). Os participantes revelaram uma adequada perceção do seu suporte social global (Média = 59,05; $DP = 11,792$). A variabilidade dos resultados foi semelhante nas várias subescalas. O tipo de violência mais prevalente foi a psicológica (30,0%) e financeira (14,6%). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a violência no último ano e o suporte social ($p < 0,05$). São as pessoas que não sofreram violência psicológica, nem física, ou negligência e não sofreram violência no último ano, que apresentam um score mais alto na escala de suporte social.

Conclusiones/Recomendaciones: Os inquiridos percecionaram globalmente o seu suporte social como adequado e verificou-se maior prevalência de violência psicológica e financeira. Os resultados são coincidentes com outros estudos que apontam para a importância do suporte social na prevenção da violência. Importa desenvolver um trabalho colaborativo e interdisciplinar entre a comunidade em geral e os profissionais de saúde, com reforço das redes de suporte social e potenciar a prevenção da violência nesta população. Continua a ser necessário melhorar as políticas públicas de apoio às redes de suporte social e de prevenção da violência. Uma maior oferta de recursos sociais, políticas de apoio à família pode contribuir para a prevenção deste fenómeno.

344. DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS E RELAÇÃO COM A DISCRIMINAÇÃO SOCIAL, ABUSO E NEGLIGÊNCIA EM IDOSOS

E. Marques, C. Veríssimo, A. Corte, M. Veríssimo

Instituto Politécnico da Guarda/Escola Superior de Saúde/Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior do IPG; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Antecedentes/Objetivos: As mudanças ao nível das estruturas e relações familiares, contribuem para o envelhecimento populacional e a velhice, enquanto problema social e de saúde, surgindo fenómenos como a discriminação social e o abuso e negligência. Pretendeu-se avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e a discriminação social, o abuso e negligência nas pessoas idosas residentes num concelho do interior de Portugal.

Métodos: Estudo transversal, realizado por entrevista a 333 idosos, em centros de saúde, hospital e centros de dia. Utilizou-se um questionário estruturado, composto por caracterização demográfica e socioeconómica. Incluiu-se a escala de Discriminação Social Contra as Pessoas Idosas (Palmore, 2001, adap. por Ferreira-Alves & Ferreira Novo, 2006) e o Questions to Elicit Elder Abuse (Carney, Kahan & Paris,

2003, adap. por Ferreira-Alves & Sousa, 2005). Os dados foram analisados ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Resultados: Amostra constituída maioritariamente por mulheres (59,5%); mínimo e máximo de 65 e 96 anos, média $76,13 \pm 7,02$ anos. A principal fonte de rendimentos era a pensão ou reforma (96,7%) e 26,1% auferiam 250 a 300 euros mensais; 87,4%, afirmou que visitava ou recebia visitas de familiares ou amigos. Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para o sexo do idoso ao nível do abuso físico ($p = 0,044$) e financeiro ($p = 0,010$); estado civil em termos do abuso emocional ($p = 0,000$) e abuso na sua totalidade ($p = 0,001$); coabitação para o abuso emocional ($p = 0,000$), negligência ($p = 0,049$), abuso financeiro ($p = 0,000$) e abuso total ($p = 0,000$); partilha ou não do quarto com abuso emocional ($p = 0,000$) e abuso total ($p = 0,000$); visitar ou receber visitas de familiares ou amigos com abuso físico ($p = 0,039$), negligência ($p = 0,049$) e abuso total ($p = 0,027$) e necessidade de apoio de outras pessoas e/ou instituições com abuso físico ($p = 0,034$), abuso emocional ($p = 0,002$) e de abuso total ($p = 0,028$). Só se verificaram diferenças significativas em termos de discriminação social para a situação do idoso visitar ou receber visitas de familiares ou amigos. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as variáveis discriminação social e abuso ou negligência e a idade, escolaridade, zona residência, local onde vive e rendimento mensal.

Conclusiones/Recomendaciones: Estes resultados podem contribuir para os profissionais de saúde desenvolverem medidas de intervenção que visem a prevenção e resolução do fenómeno da discriminação social, do abuso e negligência nas pessoas idosas na população estudada. Estas medidas devem ser apoiadas por políticas sociais e de saúde.

896. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE UNA TOXINFECCIÓN ALIMENTARIA CON AUSENCIA DE DATOS MICROBIOLÓGICOS

D. Almagro, N. Pascual, M. Rodríguez, B. López, C. del Moral, P. Guijosa, J. Gutiérrez, I. Pedrosa

Distrito Granada Metropolitano; UGC Interniveles de Salud Pública; UGC Microbiología, Hospital Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: En Granada, el número brotes entéricos ha descendido. En 2015 fue por debajo del 50% del total de brotes registrados (42,6%), debido a un descenso de brotes de toxoinfección alimentaria (TIA). En el 44,7% de las TIA confirmadas se consigue averiguar el agente causal y solo entre 10-20% son consecuencia de toxinas bacterianas. Según datos de CDC de 2014, la incidencia de TIA por toxina es similar a la de salmonella o virus. El día 18 de agosto de 2015, se comunicó al Distrito Sanitario la existencia de 22 casos de gastroenteritis (GEA) (diarrea y vómitos) en una residencia. El primer caso apareció el día 15/8/2016. La hipótesis fue TIA. Objetivo: describir el brote de TIA desde el punto de vista clínico, epidemiológico y microbiológico, ocurrido en una residencia de mayores en agosto 2015 y analizar posibles causas y factores de riesgo asociados.

Métodos: La encuesta epidemiológica diseñada recogió variables de persona (sexo, edad, clínica, alimento ingerido y tipo de dieta), lugar (tipo de habitación, planta y comedor) y tiempo (día y hora de inicio de síntomas). El período de incubación se estimó para cada día de exposición a los alimentos. Se procesaron 3 coprocultivos para enterobacterias, virus y parásitos, se inspeccionó el centro y se tomaron muestras de alimentos con indicación de realizar bacterias (*Escherichia coli*) y virus (norovirus). Estudio de cohorte bidireccional con tasa de ataque por alimento; se calculó RR e IC al 95%.

Resultados: El total de residentes era 72. La tasa de ataque fue 33,33% con todos los casos probables. Los tres coprocultivos fueron negativos a parásitos, bacterias y virus. Los síntomas más importantes fueron diarrea y vómitos y su duración fue 24-48 horas. La tasa de

ataque en la mujer fue más alta que en los hombres (36,3% y 18,2%), en los de mayor edad y en la planta tercera (42,9%), sin ser variables estadísticamente significativas. La curva epidémica reflejó un comienzo y final de una exposición común. El riesgo de enfermar fue de hasta cuatro veces más con la comida triturada (RR = 4,04, IC95% 1,93-8,48). El agua de consumo es de red pública. Resultados de muestras alimentarias: negativas a *E. coli* y no se investigó norovirus. La inspección resultó con simples irregularidades que se subsanaron.

Conclusiones/Recomendaciones: Se sospecha la posibilidad de contaminación del alimento. Los resultados obtenidos no descartan esta hipótesis. Disponer de medios para la identificación de toxinas en heces de pacientes sería de gran ayuda ya que la posibilidad de encontrarlas en alimentos es inferior.

961. ASOCIACIÓN DE LA EXISTENCIA DE PROTOCOLOS DE HIGIENE BUCAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES CON CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y DE SUS DIRECTORES TÉCNICOS

M. Cornejo-Ovalle, A. Latapiat, A. Pizarro, I. Espinoza

Facultad de Odontología, Universidad de Chile; Fundación Sonrisas.

Antecedentes/Objetivos: Chile se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica y para el 2030 será el país más envejecido de Sudamérica. Muchas de las necesidades que se presentan en edades avanzadas exigen cuidados especializados que desbordan las posibilidades del espacio doméstico. En Chile las residencias de cuidados de adultos mayores (AM) se denominan Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Dentro del marco normativo que regula su autorización sanitaria no se contempla en forma específica la aplicación de protocolos de higiene oral ni aspectos de salud oral. El objetivo de este estudio fue describir y asociar la existencia de protocolos de higiene bucal de los ELEAM en Chile con características del establecimiento y sus Directores Técnicos (DT).

Métodos: Como fuentes de información se utilizaron un catastro de los ELEAM de Chile accesible públicamente y un cuestionario online previamente piloteado de autoaplicación dirigido a los DT para recabar información acerca de los conocimientos del DT en aspectos odontológicos, características propias del ELEAM, años de experiencia con AM, protocolo de higiene bucal y capacitación en salud oral. La muestra por conveniencia estuvo compuesta por 42 participantes. Se describieron las variables por frecuencias absolutas y relativas. Se determinó la asociación entre variables mediante test de χ^2 y exacta de Fisher. La intensidad de la asociación se evaluó con modelos de regresión de Poisson Robusta.

Resultados: El 61,9% de los participantes son de género femenino. El 45,2% pertenece a la Región Metropolitana, el 85,7% posee capacitación en materia de Personas Mayores, la profesión mayoritaria es Enfermería (30,95%). La prevalencia de protocolos de higiene bucal (PHB) diaria para personas mayores institucionalizadas en ELEAM en Chile corresponde a un 76,2%. Dos características de los DT y 3 de los establecimientos resultaron estadísticamente significativas al asociarse con la existencia de protocolos. Los ELEAM de titularidad privada, con más de 30 residentes y que comparten la provisión de artículos de higiene bucal con los residentes tiene mayor probabilidad de tener PHB.

Conclusiones/Recomendaciones: Existe mayor probabilidad de que exista un PHB en un ELEAM donde su DT conoce la resolución nº 23 del SENAMA para fondos concursables o los 5 protocolos obligatorios para fondos concursables del SENAMA que incluyen uno de higiene bucal, y para aquellos que ELEAM que tienen una plaza mayor a 30. Tienen mayor probabilidad de tener un PHB los establecimientos de tipo privado o aquellos en donde se comparte la entrega de artículos de higiene oral con los residentes.

COMUNICACIONES ORALES

CO09. VIH-Sida

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 15:00 a 17:00 h

Aula 0.1

Moderadora: Jordi Casabona Barbarà

591. INFORMATION ABOUT HIV/AIDS IN KINSHASA (DRCONGO): SOURCES, MESSAGES AND ASSOCIATED CHANGES RELATED TO PREVENTION

S. Carlos, C. López-Del Burgo, E. Burgueño, A. Osorio, A. Ndarabu, F. Nzakimuenza, J. de Irala

Preventive Medicine and P. Health, Universidad de Navarra, Spain; IdiSNA, Navarra Institute for Health Research, Spain; Institute for Culture and Society, Universidad de Navarra, Spain; Monkole Hospital, Kinshasa; School of Education-Psychology, Universidad de Navarra, Spain.

Antecedentes/Objetivos: Mass media are part of HIV prevention strategies since the pandemic onset and more recently in SubSaharan Africa, where little is known about their impact. We want to study the perceived access to different HIV information sources and messages in Kinshasa and the related associations with HIV knowledge, attitudes and behaviours as well as with HIV status.

Métodos: Prospective (2010-2012) case-control study at a hospital in Kinshasa. Cases were aged 15-49 with an incident positive HIV test at the Voluntary Counseling and Testing (VCT) while controls were those having a negative test. All were interviewed about their access to HIV-related sources, messages and information and about their HIV-related knowledge and attitudes and their sexual behaviours.

Resultados: The prevalence of the perceived access to media was: TV (54%), radio (44%), magazines (12%), newspapers (11%) and internet (9%). Regarding HIV, 37% reported having little access to information. Most perceived access to two or more sources (96.5%) and the most frequent ones were street panels, songs/theatre, T-shirts/caps/calendars, TV and radio. The information source about HIV perceived as best were public meetings, theaters and videos (33.1%), followed by the mass media (TV, radio, newspapers) (17.2%) and health centers (16.5%). Forty percent had ever heard about the three ABC components of HIV prevention (A: abstinence; B: mutual monogamy and C: condom use). Those having heard about each component were 42.4%, 82.4% and 90%, respectively. Referring access to information was associated with a higher HIV knowledge (aOR = 3.2; 95%CI: 2.4-4.2). Perceiving frequent access to information sources was associated with having positive attitudes towards their messages. Receiving messages about 'A' or 'ABC' was inversely associated with having concurrent sexual partners (aOR: 0.7, 95%CI: 0.5-0.9) and access to A, B and C preventive messages was associated with condom use but not with consistent use. Access to information about A, B or ABC was inversely associated with being HIV+ (aOR: 0.5, 95%CI: 0.4-0.7). No association was found with information on condoms (aOR: 0.8, 95%CI: 0.5-1.2).

Conclusiones/Recomendaciones: Access to HIV information was associated with knowledge and positive attitudes towards preventive strategies. Few participants had ever heard about all components of the ABC strategy of HIV prevention. Information about A and ABC, were inversely associated with sexual risk behaviours and being HIV+. Having heard about C, was not associated with consistent condom use.

Financiación: Univ.Navarra (PIUNA 12458071; ICS).

632. A NEW MEASURE FOR HIV STEREOTYPES: DEVELOPMENT, VALIDITY, AND RELIABILITY OF HIV-S SCALE IN HEALTHCARE PROFESSIONALS

P.M. Parreira, D. Oliveira, D. Gómez, L.S. Mónico, C. Carvalho, A. Salgueiro-Oliveira, L.M. Braga, C. Arreguy-Sena

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; University of Estado do Rio de Janeiro; Universidad Autónoma del Estado de México; University of Coimbra; University of Coimbra; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Federal University of Viçosa-MG.

Antecedentes/Objetivos: HIV-related stigma is considered one of the greatest challenges by health professionals, being of the biggest barriers to implementing effective responses in combating this epidemic. Strategies to combat stigma continue to be underestimated. The lack of consensus among policy makers and those responsible for program implementation, linked to difficulties in measurement/intervention at the level of stereotypes, has been an obstacle to the effectiveness of these programs. It is urgent to create reliable tools to assess the stereotype by health professionals who deal with HIV patients.

Métodos: A randomized stratified sample of 636 HIV healthcare professionals was composed from Community Health Centers of all states of Brazil (M = 43.80, SD = 9.97 years-old; 82.9% female; 55.8% Catholics; 35.0% nurses; 27.4% physicians; 10.8% social assistants; 9.1% psychologists; and 17.7% other healthcare assistants). We followed Kline's criteria for scale development. The final version is composed of 21 items, measuring stereotypes, information, and support on a 6-point Likert scale. Two randomized samples were created for performing Exploratory and Confirmatory Factor Analysis.

Resultados: According to eigenvalue > 1 and the scree plot, two factors were extracted: F1-negative feelings (28.25% of explained variance; M = 3.82, SD = 0.63) and F2- Information and support (25.32%; M = 5th, SD = 0.44), with significant mean differences, $t(631) = 51.23$, $p < 0.001$. Reliability for HIV-S scale was acceptable (Cronbach's Alpha = .75). This factorial structure was supported by CFA, with an acceptable fit: CMIN/184 = 1.93, RMSEA = .038 (LO90 = 0.032, HI90 = 0.044), NFI = 0.78, CFI = 0.88. Negative feelings (F1) was transversal to different healthcare professionals, $F(6, 528) = 1.98$, $p = 0.067$. Information and support (F2) varied slightly according to professional category, $F(6, 527) = 3.35$, $p = 0.003$, $n_p = 0.04$.

Conclusiones/Recomendaciones: HIV-S Scale presented acceptable psychometric properties, with two interpretable factors, extracted from EFA and supported by CFA with two randomized samples. Items showed good homogeneity, variability among answers, and suitable discriminant power. Negative feelings (F1) scored below the middle point of the scale, showing low discrimination towards to HIV infected people. Information and support (F2) scored above the middle point of the scale, suggesting that more information tends to reduce negative feelings, highlighting the need for education in HIV area. These results suggest a probable cultural change regarding discrimination towards HIV.

712. CONSEJO PREVENTIVO FRENTE A VIH POR PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

M.C. Álvarez-Castillo, M. Pichiule, M.F. Domínguez, C. García, M. Morán, M. Hernández, J. Astray, Grupo ESTVIH

Dirección General de Salud Pública; Gerencia Asistencial de Atención Primaria; Consejería de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: La Comunidad de Madrid está realizando un estudio de evaluación de estrategias para promover el diagnóstico precoz de VIH en atención primaria (AP), proyecto ESTVIH. Se ha realizado una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas ante

la detección precoz de infección por VIH dirigido a profesionales de medicina y de enfermería. El objetivo es describir los factores asociados a la realización de consejo preventivo (CP) frente a VIH.

Métodos: Se envió un cuestionario 'on-line' anónimo a 316 profesionales, participantes voluntarios y pertenecientes a centros de salud ubicados en zonas de alta incidencia de infección por VIH. Se preguntó por la frecuencia de realización en los 12 meses previos de consejo preventivo frente a VIH en distintos grupos etarios o con mayor riesgo de infección. Se analizó la asociación entre realizar CP en cada uno de estos grupos con sexo y edad del profesional, categoría profesional, años trabajados en AP, estar entrenado para consejo pre-post prueba de VIH (entrenado), formación previa en VIH y haber solicitado serología VIH en los últimos 12 meses, cuantificada mediante odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC) según modelos multivariados de regresión logística.

Resultados: La tasa de respuesta fue 83,5% (N = 264). Han referido realizar CP "habitualmente/siempre" frente a VIH al grupo de edad de 14-18 años un 58,7%, al de 19-24 años un 60,2%, al de 25-35 años un 38,6% y al de > 35 años un 21,9% y, según riesgo de infección a usuarios/as: originarios de otros países un 26,1%, que consultan por infección de transmisión sexual (ITS) un 71,6%, que solicitan anticoncepción de emergencia un 60,2%, con prácticas homo o bisexuales un 61,4% y transexuales un 39,0%. Un 28,4% refirió acuerdo con la afirmación 'estoy entrenado para dar consejo pre-post prueba de VIH'. Las variables asociadas a la realización de CP fueron: 1) la percepción de estar entrenado: en 25-35 años (OR: 2,15; IC: 1,19-3,90), en > 35 años (OR: 2,49; IC: 1,27-4,96), en usuarios/as con prácticas homo-bisexuales (OR: 3,04; IC: 1,42-6,50) y en transexuales (OR: 2,36; IC: 1,19-4,65); 2) la formación previa en VIH en usuarios/as originarios de otros países (OR: 2,46; IC: 1,21-5,00) y en transexuales (OR: 2,80; IC: 1,24-6,32); y 3) haber solicitado serología para VIH en los 12 meses previos: en 19-24 años (OR: 2,49; IC: 1,23-5,04) y en aquellos que consultan por ITS (OR: 2,52; IC: 1,04-6,05).

Conclusiones/Recomendaciones: El consejo preventivo frente a VIH en la población más vulnerable a la infección está asociado con la formación y capacitación previa de los profesionales en VIH por lo que deben continuar las actividades formativas en AP para la adquisición de estas habilidades.

Financiación: Financiación parcial GILEAD.

Conflicto de intereses: Financiación parcial GILEAD.

891. FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE LA PRUEBA DE VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO PRECOZ

M. Pichiule, M.F. Domínguez-Berjón, C. García-Riolobos, C. Cevallos, A. Zoni, J. Astray, M.C. Álvarez-Castillo, Grupo ESTVIH

Dirección General de Salud Pública; Gerencia Asistencial de Atención Primaria; Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: En el marco del proyecto ESTVIH de evaluación de estrategias de diagnóstico precoz de VIH en Atención Primaria (AP) de la Comunidad de Madrid, se realizó una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas ante la detección precoz de VIH, dirigida a profesionales de medicina y de enfermería. El objetivo es describir los factores asociados a la indicación de la prueba de VIH en Oferta por Enfermedad Indicativa (OI), Oferta Dirigida (OD) y Oferta Rutinaria por parte de los profesionales.

Métodos: Se envió un cuestionario 'on-line' anónimo a 316 profesionales que participan voluntariamente en el proyecto. Para OI se preguntó si consideraba indicado ofrecer la prueba de VIH ante determinadas patologías, en OD, si preguntaban habitualmente/siempre (frecuentemente) por prácticas de riesgo y actividad sexual y en Oferta Rutinaria si consideraba indicado la prueba de VIH en > 18 años con independencia de prácticas de riesgo. Se analizó la asociación de cada

una de estas variables con sexo, edad, categoría profesional, años trabajados en AP y formación previa en VIH en los últimos 24 meses, cuantificada mediante odds ratio (OR) según modelos de regresión logística y con intervalos de confianza al 95% (IC).

Resultados: La tasa de respuesta fue 83,5% (N = 264). En OI: el porcentaje de profesionales que consideró indicado solicitar la prueba a pacientes con ITS fue 89,0%, hepatitis C 84,1%, tuberculosis 76,9%, dos neumonías en el último año 58,0%, diarrea crónica idiopática 54,9% y herpes zoster 43,9%. En OD: refirieron preguntar frecuentemente acerca del uso de preservativo 45,1%, drogas inyectadas 43,6%, actividad sexual 30,3% y número de parejas sexuales 9,9%. En la oferta rutinaria un 22,0% consideró indicado solicitar la prueba a > 18 años con independencia de si hay prácticas de riesgo. En el análisis multivariado se observó asociación entre el ofrecimiento de la prueba y la categoría profesional (medicina respecto a enfermería) en pacientes con hepatitis C (OR: 6,75; IC: 2,58-17,67), tuberculosis (OR: 5,04; IC: 2,26-11,23), neumonías (OR: 4,00; IC: 2,00-7,97) y diarrea (OR: 3,17; IC: 1,56-6,42) así como en la oferta rutinaria de la prueba en > 18 años (OR: 2,90; IC: 1,21-6,97). En OD la exploración frecuente de actividad sexual y número de parejas sexuales se asoció con formación previa en VIH (OR: 2,66; IC: 1,34-5,26 y OR: 2,71; IC: 1,05-6,95 respectivamente).

Conclusiones/Recomendaciones: Es necesario fomentar en profesionales de AP, tanto de medicina como de enfermería, la información relacionada con la indicación de la prueba según enfermedad indicativa y la posibilidad de realizar oferta rutinaria. En OD la mejora podría residir en dar continuidad a la formación en VIH.

Conflicto de intereses: Financiación parcial GILEAD.

85. ¿A QUIÉN PRESCRIBIR PROFILAXIS PRE EXPOSICIÓN AL VIH (PREP) DESDE UN CENTRO DE ITS Y VIH?

J. Belda Ibáñez, J.L. Carretero Ares, E. Fernández García, T. Zafra Espinosa, T. Esguevillas Martín, E. Galán Rubio, A. Díaz Jiménez

Centro de Información y Prevención del SIDA e ITS, CS Pública, Alicante; Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La PrEP se postula como una estrategia preventiva más en la infección por el VIH dirigida a poblaciones clave con un riesgo elevado de infección por VIH. Existen ciertos temas acerca de sus criterios de aplicación que en nuestro entorno no están totalmente definidos y que sería importante consensuar para evaluar con más precisión su evidencia en contextos de práctica clínica, como a quién prescribirlo, quien prescribe, donde se dispensa, financiación, seguimiento y control, entre otros. Objetivo: describir el perfil del usuario a quien se le ofertaría la PrEP desde un centro de ITS.

Métodos: Estudio descriptivo transversal a partir del registro de usuarios de CIPS e ITS de Alicante durante 2015. Como criterio de elección se seleccionaron hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y transexuales (MAF) que acuden al CIPS en primera visita y resultaron VIH negativos. Variables analizadas: Sífilis durante el último año, número de relaciones sexuales referidas con distintas parejas con dos criterios, 5 o más en el último trimestre o 20 o más en el último año, práctica sexual referida, realización de coito anal insertivo o receptivo, no uso de condón de forma sistemática y ejercicio de la prostitución.

Resultados: Del total de primeras visitas al CIPS en 2015, cumplen los criterios para el estudio el 22,7%. Sífilis último año: 7%. Número de parejas sexuales: 5 o más último trimestre: 10,6%; 20 o más en el último año: 16,2%. Realizan coito anal insertivo: 76,5% y de ellos no utilizan de forma consistente el condón el 39,4%. El 65,6% realizan coito anal receptivo y de ellos el 42,9% no usa el condón de forma consistente. Que de forma conjunta indiquen 5 o más relaciones con personas diferentes en los últimos 3 meses, que hagan coito anal insertivo y receptivo y que no usen sistemáticamente el condón son el 6,3%. Ejercen

la prostitución el 5%. Si eligiéramos estas variables como criterios para ofrecer la PrEP en consulta, existiría una horquilla entre el 5% (prostitución) y un 42,9% de candidatos susceptibles y dentro de ellos, un 6,3% que aunaría todas las variables analizadas y a quienes iría una intervención prioritaria. Una vez clarificados los aspectos de a quién, dispensación y financiación, valoramos que los centros de ITS constituyen unos centros clave para la definición de perfiles de prescripción, así como para el seguimiento y controles posteriores.

Conclusiones/Recomendaciones: En las próximas recomendaciones que se publiquen en España, sería oportuno, fijar bien estas recomendaciones con vistas a las indicaciones para la PrEP, con objeto de establecer criterios homogéneos. Todo ello sin olvidar una atención integral, en un contexto de intervención educativa para una adecuada gestión de los riesgos.

398. BÚSQUEDA DE LA PRUEBA DEL VIH EN UNA RED EUROPEA DE CENTROS COMUNITARIOS DE CRIBADO (CBVCTS) (RED COBATEST, 2013-2015)

L. Fernàndez-López, J. Reyes-Urueña, C. Agustí, T. Kustec, I. Klavs, J. Casabona

Centro de Estudios Epidemiológicos del HIV/ITS en Cataluña (CEEISCAT), Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC), España; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); National Institute of Public Health, Ljubljana, Slovenia.

Antecedentes/Objetivos: Los centros de cribado y consejo asistido de base comunitaria (CBVCTs) son un buen modelo para mejorar el acceso a la realización de la prueba del VIH para poblaciones clave y para aquellos que acceden por primera vez a la prueba, así como para mejorar el diagnóstico precoz de aquellos infectados por el VIH que desconocen su infección. Objetivo: describir el comportamiento de búsqueda de la prueba del VIH de las personas testadas en la red COBATEST y encontrar los factores asociados con tener una prueba anterior.

Métodos: La red COBATEST es una red europea de centros CBVCT, establecida en el marco del proyecto europeo HIV-COBATEST. Los miembros de la red comparten instrumentos comunes para la recogida y entrada de los datos. Se analizaron los datos de 27 CBVCTs de 7 países diferentes que usaron los instrumentos comunes de recogida y entrada de datos entre 2013 y 2015. Se realizó un análisis descriptivo del comportamiento de búsqueda de la prueba de las personas testadas. Se realizó un modelo multivariado de regresión logística para identificar factores asociados con tener una prueba anterior.

Resultados: De las 17.896 personas testadas, un 34,7% reportaron no tener una prueba anterior. Las principales razones para buscar la prueba fueron por una relación sexual oral, vaginal o anal sin protección (6.393, 6.368 y 4.834, respectivamente), para conocer el estado de salud (4.158) y para un control regular (4.037). Las principales razones para ir a ese CBVCT fueron por haberlo visto en un folleto o Internet (42,2%), y haber asistido previamente (32,8%). En el modelo ajustado las probabilidades de tener una prueba anterior fueron mayores en personas de más de 20 años de edad, especialmente entre 36 y 50 (OR: 8,30 [IC95%: 7,19 a 9,59]); extranjeros (OR: 1,54 [IC95%: 1,42-1,67]); usuarios de drogas inyectadas (UDI) (OR: 5,18 [IC95%: 3,72 a 7,23]); hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (OR: 4,70 [IC95%: 04/29 hasta 05/16]); o trabajadores del sexo (TS) (masculino: OR: 4,00 [IC95%: 3,26 a 4,91]; femenino: OR: 3,11 [IC95%: 2,57-3,76]).

Conclusiones/Recomendaciones: Nuestros resultados muestran el gran potencial de estos servicios CBVCT para llegar a personas que nunca se han realizado la prueba del VIH. Los que ya se habían realizado la prueba anteriormente son mayores, extranjeros y pertenecen a un grupo de riesgo ((UDI, HSH o SW). Estos centros CBVCT son buenos reteniendo usuarios en sus servicios de realización de la prueba de VIH, y las campañas realizadas por estos servicios ayudan a captar a nuevos usuarios.

311. CARACTERIZACIÓN DE ESPACIOS DE TRABAJO SEXUAL FEMENINO PARA UN ESTUDIO CON METODOLOGÍA TLS, CHILE

J. Belmar, V. Stuardo, B. Carvajal, J.M. Manríquez, A. Montoliu

Programa de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: En Chile la prohibición del comercio sexual en lugares cerrados, la sanción social y discriminación hacia las mujeres trabajadoras sexuales (MTS), han determinado el ejercicio de su trabajo en una diversidad de lugares. El método Time location sampling (TLS) resulta apropiado para caracterizar el trabajo sexual (TS) en Chile pues éste se desarrolla en lugares de encuentro bien definidos. En el contexto de un estudio bioconductual en MTS, el objetivo de esta investigación fue caracterizar las tipologías de comercio sexual femenino en la Región Metropolitana (RM) y la dinámica de dichos espacios para la aplicación de la metodología TLS en esta población.

Métodos: Estudio cualitativo. El levantamiento de tipologías consideró tres etapas: a) identificación de la tipología de lugares donde las mujeres ejercen el TS en la RM; b) mapeo del universo de puntos específicos de TS, así como de aquellos factibles de incluir en marco muestral; c) etnografía de los lugares visitados. Para el levantamiento de la información se realizaron entrevistas a informantes claves, revisión de páginas de internet y foros de clientes, además de visitas a terreno. El trabajo de campo requirió la autorización de los administradores de los lugares para el ingreso y el acompañamiento de las organizaciones sociales de base. Se consideraron todos los aspectos éticos.

Resultados: Se identificaron siete tipos de lugares de TS femenino en la RM que pueden ser clasificados como: Recreacionales pues cuentan con espacio para show de baile y consumo de bebidas (Night Club, Topless y Cabaret, Casa de Tolerancia), Tipo Motel pues son habitaciones destinada al contacto sexual directo (hotel y privados), con Fachada pues intentan ocultar el comercio sexual (Cafés con piernas y Casa de Masajes) y, lugares de contacto donde se pacta el intercambio sexual que será desarrollado posteriormente (calle y carretera). Como principales barreras para el levantamiento de tipologías encontramos las restricciones para el acceso a los lugares y la dinámica de funcionamiento.

Conclusiones/Recomendaciones: Existe una gran diversidad de lugares de TS en la RM, que se diferencian por la estrategia que han utilizado para instalarse y su público objetivo. La metodología utilizada para el levantamiento de la información fue apropiada pues permitió acceder a las MTS en clandestinidad. La normativa de TS chilena dificulta el acceso e identificación de los lugares de TS. La caracterización exhaustiva de los espacios de TS contribuye al éxito de los estudios bioconductuales con metodología TLS en esta población.

864. ADHERENCIA A LA CASCADA DE CUIDADOS DE VIH TRAS DIAGNÓSTICO DOMICILIARIO EN MANHIÇA, MOZAMBIQUE

C. Iniasta Mármol, L. Fuente-Soro, E. López, O. Augusto, M. Cuna, M. Maixenchs, R. Anselmo, K. Munguambe, D. Naniche

Instituto de Salud Global Barcelona (ISGlobal); Centro de Investigação em Saúde de Manhiça (CISM).

Antecedentes/Objetivos: El testado domiciliario (HBT, del inglés Home Based Testing) puede ser una buena estrategia para mejorar el acceso al diagnóstico y cuidados de VIH en contextos de alta prevalencia como Manhiça, donde se estima en 40%. Esto podría contribuir a una disminución tanto de la mortalidad por VIH como de su incidencia, tal y como persigue la estrategia UNAIDS 90-90-90. El objeti-

vo del estudio es estimar la adherencia a los cuidados tras HBT así como identificar las barreras y facilitadores implicados.

Métodos: Estudio de métodos mixtos. Se realizó una encuesta y entrevista semiestructurada domiciliaria a una cohorte de individuos diagnosticados de VIH por HBT en sendos estudios de seroprevalencia realizados en 2010 y 2012 (N = 304). Se halló la tasa de retención autorreferida en diferentes etapas de la cascada de modo cuantitativo. Las entrevistas semiestructuradas fueron analizadas cualitativamente para identificar barreras y facilitadores encontrados en las diferentes fases del proceso asistencial.

Resultados: Del total de personas elegibles (N = 304), se encontró una mortalidad del 15,8% y se logró recoger información de 46 hombres y 88 mujeres. La edad media fue de 39 años y el 70% tenía estudios primarios o secundarios sin encontrar diferencia por sexo. Un 80% de los hombres vivía con su pareja, mientras que más de la mitad de las mujeres no tenía o no vivía con ella. El 87% de los participantes se registró en la unidad sanitaria tras el diagnóstico aunque sólo el 73% continuaba en seguimiento, siendo esta proporción significativamente mayor para mujeres que para hombres. Para quienes cumplían criterios de inicio de tratamiento antirretroviral, el 96% reportó un adecuado cumplimiento, siendo la cifra significativamente menor para hombres. El análisis de 81 entrevistas semiestructuradas mostró que los conocimientos en salud y la confianza en el sistema sanitario actúan como importantes facilitadores, mientras que la complejidad del circuito asistencial apareció como una de las principales barreras.

Conclusiones/Recomendaciones: Si bien una proporción aceptable de personas entra en contacto con la unidad sanitaria tras el diagnóstico por HBT, es imprescindible mejorar su adherencia. El acceso y la retención a los cuidados de la población masculina son insuficientes, lo que supone una dificultad añadida. Para alcanzar los objetivos 90-90-90 es necesario desarrollar políticas integrales que consideren el contexto local y disminuyan la brecha de género. Solo así será posible lograr una mejora de la morbilidad y de la incidencia de VIH.

936. PROMOCIÓN DE LA PRUEBA DE VIH A HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES A TRAVÉS DE APLICACIONES MÓVILES

M. Alarcón Gutiérrez, M. Fernández Quevedo, S. Martín Valle, P. García de Olalla

Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Conocer la tasa de respuesta, aceptabilidad y efectividad de un programa que ofrece la prueba rápida del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) a través de aplicaciones para móviles (Apps) destinadas a contactos sexo-sociales en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) así como las características de los perfiles y de las personas que acuden a realizarse las pruebas, en Barcelona entre el 21 de diciembre del 2015 y el 4 de marzo del 2016.

Métodos: Estudio transversal de ámbito comunitario. Se utilizaron las 3 Apps más comunes en España (A, B y C). Mediante un mensaje se ofreció a los usuarios la realización de pruebas recogiendo características auto-reportadas en perfil. La tasa de respuesta se calculó como el número de usuarios que respondieron entre el número de mensajes enviados; la aceptabilidad como el número de usuarios que valoraron bien el ofrecimiento entre aquellos que respondieron; efectividad como el número de intervenciones realizadas entre los usuarios que querían realizarse la intervención. En estos se recogieron características socio-demográficas, de conductas y de uso de Apps.

Resultados: Se enviaron 2.656 mensajes (A = 1.029, B = 768, C = 859). La mediana de edad de los destinatarios fue de 32 años (RQ 27-39). Entre quienes publicaron algún motivo de conexión, el 72,2% buscaba sexo. La tasa de respuesta fue del 38,4% y la aceptabilidad del

83,0%. La efectividad fue del 75%. Los encuestados ($n = 79$) presentaron una mediana de edad de 32 años (RQ 26-37), un 92,4% residían en Barcelona, un 82,3% tenía trabajo remunerado y un 62,0% tenía estudios universitarios. Un 7,8% no se había realizado la prueba de VIH antes y un 42,9% se la había realizado hace más de un año. Un 24,7% reportó alguna ITS durante los últimos 12 meses. El uso de preservativo fue inconsistente en el 51,4% con parejas ocasionales. Un 67,5% refirió que el uso de Apps ha significado un aumento en el número de parejas sexuales. Además, el 75,4% de las parejas sexuales del último mes de los encuestados fueron conocidas a través de Apps. El reporte de uso de alcohol (= 4 UBEs) y otras drogas para el sexo así como de estimulantes sexuales fue de un 50,7%.

Conclusiones/Recomendaciones: La elevada respuesta, aceptabilidad y efectividad de esta estrategia la hacen una herramienta útil para la prevención y promoción de las pruebas rápidas de VIH y otras ITS. Esta estrategia ha logrado captar a un perfil de usuario que utiliza las Apps en su mayoría para tener relaciones sexuales. Se trata de un perfil con prácticas sexuales de riesgo acompañado de un elevado consumo de drogas y que se no se realizan las pruebas frecuentemente.

497. IDENTIFICACIÓN DE UN GRAN CLUSTER DE TRANSMISIÓN Y RÁPIDA EXPANSIÓN DE HIV-1 SUBTIPO B ENTRE HSH EN VALENCIA

J.A. Patiño Galindo, M. Torres Puente, M.A. Bracho, I. Alastrué, A. Juan, D. Navarro, C. Gimeno, E. Ortega, F. González Candelas

FISABIO-Universitat de València; CIBERESP; U. Prev. SIDA ITS; Hospital Clínico, Universidad de Valencia; Hospital General, Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Desde 2004 se realizan pruebas genotípicas de resistencia a antirretrovirales a los pacientes de nuevo diagnóstico con infección por HIV y a los no-respondedores. Las secuencias genéticas asociadas al análisis de resistencias son una fuente muy valiosa de información para la vigilancia epidemiológica, especialmente si se complementan con unos datos demográficos y clínicos básicos de los pacientes. Aquí mostramos el uso esa información para identificar y caracterizar la mayor red de transmisión de HIV descrita hasta la fecha, presente en Valencia y que está en rápida expansión.

Métodos: Usamos datos de casi 1.900 secuencias de la región PR/RT del HIV obtenidas en la Comunidad Valenciana entre 2005 y 2014 para el estudio genotípico de resistencias. Empleamos PhyML para construir árboles filogenéticos cuyos nodos se evaluaron por aLR. La datación se realizó por métodos Bayesianos con BEAST.

Resultados: De las secuencias obtenidas, 1.580 correspondían al subtipo B. Junto a 1.787 secuencias descargadas de LANL, construimos un árbol ML en el que identificamos un clúster ($n = 143$) con alto soporte estadístico (aLRT > 0,99). Para caracterizar mejor el clúster, incluimos secuencias de otras ciudades españolas ($n = 40$) y los 100 mejores hits tras la búsqueda por BLAST en GenBank con cada secuencia del clúster ($n = 587$). Un nuevo árbol filogenético mostró que el clúster inicial se descomponía en otro menor ($n = 113$, de las que sólo 2 no eran de Valencia), también con elevado soporte estadístico. Entre los miembros del clúster, 95 eran hombres de los que 72 indicaron realizar sexo sin protección con otros hombres (HSH) y sólo 2 estaban identificados como mujeres. El grupo representa el 12,1% de las secuencias analizadas en Valencia entre 2010 y 2014. La datación del ancestro común a las secuencias de este clúster lo sitúan hacia 2011, aunque la mayoría de secuencias del mismo se obtuvieron de 2010 en adelante, y la mediana del tiempo entre transmisiones del clúster se evaluó en 7 meses (IC95% = 1-37 meses). No se detectaron mutaciones de resistencia importantes entre las secuencias del clúster.

Conclusiones/Recomendaciones: Este clúster es el mayor descrito hasta el momento en una única ciudad y con un tiempo de expansión

tan breve. Aunque conectado a otras secuencias españolas, su peculiaridad reside en su concentración geográfica y temporal, estando asociado a prácticas de sexo no protegido entre varones. Este clúster sigue en expansión, por lo que se deben intensificar y aumentar las campañas de prevención e información sobre la infección con HIV, especialmente entre miembros del colectivo HSH.

Financiación: MINECO BFU2014-58565R, Gilead Science SL.

CO10. Cribados

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 15:00 a 17:00 h

Aula 0.2

Moderadora: Dolores Salas Trejo

402. ADAPTACIÓN DE UN MODELO DE SIMULACIÓN PARA LA EVALUACIÓN EN TÉRMINOS DE COSTE-EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL PAÍS VASCO

A. Arrospide, I. Idigoras, J. Mar, H. de Koning, I. Portillo, E. Arana-Arri, M. Soto-Gordoa, I. Lansdorp-Vogelaar

Unidad de Investigación AP-OSIs Gipuzkoa, OSI Alto Deba, Arrasate; REDISSEC; Instituto BioDonostia, Donostia; Programas de Detección del Cáncer Colorrectal y Cribado Prenatal, Osakidetza, Bizkaia; Erasmus MC University Rotterdam, Países Bajos; Instituto BioCruces, Barakaldo.

Antecedentes/Objetivos: El cribado poblacional del cáncer colorrectal en el País Vasco comenzó en 2009. Realiza el test de Sangre Oculta en Heces cada 2 años en toda la población vasca de 50 a 69 años. El objetivo de este estudio fue evaluar en términos de coste-efectividad el programa en el contexto epidemiológico del País Vasco.

Métodos: Se utilizó una adaptación del modelo de simulación Microsimulation Screening Analysis (MISCAN) para el cáncer de colon desarrollado por la Universidad Erasmus de Rotterdam. La adaptación de la historia natural del cáncer de colon al contexto del País Vasco se basó en la estimación de los parámetros de incidencia de cáncer y prevalencia de adenomas en el período previo al cribado, 2005-2008. Las características de la implantación del programa de cribado, en relación a las invitaciones, así como la sensibilidad y especificidad del test en función del estado real de la persona fueron estimadas en base a los resultados obtenidos en 2009-2012. Los costes unitarios relativos a las invitaciones, test, colonoscopias y tratamientos se obtuvieron a partir del sistema de contabilidad analítica de Osakidetza. En el análisis coste-efectividad se incluyeron todas las cohortes de personas vivas y menores de 70 años en el año 2008 y fueron seguidas hasta la muerte.

Resultados: El modelo adaptado a la incidencia de cáncer y prevalencia de adenomas observado en el País Vasco calcula que serán necesarios más de 500.000 colonoscopias, diagnósticas y de vigilancia, en los próximos 30 años con el programa de cribado. En total en este período el coste del programa con los tratamientos de cáncer correspondientes a toda la población diana asciende a 4.643 millones de euros. Esto corresponde a 393,4 millones de euros menos que el de la misma población en un escenario sin cribado, asociados principalmente al ahorro de 698,8 millones en tratamientos. El programa supone además la ganancia de 178.390 años de vida ajustados por calidad por lo cual resulta en una intervención dominante en este contexto.

Conclusiones/Recomendaciones: A pesar de que la mayor prevalencia de adenomas observado en el País Vasco supone un coste adicional en el número de colonoscopias a realizar, el ahorro en tratamientos es mayor por lo que el programa resulta dominante.

Financiación: Ayuda a la Investigación en Salud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco Exp. 2013111156; Premio Enrique Nájera para jóvenes epidemiólogos de la Sociedad Española de Epidemiología 2014.

696. INDICADORES DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL. "MEJORAS EN LA PREVISIÓN DE RESULTADOS"

J. Espinosa Rojas, G. Binefa i Rodríguez, N. Milà Díaz, L. Benito Aracil, N. Valera Moya, M. Fernández Cabré, V. Guardiola Gómez

Institut Català d'Oncologia.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los principales objetivos del cribado de cáncer colorrectal es lograr la mayor participación de la población diana, además de garantizar la calidad de sus intervenciones. Nuestro programa, el primero en implementarse de todo el estado en el 2000, ha pasado de una población diana de 65.000 a más de 470.000 con la extensión iniciada en 2015. En este periodo se ha evidenciado una participación baja en la ronda prevalente en cada Área Básica de Salud (ABS), con un incremento progresivo en las rondas sucesivas. Aun así, no se ha alcanzado el estándar recomendado por las guías de calidad, motivo por el cual, nos planteamos como objetivo poder estimar de forma precoz la posible participación final, con el fin de realizar acciones preventivas que favorezcan un aumento de la participación.

Métodos: Diseñamos un grupo de indicadores que describen de forma secuencial y continuada el porcentaje de participación semana a semana en las 40 ABS activas actualmente. Se calculó n y porcentaje de participación por periodos de 2 semanas, desde la invitación hasta la semana 14, diferenciando si la participación se había producido tras la invitación inicial o luego del recordatorio (6ª semana). Se determinó el período de mayor participación, diferenciado según tipo de cribado (inicial o sucesivo), sexo y grupo de edad (50-59/60-69). El análisis se realizó tomando medidas de participación caso a caso, para cada periodo.

Resultados: El periodo de mayor participación está entre la 2ª y 4ª semana, correspondiendo al 35% de la participación total. Entre la semana 10ª y 12ª, relacionada con la carta de recordatorio, se observa un incremento relativo entre 2,2 y 5,2 puntos porcentuales. Se observaron diferencias por edad y tipo de cribado en la participación desde la 2ª semana, siendo desde este periodo, superior entre las personas mayores en 4,3 puntos, y en las personas que han participado en rondas anteriores (cribado sucesivo) en 14,9. En la mayoría de las ABS, se aprecia una relación entre bajos porcentajes a la 4ª semana, con bajos porcentajes finales.

Conclusiones/Recomendaciones: Se observa una tendencia a que valores de participación acumulada inferiores al 15% en la 4ª semana, se corresponde con valores finales de participación por debajo del 30%, recomendando valorar los posibles motivos de la baja participación y realizar medidas que permitan mejorar el resultado final. Estas recomendaciones podrían ser aplicadas en función de las características específicas y posibilidades de cada región. Cuando finalice la extensión se realizará un nuevo análisis de tendencias, con una n mayor, que permitirá realizar test de comparación de hipótesis con una potencia estadística adecuada.

431. DIFERENCIAS DE PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL SEGÚN DIFERENTES INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

A. Burón, B. Casañ, O. Parés-Badell, X. Castells, L. Palència, J. Grau, F. Macià

Hospital del Mar, Barcelona; REDISSEC; UD Hospital del Mar-UPF-ASPB; Agencia de Salud Pública de Barcelona; Hospital Clínic, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Dos estudios españoles han demostrado que la participación en los Programas de detección precoz de cáncer colorrectal (PDPCCR) aumenta a medida que aumenta el nivel de privación económica de su área de residencia (índice MEDEA), excepto en el quintil de mayor privación en el que la participación disminuye de forma importante. Este patrón es diferente al que se ha descrito en otros países, y se plantea si este patrón se mantiene utilizando otros indicadores de privación. Objetivo: comparar los patrones de participación en un PDPCCR obtenidos según el índice MEDEA, los 5 indicadores que lo componen, otros dos indicadores socioeconómicos y teniendo en cuenta el % de inmigración.

Métodos: Se utilizan los datos de 1ª ronda del PDPCCR en Barcelona (2010-11). Se parte del análisis de participación según MEDEA, índice calculado a nivel de sección censal y a partir de 5 indicadores del censo de 2001: instrucción insuficiente total y en jóvenes, desempleo, trabajadores eventuales y trabajadores manuales. Además se utilizan el Índice de Renta Familiar Disponible de 2011 (IRFD), el índice socioeconómico de la Agencia de Salud Pública de Barcelona de 2012 (iASP-B), y como variable de ajuste el % de inmigración en 2011. La unidad de análisis es el Área Básica de Salud (ABS). Se describen todas las asociaciones entre la participación y los indicadores socioeconómicos en gráficos y se realizan modelos lineales, ajustando por edad, sexo y % de inmigración.

Resultados: Los patrones de participación en el PDPCCR por ABS según MEDEA son muy similares a los patrones que se obtienen según IRFD y el iASPB, obteniendo mayores tasas de participación para niveles intermedios de privación, y menores en ambos extremos. Entre los diferentes indicadores que componen el MEDEA, el de trabajadores eventuales se correlaciona mejor y el de trabajadores manuales peor con la participación. Resultados preliminares indican que la mejor correlación con la participación se obtiene para el iASPB (R^2 0,72), seguido del MEDEA (R^2 0,66). El % de inmigración explica una gran parte de las diferencias de participación, sobre todo en las ABS de mayor privación.

Conclusiones/Recomendaciones: El patrón de participación según privación obtenido utilizando el MEDEA se confirma utilizando otros índices de privación. Una parte importante de la variabilidad de participación según nivel socioeconómico viene explicada por el % de inmigración del ABS. A partir de estos resultados se discutirá desde un punto de vista metodológico, práctico y conceptual, cuál o cuáles son los indicadores más oportunos para describir patrones de participación en programas de cribado.

74. INFLUENCIA DEL SEXO Y LA NACIONALIDAD EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL DEPARTAMENTO SANITARIO DE DÉNIA (COMUNIDAD VALENCIANA-ESPAÑA)

C. Llorens-Ivorra, M. Gironés Gil, D. Salas Trejo

Centro de Salud Pública de Dénia; Conselleria de Sanidad, Generalitat Valenciana; FISABIO.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer colorrectal es el tercero en incidencia y segundo en mortalidad en España. Los programas de cribado contribuyen a aumentar calidad de vida y disminuir mortalidad. La alta participación de población diana es fundamental para disminuir la mortalidad. Debido a la baja participación y la alta población extranjera el objetivo es comparar participación por nacionalidad y sexo.

Métodos: Estudio observacional transversal. Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal en 2005-2010, en Departamento Sanitario de Dénia (Comunidad Valenciana-España). Población diana: hombres y mujeres de 50-74 años invitados a participar. Usamos test estadístico χ^2 para datos independientes. También OR para participación por sexo y nacionalidad. Datos ajustados por edad a población europea.

Resultados: Población diana: 52,7% mujeres y 47,3% hombres. 33,48% son extranjeros (26,86% de población diana son de Europa Comunitaria). Participa 35,87%. La diferencia de participación según españoles (37,71%) o extranjeros (29,54%) es estadísticamente significativa ($p < 0,001$), OR = 1,44. La diferencia de participación en hombres (33,84%) y mujeres (37,32%) también es estadísticamente significativa ($p < 0,001$), OR = 1,16. En todas zonas de origen participa más la mujer que el hombre, excepto Europa Extracomunitaria y Magreb. En Europa Comunitaria, tanto en Alemania, España y Holanda la diferencia de participación por sexo es significativa. Los holandeses participan más que españoles; alemanes y británicos menos.

Conclusiones/Recomendaciones: La OR cambia al comparar población española/extranjera (1,44) con española/alemana (2,67) o española/holandesa (0,93). Estas modificaciones también se dan al comparar la OR en mujeres: española/extranjera (1,19) con española/alemana (1,95), española/holandesa (0,93) o española/británica (0,90). Por tanto, el diseño de estrategias de sensibilización debe ir dirigido a hombres y alemanes.

166. HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

M. Martínez-Alonso, M. Carles, M.J. Pérez, A. Pons, M. Rué, G.R. Informa

Universitat de Lleida-IRBLleida; Universitat Rovira i Virgili.

Antecedentes/Objetivos: El cribado con mamografía puede reducir la mortalidad por cáncer de mama pero también puede producir sobrediagnóstico. En base a la evidencia actual se recomienda proporcionar información objetiva y equilibrada a las mujeres. En este contexto las herramientas de ayuda a la toma de decisiones (HATD) pueden utilizarse para comunicar la evidencia y facilitar la toma de decisiones. El objetivo es identificar y resumir los estudios publicados que han evaluado una HATD en el cribado de cáncer de mama.

Métodos: Se incluyeron estudios originales, experimentales u observacionales. Las participantes fueron mujeres que debían tomar la decisión en un contexto real. Las HATD se diseñaron para mejorar conocimientos, clarificar valores y actitudes y ayudar a escoger una opción congruente con sus valores. Las medidas de resultado principal fueron la toma de decisión informada y el conflicto decisional. Medidas secundarias fueron conocimientos, valores, actitudes, incertidumbre, y satisfacción con la decisión. Se realizó una búsqueda en MEDLINE y SCOPUS con palabras clave y sus sinónimos en título o resumen. La selección, extracción de datos y evaluación del riesgo de sesgo se llevó a cabo de forma independiente por pares de revisores.

Resultados: Un total de 95 estudios fueron identificados hasta febrero de 2016, de los que se preseleccionaron 12 para evaluación de los criterios de inclusión. Finalmente, se seleccionaron tres estudios experimentales aleatorizados y controlados (Mathieu 2010, Gummertsbach 2015 y Hersch 2015) y un estudio antes-después (Eden 2015). Gummertsbach y Hersch compararon dos HATD que incluían información de beneficios y efectos adversos y se diferenciaban en informar o no del sobrediagnóstico. En cambio Mathieu comparó una HATD con no recibir información y Eden evaluó el cambio después de proporcionar una HATD. La HATD aumentó la proporción de mujeres que tomaron una decisión informada (59% vs 38% según Mathieu y 24% vs 15% según Hersch, $p = 0,001$). Eden y Mathieu observaron una disminución de mujeres indecisas, mientras que Hersch observó un aumento. El conflicto decisional en el grupo intervención fue más elevado para Hersch, en cambio Eden observó una disminución intra-individual de este indicador ($p < 0,001$). El nivel de confianza en la decisión fue inferior en el grupo de intervención (tanto para Gummertsbach como para Hersch). El uso de la HATD comportó un nivel

superior de conocimientos según todos los estudios, y sólo Hersch observó una disminución en la intención de cribado.

Conclusiones/Recomendaciones: Las HATD mejoran el conocimiento y favorecen la toma de decisiones informadas en mujeres que se enfrentan a la decisión del cribado, aunque este beneficio no está exento de conflicto decisional y pérdida de confianza.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, PI14/00113.

841. PREPARACIÓN PARA LA COLONOSCOPIA EN UN PROGRAMA DE CRIBADO: MOVIPREP® VS BOHM®

M. Posso, P.E. Pantoja, I. Torá, A. Aymar, A. Pozo, F. Macià, A. Castells, T. Puig, J. Grau

Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Existe evidencia que respalda una mayor eficacia del polietilenglicol de bajo volumen asociado al ácido ascórbico (Moviprep®) como método de preparación para la colonoscopia. Sin embargo, su coste unitario es mayor. En un programa de cribado es importante disminuir el número de colonoscopias inadecuadas. Este indicador es frecuentemente utilizado como criterio de calidad y forma parte de la prevención cuaternaria. Una disminución en la repetición de colonoscopias apoyaría el uso generalizado de Moviprep® en los programas de cribado. El objetivo es comparar los costes y el efecto sobre la necesidad de repetición de colonoscopias de la preparación con Moviprep® frente a Bohm® en el Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto (PDPCR) de Barcelona.

Métodos: Se analizó información del PDPCR de Barcelona durante enero 2010 y febrero 2016. El estudio se realizó desde la perspectiva del sistema sanitario, utilizando un diseño de coste-consecuencia para evaluar el efecto del uso de Moviprep® frente a Bohm®. Se comparó el coste por participante con necesidad de colonoscopia y la frecuencia de repetición de colonoscopias según el tipo de preparación utilizada. La información se dividió en tres periodos: 1) Uso mayoritario de Bohm® 2010-2012; 2) Uso de Bohm® y Moviprep® 2013-2014; y 3) Uso mayoritario de Moviprep® 2015-febrero 2016. Los costes directos se estimaron a partir de los datos de la Oficina Técnica del Programa. Los resultados se compararon utilizando pruebas paramétricas.

Resultados: El número de colonoscopias con necesidad de repetición debido a mala preparación fue superior en el periodo de Bohm® ($N = 294/3154$; 9,3%; IC95% 8,3% a 10,3%) seguido del periodo en que se utilizó Bohm® y Moviprep® ($N = 241/2852$; 8,5%; IC95% 7,4% a 9,5%) y del periodo de Moviprep® ($N = 85/1770$; 4,8%; IC95% 3,8% a 5,8%; $p < 0,001$). El coste medio por participante con necesidad de colonoscopia fue de €260,94 durante el periodo en que se utilizó mayoritariamente Bohm®; €258,50 durante el periodo de Bohm® y Moviprep®; y €248,60 durante el periodo en que se utilizó mayoritariamente Moviprep®.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados de este estudio indican que el uso de Moviprep® podría disminuir el coste por participante con necesidad de colonoscopia y que este menor coste se debería a una reducción en la necesidad de repetición de colonoscopias. La frecuencia de repetición de colonoscopias es un indicador de calidad cuya evaluación constante es deseable. Evaluaciones como esta permiten mejorar la seguridad y la satisfacción de los participantes.

831. COSTE-EFECTIVIDAD DE MOVIPREP® COMO PREPARACIÓN PARA LA COLONOSCOPIA EN UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

P.E. Pantoja, I. Tora, M. Posso, A. Saura, J. Grau, T. Puig, A. Serradesanferm, A. Burón, J. Sánchez

Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La aplicabilidad y eficiencia de los Programas de detección precoz de cáncer de colon y recto (PDPCR) viene

condicionada por el cumplimiento de criterios de calidad como la tasa de repetición de colonoscopias y los costes sanitarios directos asociados a los componentes del programa, como son los métodos de preparación para la colonoscopia. El objetivo fue analizar el coste-efectividad de dos métodos de preparación para colonoscopias, según su coste unitario y la tasa de repetición.

Métodos: Se realizó un estudio coste-efectividad con la información del PDPCCR, desde la perspectiva del financiador y con un horizonte temporal de un año. Se calculó el coste umbral de la tarifa de la colonoscopia para que sea eficiente cambiar el uso del Bohm® a Moviprep® como preparación para la colonoscopia (1,66€ vs 6,24€ por preparación). Se definió la relación de coste-efectividad incremental (ICER) como el coste incremental por colonoscopia ahorrada.

Resultados: El número de colonoscopias con necesidad de repetición fue superior en el periodo del PDPCCR en que se utilizó Bohm® (294 de 3.154; 9,3%; IC95% 8,3% a 10,3%) que en el periodo de Moviprep® (85 de 1.770; 4,8%; IC95% 3,8% a 5,8%; $p < 0,001$). Por cada 1.000 colonoscopias indicadas el coste incremental por preparación con Moviprep® fue de 4.716,24€ y se ahorraron un total de 52,35 colonoscopias. El coste incremental por colonoscopia ahorrada (ICER) fue de 90,09€, y este ICER se mantiene fijo a pesar de que cambie el número total de colonoscopias indicadas.

Conclusiones/Recomendaciones: Para que el cambio de Bohm® a Moviprep® sea eficiente, el coste de la colonoscopia no debe superar el umbral del ICER (90,09€) independientemente de las colonoscopias indicadas. La tarifa de colonoscopia en las diferentes comunidades autónomas se encuentra por encima de los 100€ según la literatura. Desde el PDPCCR es importante avanzar poniendo énfasis en análisis de coste-efectividad que nos permitan alcanzar una relación óptima entre resultados de costes y salud. Como limitaciones, no se cuantificó el incremento de calidad para el paciente por colonoscopia ahorrada, ni se incluyó la perspectiva social. No se realizó un análisis de sensibilidad para evaluar la 'robustez' del ICER.

233. EVOLUCIÓN TRAS 10 AÑOS DE IMPLANTACIÓN DEL PPCCR EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

D. Salas Trejo, E. Pérez Sanz, C. Fernández García, M. Valverde Roig, J. Ibáñez Cabanell, M. Vanaclocha Espí

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal de la Comunitat Valenciana (PPCCRCV) comenzó en el año 2005 en 3 departamentos de salud (DS). El objetivo del PPCCRCV es disminuir la incidencia y la mortalidad por esta patología en la población de riesgo medio, hombres y mujeres, entre 50 y 69 años. La prueba de cribado fue inicialmente TSOH guayaco (TSOHg). En 2010 se introdujo el test inmunológico cuantitativo (TSOHi). Actualmente el programa está implantado en los 24 DS. El objetivo es analizar la evolución de los indicadores del PPCCRCV.

Métodos: Se recogen indicadores del PPCCRCV de cobertura, participación y adherencia; indicadores de proceso: positividad del test, y aceptación de la prueba de confirmación diagnóstica; indicadores de resultado por sexo y tiempo (2005-2015, dividido en dos periodos según el test: 2005-2010 y 2011-2015). Fuente de datos: sistema de información KARVIS.

Resultados: En el primer periodo la población incorporada ascendió a 265.868 (51,4% mujeres y un subgrupo de 70 a 79 años). Desde finales de 2014, abarca los 24 DS, y al 96% de la población, que se completará en 2016 (1.027.479 población diana real, de 50 a 69 años). En 2005-2015, se ha obtenido una participación global de 39,37%: en el primer periodo, fue 37,40% y en el segundo del 39,87%, superior en mujeres (40,85%) que en hombres (37,80%). En 2005-2010, la tasa de adherencia fue de 81,73%. En 2011-2015 87,57%, en ambos periodos superior en mujeres que en hombres, con tendencia a igualarse La

tasa de positividad en el primer periodo fue de 1,69% (1,23 para TSOHg y 6,89 para TSOHi), más elevada en hombres en ambos tipos de test. En el segundo periodo 6,40% para TSOHi, más elevada en hombres. La tasa de aceptación de colonoscopias en el primer periodo es de 95,39%. En el segundo: 96,90% y ligeramente superior en hombres. La tasa de colonoscopias completas para cada periodo fue de 86,89% y 85,06% respectivamente. La tasa de detección (TD) de adenomas de alto riesgo y riesgo intermedio (AAR+ARI) fue para cada periodo de 4,18 y 19,52% y el VPP de la colonoscopia de 24,14% y 30,64% para cada periodo. La TD para adenoma + cáncer fue 7,85% y 31,16% en cada periodo y VPP 43,71 y 48,90%. La TD de cáncer varió de 1,92% a 2,91% y el VPP de 11,05% a 4,56%.

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha completado la cobertura en todo el territorio. La participación está por debajo de lo que sería deseable, pero con tendencia ascendente y superior en mujeres. Positividad del cribado superior en hombres e incremento con edad. Elevada aceptación de la prueba de confirmación diagnóstica. Tasa de detección de ambas patologías en torno a 27% y el VPP cercano a 49% y superior para hombres.

689. ¿LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA EN TEST DE SANGRE OCULTA (FIT) EN RONDAS PREVIAS ES UN PREDICTOR DE LESIONES PREMALIGNAS Y CÁNCER COLORRECTAL?

E. Arana-Arri, I. Portillo, I. Idigoras, L. Martínez-Indart, I. Bilbao, B. Uranga, R. Pérez-Garay, L. Bujanda

BioCruces; DG, Osakidetza; OSI Donostialdea; OSI Ezkerraldea Cruces.

Antecedentes/Objetivos: El cribado de cáncer colorrectal (CCR) en el País Vasco se inició en 2009, con test inmunoquímico cuantitativo (FIT) bienal, con punto de corte 20 µHg/g heces y colonoscopia con sedación para confirmación diagnóstica. En 2014 se había cubierto alrededor del 100% de la población diana (586.700 personas entre 50-69 años), el 85% en segunda ronda y el 25% en tercera ronda. Participación media de 68,5% con una positividad de 6,2% y un 93,7% de aceptación de colonoscopia. Se detectaron 15.825 adenomas avanzados (AA) y 2.197 CCR. Objetivo: determinar la asociación entre casos positivos con lesiones avanzadas y cáncer con la concentración previa de hemoglobina en rondas previas con resultado negativo.

Métodos: Participantes en el cribado que han participado en 2-3 rondas en 2009-2014. Se consideraron participantes sólo si el resultado del FIT fue válido (positivo/negativo). La concentración de Hb se obtuvo en µHg/g para cada participante. Se analizaron 2 grupos: 1) 2 rondas negativas y positivo con lesión en tercera ronda; 2) ronda negativa previa y positivo con lesión en siguiente ronda. Lesión: AA y CCR; No lesión: FIT negativo y FIT positivo y colonoscopia sin lesión. Se calcularon tasas con 95% de IC, analizando diferencias entre mujeres y hombres con chi-cuadrado. Las diferencias en la concentración de Hb se analizaron con el test de Mann-Whitney U. Se utilizó regresión logística para obtener la asociación con AA y CCR. Paquete SPSS versión 23.0.

Resultados: 45.185 participantes tomaron parte en las tres rondas con dos resultados negativos y 178.307 en al menos dos rondas con resultado negativo. Se encontró asociación significativa entre AA y CCR, sin embargo la OR es muy baja (1,001). En cuanto a grupo de edad y sexo la tendencia es similar, observándose un salto importante entre el resultado negativo y el siguiente positivo. El 73,7% y el 66,5% en grupo 1 y 2 respectivamente tenían una concentración entre 0,00-5,00 µHg/g de heces.

Conclusiones/Recomendaciones: La concentración de hemoglobina previa en resultado negativo no parece ser un predictor de lesiones en las siguientes rondas en nuestro caso, obteniéndose niveles indetectables en las rondas previas. Posiblemente esto es debido al sangrado intermitente. Por lo que modificaciones de puntos de corte deben ser cuidadosamente estudiadas.

596. CARACTERÍSTICAS DE LOS CÁNCERES COLORRECTALES DETECTADOS POR EL PROGRAMA DE CRIBADO Y LOS CÁNCERES DE INTERVALO

I. Idigoras, E. Arana-Arri, I. Portillo, I. Bilbao, L. Martínez-Indart, I. Gutiérrez-Ibarluzea, J.L. Hurtado

DG Osakidetza; BioCruces; Osteba; Comarca Araba.

Antecedentes/Objetivos: El cribado de cáncer colorrectal (CCR) se inició en el País Vasco en 2009 con la detección de sangre oculta en heces inmunoquímico cuantitativo (FIT) bienal y colonoscopia para confirmación diagnóstica. Población entre 50 y 69 años. Cobertura alrededor del 100% en 2014 en primera invitación. Participación media de 68,5%, positividad de 6,2% y 93,7% de aceptación de colonoscopia. La tasa media de detección de CCR (por mil participantes) fue de 3,3% (IC95% 3,1-3,4), estimándose una sensibilidad del 92,4% (IC95% 91,2-93,5) y una especificidad de 93,7% (IC95% 93,6-93,8). Objetivo: analizar los cánceres detectados en el Programa, verdaderos positivos y los casos falsos negativos (intervalo), según características de los mismos.

Métodos: Invitaciones realizadas 2009-2014. Cruce de bases de datos del programa previa invitación y post-colonoscopia para localización de casos falsos negativos (FN) con registros cáncer, altas y colonoscopias. Primera ronda: personas invitadas por primera vez, segunda y tercera ronda: personas que habían sido invitadas en las rondas anteriores tras un resultado negativo o no haber participado. Se consideró CCR $\geq$ pT1. Localización: derecha hasta ángulo esplénico e izquierda a partir de este. Estadístico chi-cuadrado y regresión logística. SPSS 23.0.

Resultados: De 2.197 casos de CCR detectados por el programa, 71,6% se detectaron en primera ronda, 23% en segunda y 5,4% en tercera. En el mismo periodo, 155 casos FN de FIT y 16 post-colonoscopia fueron detectados. En ambos casos fueron más frecuentes en hombres (66,1% programa vs 64,5% intervalo). En cuanto al estadio inicial se encontraron diferencias significativas entre los casos detectados por el programa (70,2%) y los de intervalo (40,4%). No se encontraron diferencias significativas en ambos casos entre hombres y mujeres. En ambos casos fueron más frecuentes en personas mayores de 60 años y en colon izquierdo ($> 70\%$). En el 29,6% de los casos detectados por el programa, el tratamiento fue la extirpación endoscópica, y sólo el 4% de los cánceres de intervalo. El 90% de los casos con FIT negativo previo presentaron un resultado menor de 10 μ g Hb/g heces y de los detectados post-colonoscopia, el 30% habían tenido una colonoscopia negativa.

Conclusiones/Recomendaciones: La organización del Programa de cribado del País Vasco permite detectar una alta tasa de cánceres y monitorizar cánceres de intervalo para poder evaluar el impacto e introducir medidas que mejoren los beneficios y minimicen los efectos adversos.

Financiación: ISCIII/PI12/02547.

Antecedentes/Objetivos: La arteriopatía periférica (AP) afecta a más de 200 millones de personas en el mundo. Frecuentemente aparece con otras enfermedades cardiovasculares y aumenta el riesgo de muerte cardiovascular. Además de la edad, los principales factores de riesgo conocidos son tabaco, diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia. La principal estrategia de prevención primaria se centra en la promoción de estilos de vida saludables. Nuestro objetivo fue combinar en un índice varios factores que corresponden a estilos de vida saludables y valorar su asociación prospectiva con la incidencia de AP en una población de alto riesgo vascular.

Métodos: El estudio PREDIMED (PREvención con Dieta MEDiterránea) es un ensayo de campo diseñado para evaluar la eficacia de la dieta mediterránea en prevención primaria vascular (infarto agudo de miocardio, ictus o muerte de causa cardiovascular). Los participantes tenían entre 55-80 años, y eran o bien diabéticos tipo 2 o tenían ≥ 3 factores de riesgo (sobrepeso/obesidad, tabaquismo, hipertensión, dislipidemia, o historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura). Para analizar el riesgo de AP incidente se utilizaron modelos multivariantes de regresión de Cox. Se incluyeron 5 estilos de vida saludables: consumo moderado de alcohol (5-25 g de alcohol en mujeres y 10-50 g en hombres), dieta mediterránea (≥ 9 puntos sobre un máximo de 14), actividad física ($= 500$ METs-minutos/sem), ausencia de sobrepeso/obesidad y ser no fumador.

Resultados: En los 7.073 participantes analizados se confirmaron 87 casos incidentes de AP por el panel externo de adjudicadores enmascarados, tras un seguimiento mediano de 4,8 años. En comparación con los participantes con ≤ 1 factor saludable, la hazard ratio (HR) ajustada (intervalo de confianza 95%) de AP fue 0,68 (0,35-1,31) para 2 factores, 0,40 (0,20-0,82) para 3 factores y 0,13 (0,04-0,38) para ≥ 4 factores saludables (p de tendencia lineal $< 0,001$). Los factores que a nivel individual presentaron asociaciones más fuertes fueron la actividad física [HR = 0,34 (0,18-0,64)], no fumar [HR = 0,39 (0,22-0,67)] y el consumo moderado de alcohol [HR = 0,53 (0,29-0,97)], tras ajustar por el resto de factores. La combinación de los 3 factores con mayor asociación inversa (dieta mediterránea, actividad física y no fumar) presentó una HR conjunta = 0,17 (0,04-0,74).

Conclusiones/Recomendaciones: La combinación de estilos de vida saludables reduce drásticamente el riesgo de desarrollar AP en personas de alto riesgo vascular. Es destacable la importante asociación inversa para la combinación dieta mediterránea + actividad física + no fumar.

Financiación: CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III.

302. EFECTO DEL SEGUIMIENTO SOBRE LA FRECUENCIA DE QUIMIOPREVENCIÓN EN UNA COHORTE DE TRABAJADORES

I. Aguilar, C. Feja, S. Malo, M.J. Lallana, M. León, M.J. Rabanaque

Universidad de Zaragoza; Servicio Aragonés de Salud; Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: Comparar la prevalencia y patrón de utilización de farmacoprevención de enfermedad cardiovascular (ECV) entre una cohorte de trabajadores y una muestra poblacional.

Métodos: La cohorte a estudio fueron los trabajadores incluidos en el Aragón Workers Health Study (AWHS) desarrollado en la fábrica GM en Zaragoza (N = 5.650). Para la comparación con población general se seleccionó una muestra procedente de la misma provincia, con igual distribución por sexo y grupos de edad (N = 9.104). La prescripción farmacéutica se obtuvo del sistema de información de consumo farmacéutico de Aragón. Los fármacos preventivos de ECV se clasificaron en los siguientes grupos: hipolipemiantes, antidiabéticos, antihipertensivos y anticoagulantes/antiagregantes. Se estudió en ambos

CO11. Enfermedades cardiovasculares

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 15:00 a 17:00 h

Aula 1.1

Moderan: Aurora Bueno Cavanillas y Elisabete Ramos

849. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y RIESGO DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN EL ESTUDIO PREDIMED

M. Ruiz-Canela, N. López-Laguna, F. Arós, J. Salas-Salvadó, D. Corella, E. Ros, M. Fitó, R. Estruch, M.A. Martínez-González

Universidad de Navarra; Hospital Universitario de Álava; Universidad Rovira i Virgili; Universidad de Valencia; IDIBAPS-Hospital Clínic; Institut de Recerca Hospital del Mar.

grupos la prevalencia de tratamiento en el año 2014 y las combinaciones de tratamientos utilizados.

Resultados: El 43,8% de los sujetos de la cohorte tuvieron al menos una receta dispensada para estos grupos farmacológicos frente al 37,7% de los individuos en la población general. La mayoría de los sujetos estaba en tratamiento con un grupo farmacológico (58,8% de la cohorte y 53,1% en Zaragoza). Los individuos en tratamiento con los cuatro grupos fueron el 3,0% en la cohorte y el 5,4% en Zaragoza ($p > 0,05$). Para todos los grupos de edad existió una mayor prevalencia de tratamiento en la cohorte, con las mayores diferencias en el grupo de edad < 50 años (14,2% frente a 9,6%) y en los antihipertensivos e hipolipemiantes. En antihipertensivos, los más jóvenes de la cohorte presentaron frecuencias de dispensación superiores a la población general, siendo estas diferencias significativas en el grupo de 50-54 años (cohorte: 29,1 IC95% 26,0-32,1; población general: 19,2 IC95% 17,3-21,2). En los hipolipemiantes el grupo más joven tuvo una prevalencia de tratamiento un 53,7% superior que las personas de este mismo grupo en Zaragoza. La prevalencia de tratamiento en población general sólo fue mayor en los antidiabéticos. En ambas poblaciones el tratamiento más utilizado fueron los antihipertensivos seguidos de los hipolipemiantes, la combinación antihipertensivos-hipolipemiantes y la combinación antihipertensivos-hipolipemiantes- anticoagulante/antiagregantes.

Conclusiones/Recomendaciones: la prevalencia de tratamiento fue superior en la cohorte, con las mayores diferencias en el grupo más joven y en la prescripción de antihipertensivos e hipolipemiantes. Es necesario hacer un seguimiento para observar si esta mayor prescripción se acompaña de unos mejores resultados en salud cardiovascular.

Financiación: FIS PI13/01668.

393. MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA Y PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO CON ESTATINAS EN UNA COHORTE DE TRABAJADORES

S. Malo, C. Feja, I. Aguilar, M.J. Lallana, M. León, J.A. Casasnovas, M.J. Rabanaque

Universidad de Zaragoza; Servicio Aragonés de Salud; Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: La utilización de estatinas en prevención de enfermedad cardiovascular (ECV) está ampliamente extendida. El objetivo de este trabajo es describir el cumplimiento del tratamiento con estatinas a través del cálculo de la adherencia y la persistencia en una población trabajadora, así como estudiar factores asociados.

Métodos: La población estudiada fueron los participantes del Aragon Workers' Health Study (AWHS), estudio prospectivo longitudinal en una cohorte de trabajadores de una planta de montaje de automóviles en Aragón. Del Sistema de Información del Consumo Farmacéutico de Aragón se obtuvieron las prescripciones de estatinas, solas o en combinación, dispensadas a los participantes del AWHS y con cargo al sistema público, entre 2010-2014. Se describió la adherencia al tratamiento en los casos incidentes con estos fármacos mediante el cálculo del Medication Possession Ratio (MPR), considerando a un paciente como adherente cuando $MPR \geq 80\%$. A través de análisis de regresión logística se estudiaron factores del paciente y terapéuticos asociados a la adherencia. La persistencia o continuidad se estimó mediante el método Kaplan-Meier.

Resultados: 1.203 personas de la cohorte iniciaron tratamiento con estatinas durante el periodo estudiado, siendo el 94,6% de las prescripciones realizadas desde Atención Primaria. En el 95,6% de los casos se utilizaron como prevención primaria de ECV. Simvastatina, rosuvastatina y atorvastatina fueron los agentes más consumidos. El

30,7% de los sujetos fueron adherentes al tratamiento. Los factores asociados a una buena adherencia fueron tomar las estatinas como prevención secundaria y el tipo de estatina con la que inician tratamiento. Concretamente, los sujetos tratados con atorvastatina y rosuvastatina fueron los más adherentes (46,0% y 45,1%), frente a los tratados con simvastatina (11,7%). El sexo y la edad no estuvieron asociados al grado de adherencia. El 32,5% de los sujetos continuaron siendo persistentes a los 6 meses de iniciar el tratamiento, el 17,4% a los 12 meses y el 9,3% a los 24.

Conclusiones/Recomendaciones: El grado de cumplimiento de los pacientes tratados con estatinas, tanto en relación a la adherencia como a la persistencia, puede considerarse bajo en la población estudiada, pero similar al descrito en otros estudios. Resulta necesario evaluar si, ante el bajo cumplimiento observado, la efectividad de estos fármacos en población joven, sana y mayoritariamente sin antecedentes alcanza los niveles esperados.

962. PREVALÊNCIA, CONHECIMENTO, TRATAMENTO, CONTROLO E FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO EM CABO VERDE

R. Semedo, E. Da Rosa, H. Barros

Institute of Public Health, University of Porto, Portugal; Department of Clinical Epidemiology, Predictive Medicine and Public Health, University of Porto Medical School, Portugal.

Antecedentes/Objetivos: A hipertensão é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, um problema crescente na África Subsariana. Em Cabo Verde, as doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte, mas a prevalência, distribuição dos fatores de risco envolvidos não é conhecida. O objetivo do presente estudo foi quantificar a prevalência, o conhecimento, o tratamento e o controlo da hipertensão e seus determinantes na população adulta cabo-verdiana.

Métodos: Estudo transversal, conduzido em Cabo Verde, em indivíduos dos 25-64 anos, utilizando uma amostragem aleatória estratificada por clusters, e seguindo a abordagem da Organização Mundial da Saúde na vigilância de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis - STEPS. Foram usados procedimentos padrão para recolha das informações sobre as características sociais, demográficas, comportamentais, antropométricas e medir a pressão arterial. Definiu-se hipertensão como pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg ou uso de medicação anti-hipertensiva. A associação entre hipertensão e as variáveis de exposição, foi avaliada por regressão logística, estimando-se a Odds-Ratio (OR) e os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Resultados: A prevalência global de hipertensão foi 38,0% (IC95%: 34,1-42,1). A prevalência de hipertensão foi significativamente maior entre os indivíduos do sexo masculino (43,8% (37,0-50,9) vs 32,3% (27,9-37,0), $p \leq 0,01$). Entre os hipertensos, 14% (IC95%: 11,6-17,1) conheciam a sua condição, 45,2% (IC95%: 35,1-55,8) estavam em tratamento e 27,0% (14,4-39,3) estavam controlados. Os fatores associados à hipertensão foram: idade avançada (Mulher - OR: 10,7; IC95%: 4,21 -27,3; Homem - OR: 2,61; IC95%: 1,32-5,19), Circunferência de cintura elevada (Mulher- OR: 1,55; IC95%: 1,14 -2,10; Homem - OR: 1,75; IC95%: 1,18-2,60), homens ex fumadores (OR: 1,70; IC95%: 1,08-2,69). As mulheres com baixo nível de educação tiveram menos chances de ser hipertensas (OR: 0,38; IC95%: 0,24-0,60).

Conclusiones/Recomendaciones: A prevalência da hipertensão foi alta na população, mas a percentagem dos indivíduos que tinham conhecimento, tratamento e controlo da pressão arterial foi baixa. Atenção especial deve ser dada a um programa de intervenção nacional para reduzir os riscos na população.

152. ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DETERMINANTES SOCIALES EN CHILE: ANÁLISIS BIPLLOT

S. Muñoz, C. Chávez

Universidad de La Frontera, Chile.

Antecedentes/Objetivos: En Chile, el infarto al miocardio es la primera causa de muerte específica y la enfermedad cerebrovascular es una de las principales causas de discapacidad y deterioro de la calidad de vida. Es conocida la asociación entre los factores de riesgo cardiovascular (RCV) y determinantes sociales, sin embargo, ésta es medida mediante análisis univariado como análisis de regresión, tablas de contingencia y análisis descriptivos.

Métodos: En esta investigación, se aplican técnicas de análisis multivariado (BIPLLOT) que permitan explicar la asociación entre un conjunto de factores RCV y un conjunto de determinantes sociales basados en la información recogida periódicamente en Chile a nivel poblacional mediante encuestas de salud (ENS) y de caracterización socioeconómica (CASN) en los años 2009 y 2003, y analizar si la estructura de las asociaciones encontradas tiene variación temporal.

Resultados: Los métodos BIPLLOT resumen en una sola imagen las correlaciones entre un conjunto de factores de riesgo cardiovascular y determinantes sociales, la variabilidad de los mismos y la similitud de las observaciones, en este caso las regiones del país.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados obtenidos son consistentes con otras investigaciones y los métodos BIPLLOT describen la asociación entre factores de RCV y determinantes sociales de manera óptima y resumida. Además, la incorporación de variables suplementarias complementa la interpretación gráfica y mejora la toma de decisiones.

159. SUPERVIVENCIA TRAS UN PRIMER INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

F. Aizpuru Barandiaran, M. Mateos del Pino, E. Millán Ortuondo, A. Apiñaniz Fernández de Larrinoa, M. Robledo Iñarritu, N. Parraza Díez, N. Jayo Atela, B. Ibáñez Beroiz

Unidad de Investigación Araba (BioAraba); Dirección de Asistencia Sanitaria (Osakidetza); OSI Barrualde; NavarraBiomed.

Antecedentes/Objetivos: La insuficiencia cardíaca (IC) es una de las patologías crónicas con mayor repercusión social, económica y clínica. Mediante un novedoso enfoque de generación de evidencia basado en real world data pretendemos identificar la prevalencia de la enfermedad, la supervivencia y los factores predictores de la misma tras un primer ingreso por este motivo.

Métodos: Diseño: estudio de seguimiento (2011-2015) sobre una cohorte de diagnosticados de IC; Sujetos a estudio: Personas de 40 o más años dadas de alta hospitalaria con diagnóstico principal de IC a partir del 1 de enero de 2011. Predictores: comorbilidad (índice de Charlson), estado basal, condición socioeconómica, medicamentos, otros procedimientos terapéuticos o diagnósticos. Determinaciones: prevalencia de la enfermedad, supervivencia y asociación con factores predictores. Fuentes de datos: CMBD, historia clínica electrónica y registros de mortalidad y de prescripciones. Análisis: Cálculo de los hazard ratios (HR) a partir de modelos de Cox.

Resultados: Entre el 1-1-2011 y el 31-12-2014 se identificaron 14.190 pacientes con IC en los hospitales públicos de Osakidetza. La prevalencia global de la enfermedad es de un 0,8% (IC95% 0,78-0,81). Se observó un total de 5.286 muertes (37,3%). La mediana de supervivencia fue de 1,2 años y de 1,3 en mujeres. La probabilidad de supervivencia era mayor entre mujeres (HR = 0,77; IC95% 0,70-0,84), hipertensos al diagnóstico (HR = 0,76; IC95% 0,69-0,83), sobrepeso (HR = 0,80; IC95% 0,72-0,89) u obesidad (HR = 0,66; IC95% 0,58-0,74),

el mayor número de visitas al cardiólogo durante el año previo (HR = 0,97; IC95% 0,94-0,999) y el contacto precoz tras el alta (< 8 días) con el médico de AP (HR = 0,86; IC95% 0,78-0,95) o con el cardiólogo (HR = 0,78; IC95% 0,62-0,99). Por el contrario, la mayor edad (HR = 1,053; IC95% 1,047-1,059), mayor comorbilidad (HR = 1,14; IC95% 1,12-1,16), tener implantada una válvula cardíaca (HR = 2,16; IC95% 1,02-4,57), la anemia (HR = 1,28; IC95% 1,18-1,40) y la mayor frecuentación a consultas de enfermería (HR = 1,005; IC95% 1,002-1,008) o a urgencias (HR = 1,06; IC95% 1,03-1,10) durante el año previo aumentaban el riesgo de mortalidad.

Conclusiones/Recomendaciones: Además de los previamente conocidos, como la edad, el sexo o la comorbilidad en el momento del diagnóstico, el análisis de grandes bases de datos poblacionales revela factores menos estudiados, pero de gran trascendencia asistencial, como el inicio precoz del seguimiento médico ambulatorio. Otros hallazgos del estudio, como la hipertensión como factor protector, deberán valorarse con información más detallada sobre la etiología de la enfermedad en cada situación.

Financiación: ISCIII PI13/00912//Gobierno Vasco 2014111055.

768. EVOLUCIÓN Y GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CLÁSICOS TRAS 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LA COHORTE POBLACIONAL ARTPER Y SU RELACIÓN CON LOS CAMBIOS EN EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO

G. Pera, R. Forés, M. Angla, M.T. Alzamora

Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol; Institut Català de la Salut; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Aunque los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son bien conocidos su grado de control no es óptimo. El objetivo de este trabajo es valorar la evolución y control de los FRCV clásicos tras 5 años de seguimiento de la cohorte poblacional ARTPER y su relación con los cambios en el índice tobillo brazo (ITB).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo, poblacional, realizado en la provincia de Barcelona. Se reclutaron 3.786 sujetos > 49 años en 2006-2008 y se efectuó visita de seguimiento en 2012-2013. En ambas fases se realizó un ITB en condiciones estandarizadas y se registraron variables demográficas, antecedentes y factores de riesgo cardiovascular, tensión arterial, colesterol total y fracciones (HDL y LDL), triglicéridos, glucosa y hemoglobina glicosilada. Modelos de regresión logística multivariable (tiempo de seguimiento fijo).

Resultados: 2.762 (63%) participaron en la visita de seguimiento, aunque se analizaron solo 2125 personas después de excluir pacientes que tuvieran en el reclutamiento enfermedades cardiovasculares o calcificación arterial. 59% mujeres, edad media 68 (desviación estándar 8). En 5 años, la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) aumentó del 39% al 55%, de diabetes (DM) del 12% al 20%, de hipercolesterolemia del 43% al 64%, de obesidad del 36% al 39% y el tabaquismo activo se redujo del 17% al 14%. Se incrementó el control de HTA (40% a 60%) e hipercolesterolemia (22 a 41%) pero no de DM (60% a 40%). La prevalencia de arteriopatía periférica (AP), ITB < 0,9, subió del 3% al 7%. Este aumento fue superior en pacientes con algún FRCV incidente y aún mayor si el FRCV era prevalente. Ajustando por posibles confusores, la incidencia de AP se dobló entre los pacientes con HTA no controlada respecto a HTA controlada, y en fumadores respecto a no fumadores, y aumentó un 50% en DM no controlada versus DM controlada.

Conclusiones/Recomendaciones: Tabaquismo, hipertensión y diabetes mal controlados incrementan el riesgo para AP. A pesar del aumento del tratamiento farmacológico persiste un control subóptimo de los FRCV.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) del Instituto de Salud Carlos III (PI11/00765).

314. INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA: MORTALIDAD A 30 DÍAS Y AL AÑO

M. Mateos del Pino, F. Aizpuru Barandiaran, E. Millán Ortuondo, A. Apiñaniz Fernández de Larrinoa, M. Robledo Iñárritu, N. Parraza Díez, N. Jayo Atela, B. Ibáñez Beroiz

Unidad de Investigación Araba (BioAraba); Dirección de Asistencia Sanitaria (Osakidetza); OSI Barrualde; NavarraBiomed.

Antecedentes/Objetivos: La insuficiencia cardíaca (IC) es una de las patologías crónicas con mayor repercusión social, económica y clínica. Mediante un enfoque de generación de evidencia basado en real world data pretendemos identificar la mortalidad de la enfermedad en los primeros 30 días y un año después del diagnóstico y los factores predictores de la misma.

Métodos: Diseño: Estudio de seguimiento (2011-2014) sobre una cohorte de pacientes de IC. Sujetos a estudio: Personas de 40 o más años dadas de alta hospitalaria con diagnóstico principal de IC a partir del 1-1-2011 y adscritas al Servicio Vasco de Salud. Predictores: factores demográficos, comorbilidad (índice de Charlson), estado basal, demanda de asistencia sanitaria durante el año previo al ingreso, inicio precoz del seguimiento ambulatorio tras el alta. Determinaciones: mortalidad a 30 días y al año y asociación con factores predictores. Fuentes de datos: CMBD, historia clínica electrónica y registro de mortalidad. Análisis: mortalidad acumulada en el periodo estudiado y odds ratio de los predictores.

Resultados: Entre el 1-1-2011 y el 31-12-2014 se identificaron 13.755 pacientes (49,4% hombres, 50,6% mujeres) con IC en los hospitales de Osakidetza. En los 30 días posteriores al alta se observaron 726 muertes 5,3% (IC95 4,9-5,7). Se asocian a una mayor riesgo de muerte la mayor edad (OR = 1,08; IC95 1,07-1,10), la mayor comorbilidad (OR = 1,17; IC95 1,12-1,21), la anemia (OR = 1,26; IC95 1,05-1,51) y la frecuentación al médico de AP (OR = 1,01; IC95 1,01-1,02), a enfermería (OR = 1,01; IC95 1,00-1,01) y a urgencias (OR = 1,05; IC95 0,99-1,12; p = 0,09) durante el año previo. En cambio, la mortalidad fue menor entre los hipertensos (OR = 0,72; IC95 0,60-0,88) y los pacientes que tuvieron un contacto precoz tras el alta (< 8 días) con el médico de AP (OR = 0,56; IC95 0,45-0,68) o con el cardiólogo (OR = 0,53; IC95 0,27-1,03; p = 0,06). La mortalidad al año fue del 29,4%. Los factores asociados fueron similares a los anteriores, si bien en este caso, el IMC y la frecuentación durante el año previo al cardiólogo tuvieron más relevancia. El número de visitas previas a enfermería y el contacto precoz con el cardiólogo no resultaron influyentes sobre la mortalidad al año.

Conclusiones/Recomendaciones: La mortalidad a los 30 días y al año es similar a la descrita en otros estudios. Entre los factores asociados destaca, junto a los previamente conocidos como la edad o la comorbilidad, el inicio precoz del seguimiento médico ambulatorio como factor protector. El análisis de grandes bases de datos poblacionales es una herramienta útil para avanzar en el estudio de hipótesis hasta ahora no respondidas de forma concluyente.

Financiación: ISCIII PI13/00912; Gobierno Vasco 2014111055.

588. VELOCIDADE DE ONDA DE PULSO E ENVELHECIMENTO VASCULAR PRECOCE: UM ESTUDO DE COORTE EM GUIMARÃES E VIZELA

P.G. Cunha, J. Cotter, P. Oliveira, I. Vila, N. Sousa

Centro Hospitalar do Alto Ave, IICVS, Universidade do Minho; Centro Hospitalar do Alto Ave, IICVS, Universidade do Minho; Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto; Centro Hospitalar do Alto Ave; IICVS, Universidade do Minho.

Antecedentes/Objetivos: A rigidez arterial, avaliada pela Velocidade de Onda de Pulso (VOP), pode ser particularmente útil na compreensão dos efeitos acumulados dos diferentes riscos cardiovasculares no processo de envelhecimento vascular. Com o objectivo de identificar e ca-

racterizar a distribuição dos valores da VOP e o Envelhecimento Vascular Precoce (EVP) foi desenhado um estudo de base populacional nas cidades de Guimarães e Vizela.

Métodos: Com base nos registos dos utentes dos Centros de Saúde das duas cidades, uma amostra aleatória de 2.542 indivíduos foi seleccionada. Os sujeitos foram classificados como sofrendo de EVP se os respetivos valores de VOP estavam acima do percentil 97,5 ajustado para idade de acordo com os valores de referência Europeus. Considerou-se que apresentavam lesão arterial de grandes vasos quando a VOP era > 10 m/s. Foram construídos modelos de regressão linear com a VOP como variável dependente, incluindo como variáveis independentes: idade, sexo, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, índice de massa corporal, anos de escolaridade, consumo de tabaco, tratamento antihipertensor, perfil lipídico, glucose em jejum, taxa de filtração glomerular, tratamento antidiabético, tratamento antilipídico e doença cardiovascular conhecida. De igual modo foram construídos modelos de regressão logística para estudar os efeitos das diversas variáveis no desenvolvimento de EVP e VOP > 10 m/s.

Resultados: A Velocidade de Onda de Pulso VOP média foi de 8,4 m/s (homens: 8,6 m/s, mulheres 8,2 m/s). A prevalência global de EVP foi de 12,5% (26,1% dos sujeitos com menos de 30 anos; na população, 18,7% apresentava valores acima de 10 m/s). Modelos de regressão logística mostraram diferenças atribuíveis ao sexo nas razões de possibilidades para o desenvolvimento de lesão arterial, com as mulheres a atingirem a mesma razão de possibilidades para VOP acima dos 10 m/s dez anos mais tarde quando comparadas com os homens.

Conclusiones/Recomendaciones: Neste trabalho é apresentado pela primeira vez em Portugal, num estudo de base populacional, a distribuição da VOP por idade e sexo. Verifica-se que os valores da VOP são marcadamente mais elevados do que os esperados de acordo com os valores de referência Europeus, em particular, para os indivíduos jovens do sexo masculino. Os modelos de regressão confirmaram, tal como em outros estudos, a associação da idade e da Pressão arterial Sistólica com a VOP. Os resultados têm relevância para a prevenção da doença cardiovascular e levantam várias questões sobre o perfil de risco cardiovascular da população mas também sobre a necessidade de medidas urgentes, quer clínicas quer de saúde pública.

SESIÓN DE PÓSTERS

CP05. Brotes epidémicos (I)

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 15:00 a 17:00 h

Pantalla 1

Modera: Zaida Herrador Ortiz

718. MANEJO INTEGRADO DE UN BROTE DE INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA

M.J. Ortega Belmonte, M.R. Lorenzo Ortega, B. O'Donnell Cortés, A. Carnero Alcázar, A. Aguilera Aguilera, A. Díez de los Ríos Carrasco

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen de la Victoria; Unidad de Residencias, Distrito de Atención Primaria Málaga-Guadalupe.

Abordaje coordinado de un brote de infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) que comprendió a dos centros (un hospital público y una residencia de mayores privada) y a un distrito de atención

primaria. Se investigó la coincidencia de tres pacientes ingresados con infección por el mismo germen multirresistente que no habían tenido posibilidad de contagio cruzado entre sí en el hospital y se comprobó su proximidad geográfica de domicilio (dos de ellos en la misma residencia). Se contactó con la Unidad de Residencias del Distrito de Atención Primaria, la propia residencia y se avisó al Servicio de Urgencias para la identificación de pacientes residentes en ella. Se llevó un trabajo coordinado entre los distintos niveles con asesoramiento sobre las medidas de intervención, formación a los trabajadores de la residencia y colaboración en el cultivo de muestras de colonización de los otros residentes expuestos. Siendo rápidamente controlada la situación y evitando la diseminación del germen entre los otros residentes.

135. ELABORATION OF A PROTOCOL AIMED TO IMPROVE CONTACT TRACING AND ACTIVE SEARCH PROCEDURES FOR EBOLA OUTBREAK CONTROL, GUINEA 2015

A. García-Marco, R.B. Pallawo, L. Reques Sastre, N. Slaoui-Berezak, E.F. Ekokobe, C.G. Diffo, Y. Hutin, P. Formenty, J. Jansá, et al

Medicus Mundi Comunidad Valenciana-Alicante; WHO Guinea Country Office; National Coordination Centre for Public Health Emergencies and Alerts, Spain; Public Health Research Group, Alicante University; WHO Headquarters, Geneva; European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); GOARN.

Antecedentes/Objetivos: Contact tracing is a key issue for Ebola outbreak control in Guinea, as it allows monitoring contact status and reducing the time from the onset of symptoms to patient isolation. We designed, developed and disseminated a protocol permitting the standardization and systematization of contact tracing procedures and active search of lost, not followed and unknown contacts.

Métodos: The protocol was designed and developed by a multidisciplinary team including epidemiologists, community agents, contact tracing supervisors and data managers at national and local level (Boke, Dubreka and Kindia prefectures). All participants detected main gaps in contact tracing procedures as well as areas of improvement. A contact tracing protocol was designed, developed and disseminated. It included standardization of general contact tracing procedures and data collection, as well as three specific guidelines aimed to systematize and put into operation active search of lost, not followed and unknown contacts.

Resultados: Key points included standardizing contact definitions, establishing two levels of risk and four levels of actuation facing lost in follow up, including all types of contacts in regional and national databases, creating a database of focal points for each activity, defining responsibilities of community agents, Local Surveillance Committees, local authorities and national coordination, developing a coordinated active search system in function of time in follow-up lost and designing a communication system between prefectures. The protocol was disseminated in all prefectures and specific training of field coordinators was performed.

Conclusiones/Recomendaciones: The development and dissemination of this protocol has allowed systematizing and standardizing contact tracing procedures in order to improve Ebola Outbreak control in Guinea. We recommend continuing training activities to ensure its implementation, especially in active areas.

732. CLUSTER DE INFECCIÓN/COLONIZACIÓN POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

C. Salamanca Rivera, A. Gasch Illescas, V. González Galán, F. Camino Durán, A.M. Cazalla Foncueva, J. Molina Gil-Bermejo, M. Conde Herrera

UCEIMP, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones nosocomiales constituyen un problema de salud que afecta la calidad y la eficiencia de los servicios médicos. En julio 2015 se notificó al Servicio de Medicina Preventiva la sospecha de un brote de bacteriemia nosocomial por *Pseudomonas aeruginosa*, que afectaba a 3 pacientes en la Unidad de Hemodiálisis (HD). Se inició una investigación para describir el brote (tiempo, lugar, persona), identificar las causas que pudieran haber contribuido a su aparición, y elaborar recomendaciones para control y prevención de brotes similares futuros.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes de HD con infección/colonización por *P. aeruginosa* desde el 01/06/2015, diferenciando caso infectado/colonizado. Estudio de portadores en HD (n: 24). Estudio microbiológico de productos sanitarios. Estudio molecular de las cepas de muestras clínicas y frotis. Notificación a las autoridades. Retirada de lotes de antiséptico.

Resultados: Hipótesis 1: antiséptico al uso en HD (clorhexidina acuosa al 2%) como posible fuente de infección. El Servicio de Microbiología confirmó la presencia de bacilos gram negativo en todos los envases recogidos en el hospital (18 envases de 4 lotes distintos, usados y sin usar). Se constató un perfil similar de resistencia/sensibilidad de todas las cepas aisladas en muestra clínica. Se notificó al SVEA y a la AEMPS la sospecha de contaminación del antiséptico y se procedió a la retirada cautelar del producto. El 04/08/2015 la AEMPS informó sobre la 'no exigencia de esterilidad' del producto, por lo que se suspendió la retirada cautelar. Esta hipótesis se descartó dado que *P. aeruginosa* no creció en ninguna de las muestras de antisépticos analizados y el estudio molecular reveló un patrón molecular diferente para todas las cepas de muestras clínicas. Hipótesis 2: aumento de casos de infección por *P. aeruginosa* por higiene de manos deficiente y/o falta de control de la infección en la Unidad, hipótesis apoyada en observaciones constatadas en las que se evidenció falta de limpieza y desinfección del entorno del paciente entre un alta y un nuevo ingreso, deficitaria adherencia a la higiene de manos y deficiencias en el uso y recambio de guantes, entre otros. Asimismo, se detectaron 3 casos de portadores de *P. aeruginosa* entre pacientes sin sospecha de infección clínica.

Conclusiones/Recomendaciones: Dada la información de la AEMPS sobre la 'no exigencia de esterilidad' del producto (clorhexidina acuosa 2%), de los resultados microbiológicos y de las constataciones sobre el terreno, se concluyó que se trataba de una agrupación de casos en los meses de junio y julio 2015. Estos resultados apoyan la hipótesis de clúster, posiblemente asociada a una mala práctica de higiene y/o contaminación de equipos.

787. BROTES RECURRENTES DE A. BAUMANNII OXA-58 (ABO58) EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

M.V. García Palacios, J.C. Guerra Álvarez, M.I. Barranco Boada, N. López Ruiz, F.J. López Fernández

SAS.

Antecedentes/Objetivos: *A. baumannii* multirresistente es un patógeno oportunista de difícil erradicación que infecta principalmente a pacientes con patologías de base, fundamentalmente en unidades de críticos, causando infecciones graves y dificultando notablemente su manejo terapéutico. Objetivos: describir características epidemiológicas/microbiológicas del brote. Identificar factores implicados en su recidiva. Proponer acciones de control y mejora.

Métodos: Vigilancia activa tras cultivos microbiológicos. Creación de Grupo de Mejora, GM. Caso confirmado: aislamiento de ABO58 en muestra biológica junto a signos/síntomas de infección en esa localización, con genotipado rep-PCR común al brote. Colonizado: ABO58 aislado en paciente asintomático. Estudio descriptivo ambispectivo. Variables: sociodemográficas, de ingreso, clínicas y factores de riesgo.

Resultados: En Febrero'15 se confirma clonalidad por rep-PCR de brote en UCI, con 3 casos y 1 colonizado por *A. baumannii* betalactamasa OXA-58 (endémico en 2008-10), superando la frecuencia esperada de 1,33 infectados-colonizados/mes. A pesar de inicio precoz de medidas de control (aislamiento de contacto-higiene de manos-constitución GM), el brote se prolongó cinco meses, afectando a 12 casos, 24 colonizados y 4 subunidades. Tasa ataque: 2,321%. Clínica predominante: neumonía y sepsis. Mortalidad: 25% (8,33% directamente atribuible). Actuaciones: reuniones diarias del Grupo, personal exclusivo por unidad, disminución rotación de pacientes y personal, uso ropa desechable y limpieza profunda/desalojo con validación mediante bioluminiscencia. Líneas de mejora: incorporación de vigilancia epidemiológica de colonizados a sistemática de la unidad, lavados con clorhexidina 4%, descontaminación digestiva selectiva y programación de cambio estructural. La cohorte de pacientes estricta recomendada (infectados-colonizados/sanos/grises) se demoró 3 meses por sobrecarga asistencial. Aunque el estudio ambiental resultó negativo, volvió a circular el mismo clon en febrero'16 (2 casos, 6 colonizados). Mecanismo de transmisión atribuido: transmisión cruzada (manos y fómites).

Conclusiones/Recomendaciones: La creación del GM ayudó a priorizar problemas/actuaciones. La estructura de la unidad, sobrecarga asistencial y alta rotación de personal/pacientes, favorecieron la aparición del brote. La difícil decisión de derivación de ingresos prolongó la duración del brote, retrasando instauración de cohortes efectivas. La recirculación periódica del mismo clon intermitentemente y el estudio ambiental negativo, sugieren reservorio hospitalario fuera de la unidad.

508. BROTE DE FARINGITIS POR ESTREPTOCOCCO β -HEMOLÍTICO GRUPO A EMM11 VEHICULIZADO POR ALIMENTOS

M.L. Abaira García, M.J. Purriños Hermida, P. Daporta Padin, J.M. Pita Carretero

Xefatura Territorial de Sanidade; Dirección Xeral de Saúde Pública; Hospital Universitario Lucus Augusti.

Antecedentes/Objetivos: *S. pyogenes*, o *Estreptococo* β -hemolítico grupo A, es un patógeno humano responsable del 15-30% de casos de faringoamigdalitis (FA) en niños en edad escolar. La vía de transmisión es respiratoria pero, aunque menos frecuente, también alimentaria. El día 6 de octubre de 2015 se notificó un número inusual de casos de FA con test de detección rápida o streptotest positivo, en niños de un colegio de Lugo. La clínica respiratoria hizo pensar en una transmisión respiratoria, pero la inusual concentración de casos en tiempo apoyaba la hipótesis de fuente común.

Métodos: Estudio descriptivo. Definición de caso: alumno, personal o colaborador del colegio, con inicio de síntomas entre el 15 de septiembre y el 8 de noviembre, diagnosticado de FA por un médico. Estudio de cohortes retrospectivo. Definición de caso: alumno de Educación Secundaria, con inicio de síntomas entre los días 2 y 7 de octubre. Encuesta epidemiológica. Datos: nombre, apellidos, curso y alimentos consumidos los días 1 y 2. Análisis de datos: software EPI-DAT 3.1. Pruebas microbiológicas: Streptotest y en 6 muestras cultivo, antibiograma y serotipado. No se analizaron muestras de alimentos. Método de elaboración de los alimentos preparados los días 1 y 2 de octubre.

Resultados: La tasa de ataque entre los alumnos fue del 62%, entre el profesorado 9%, entre personal no docente 14%, y entre madres colaboradoras en el comedor escolar 57%. Las tasas de ataque por curso escolar más bajas se dieron en 5ª Primaria y en los cursos más altos de la ESO. En dos de las 8 rutas de transporte escolar tuvieron un mayor número de casos. No hubo diferencias significativas en las tasas de ataque por sexo. Cuadro clínico por orden de frecuencia: odinofagia,

hipertrofia, hiperemia amigdalar, exudado y febrícula. La curva epidémica presentó una onda entre los días 2 y 6 de octubre, pico el día 4, y un goteo de casos pre y post onda. El período medio de incubación entre el consumo del alimento implicado epidemiológicamente y la fecha de inicio de síntomas fue de 2 días. Estudio de cohortes retrospectivo: 78 encuestas (38 enfermos y 40 no enfermos). Se detectó asociación, estadísticamente significativa, entre el consumo de ensaladilla (día 2) y guisantes con jamón (día 1) y el riesgo de enfermar. Pruebas de laboratorio: Streptotest positivo en 101 de 105 realizadas. Seis cultivos positivos para *S. pyogenes* M11, con un perfil de resistencia a clindamicina, eritromicina y tetraciclina. La elaboración fue correcta. La investigación ayudó a identificar los factores contribuyentes de multiplicación en la ensaladilla. No así en los guisantes con jamón.

Conclusiones/Recomendaciones: Brote de FA por *S. pyogenes* M11 probablemente causado por consumo de ensaladilla.

37. ALERTA POR EXPOSICIÓN A SUSTANCIA TÓXICA EN UNA PISCINA PÚBLICA

D. Almagro López, F. Carazo Rodríguez, A. Rodríguez Martínez, D. Almagro Nievas

Distrito Granada Metropolitano.

Antecedentes/Objetivos: Tras la reclamación y denuncia presentada por una usuaria en una piscina pública donde, según la misma, ocurre una alerta por exposición a varias sustancias químicas utilizadas en la piscina, se decide notificar la alerta en salud pública y proceder a la investigación de la misma a efectos de valorar el alcance de la misma y evitar nuevos accidentes. El objetivo es describir la intoxicación química sufrida por la usuaria, su evolución y la inspección medioambiental realizada.

Métodos: Para su investigación se siguió el Protocolo de Alertas de Intervención ante Alertas por Accidente con Sustancia Tóxica. La alerta fue comunicada a Epidemiología por Protección de la Salud que a su vez le llegó por la Delegación Territorial, de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Granada. Se recibe un escrito donde la usuaria describe la intoxicación, dos partes de asistencia y Atestado de la Dirección General de la Policía. Tras su valoración se decide comunicar la alerta al SVEA como Alerta por exposición a tóxicos por la alarma social y por posibles riesgos en salud pública. Se diseñó una encuesta epidemiológica para concretar el relato de la reclamación y los informes médicos. Se contactó con todos los presentes: gerente, administrativo y técnico de mantenimiento. La inspección medioambiental se realizó el día 29 de junio entre la Farmacéutica de la UGC de Protección de la salud y el Epidemiólogo. Se realizó inspección con acta, estudio fotográfico y se recogieron las Fichas de Datos de Seguridad Química. Se tomó muestras de cloro en la piscina. Se dio por finalizada cuando se confirmó que no seguía el riesgo y la evolución de la paciente era buena.

Resultados: Mujer de 46 años con diagnósticos médicos de urgencias y del médico de familia con intoxicación por cloro con una clínica de sensación disnea, molestias traqueales, esputos hemoptoicos y tos seca y con saturación de O₂ del 98% y frecuencia cardíaca de 56. Por encuesta epidemiológica, se recoge el olor a cloro gas, náuseas, tos de 24 horas, picor en la garganta, dolor torácico, disnea y cefalea. La evolución de cuadro fue mejoría en 48 horas con tratamiento de urbasón de 40 mg. En la inspección ambiental se encontró un sistema de cloración y corrección del pH automático y controlado por una empresa externa. Los chorros de agua salían desde el suelo. La hipótesis es que pudo salir el cloro gas acumulado en las tuberías desde que se echa hasta su llegada a la piscina. No se encontraron otros factores de riesgo ambientales. El cloro en la piscina a las 2 horas de funcionamiento era de 1,8. Se realizó espirometría.

Conclusiones/Recomendaciones: Hubo una intoxicación por exposición a cloro gas con buena evolución y sin demostrar encontrar factores de riesgo ambiental.

345. ¿HEMOS TENIDO UN BROTE DE INFECCIÓN HOSPITALARIA POR *KLEBSIELLA* MULTIRRESISTENTE?

Y. Ortega López, J.P. Mazuelas Teatino, A. Molleja García, J.C. Plata Rosales

Servicio de Medicina Preventiva; Servicio de Microbiología; Hospital Infanta Margarita.

Antecedentes/Objetivos: En el Hospital Infanta Margarita se detectó una agrupación de dos casos de infección nosocomial por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (KPC) con origen en la misma planta de hospitalización entre las fechas 5/8/15 y 10/9/15, se inició la investigación del brote por parte del Servicio de Medicina Preventiva. Por vigilancia activa de pacientes se identificaron 2 más con colonización intestinal por la bacteria en las siguientes 48 h en la misma planta. Posteriormente, se identificaron dos casos nuevos de infección urinaria por *Klebsiella pneumoniae* KPC, ambos tenían el antecedente de ingreso anterior en la planta entre las fechas en las que se detectaron los casos anteriores. Objetivo: describir la agrupación de casos de infección/colonización por *Klebsiella pneumoniae* KPC en pacientes de la 5ª planta de hospitalización.

Métodos: Estudio descriptivo de la agrupación de casos por *Klebsiella pneumoniae* KPC.

Resultados: Caracterización epidemiológica del brote: fecha de inicio primer caso: 5/08/15, fecha detección del brote: 10/09/15, fecha detección último caso: 18/11/15, fecha alta último caso: 21/12/15, fecha finalización del brote: 21/12/15. Resumen de casos: de los 6 pacientes, 2 presentaron infección urinaria, uno infección quirúrgica, otro bacteriemia y 2 colonización intestinal. Todos fueron hombres. Los principales factores de riesgo identificados fueron estancia hospitalaria prolongada (> 14 días), uso de dispositivos invasivos, antibioterapia prolongada, edad avanzada y enfermedad crónica concomitante. De los 6, fallecieron 4. Resultados microbiológicos: se remitieron muestras de los 4 primeros pacientes al laboratorio de referencia de multirresistentes. Los 4 presentaron producción de carbapenemasa KPC-3 pertenecen al clon ST512, pero presentaron diferencias entre ellos (1-3 bandas). Las diferencias observadas entre los aislados de los 4 pacientes sugieren la adquisición del mismo clon en eventos diferentes. El laboratorio de referencia, indicó que debido al escaso tiempo transcurrido entre la aparición de los casos, descartaban que la diferencia entre los distintos pulsotipos pudiera deberse a mutaciones en el intestino de los pacientes. No se llegó a identificar ningún reservorio ambiental que pudiese relacionarse con el origen del acumulo de casos. No disponemos de resultados de genotipado de los dos últimos pacientes identificados.

Conclusiones/Recomendaciones: Con los conocimientos que se tienen de la bacteria hasta el momento, resulta improbable que existiese transmisión cruzada entre pacientes. A pesar de que los resultados microbiológicos de genotipado descartaban el origen común y la transmisión cruzada, se estableció relación espacio temporal entre los 6 casos (confirmación epidemiológica).

337. CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DE *TRYPANOSOMA CRUZI* EN TRIATOMINOS EN EL SUR DE ESTADO DE MÉXICO, MÉXICO

F.I. López Vivas, R. Montes de Oca Jiménez, I. Medina Torres, J.P. Acosta Dibarrat, J.C. Vásquez Chagoyan

Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Salud Animal; Facultad de Medicina, Veterinaria y Zootecnia.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad de Chagas es causada por el parásito protozoario *Trypanosoma cruzi* (T. cruzi) que incluye seis unidades discretas de tipificación (DTU's) nombradas como TcI, TcII, TcIII, TcIV, TcV y TcVI. El objetivo de trabajo fue la caracterización molecular de DTU's de *Trypanosoma cruzi* en triatomos infectados.

Métodos: El estudio se realizó por conveniencia en municipios del sur del estado de México, México. La identificación de triatomos es con claves morfológicas de Lent y Wygodzinsky. La extracción de ADN de triatomos se realizó con kit comercial y la identificación molecular de *Trypanosoma cruzi* con cebadores TCI, TCII, amplificamos la región intergénica del gen mini-exón.

Resultados: 162 triatomos fueron colectados en los municipios del sur del Estado de México, prevalece la especie *Meccus pallidipennis* (73,45%) *Triatoma dimidiata* (1,23%) primera vez referenciada y *Triatoma spp* (25,30%). Del total de muestras se obtuvo un 30,24% (48) de positividad a *Trypanosoma cruzi* por PCR, los triatomos fueron colectados dentro del domicilio y fuera, mostrando el 75,51% y 18,36% de especímenes muestreados respectivamente y un 6,12% de los cuales no se tiene datos. En las muestras positivas a T. cruzi se identificó el estadio que se encontraba y fue 59,18% de adultos y 40,81% de triatomos en estadio ninfal. Las muestras identificadas por PCR positivas a T. cruzi serán enviadas a secuenciación y corroborar resultados.

Conclusiones/Recomendaciones: *Trypanosoma cruzi* está circulando en el vector *Meccus pallidipennis* Los ejemplares han sido colectados tanto dentro como fuera del domicilio con lo cual se intuye que la alimentación de los triatomos puede ser de animales domésticos y/o humanos. La mayoría de los especímenes recolectados han sido adultos, estos pueden considerarse como medio de infestación en la vivienda o en el peridomicilio debido a su capacidad de reproducción. Se identificó la presencia del vector *Triatoma dimidiata* en la región, cabe destacar que no se tenían reportes de su presencia. Todas las muestras positivas a *Trypanosoma cruzi* DTU TcI por PCR pueden indicar la presencia de signos patológicos cardíacos en individuos infectados en la región de estudio Los ejemplares muestreados positivos a *Trypanosoma cruzi* DTU TcI fueron 75,51% (37) que se colectaron dentro del domicilio nos proporciona indicios de la positividad a la enfermedad de Chagas en humanos, debido a la estrecha relación entre el lugar de colecta, sus habitantes y la convivencia con el vector Se recomienda el muestreo de humanos y realizar correlación de los resultados.

531. POSIBLE INTRODUCCIÓN DEL ZIKA EN MÉXICO EN 2010 DADO EL INCREMENTO DE LA MORTALIDAD POR MICROCEFALIA

L. Anaya López, L.H. Anaya Velarde, L.F. Muñoz Pérez, V.M. Torres Meza

Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud del Estado de México; GlaxoSmithKline Biologicals.

Antecedentes/Objetivos: Desde mayo del 2015, varios estudios han insistido en el grave problema de salud pública que es la enfermedad por la infección del virus del Zika dado que la asocian con nacimientos de niños con microcefalia. En México la Secretaría de Salud informó el 20 de octubre del 2015 "En México no se han registrado casos de infección por virus Zika, ni se ha detectado la circulación del virus"; el 17 de noviembre del 2015 informa del primer caso "importado". Nuestro objetivo es describir las diferencias de la mortalidad por microcefalia entre las entidades o provincias mexicanas con alta transmisión de dengue y las entidades o provincias mexicanas con baja o nula transmisión de dengue entre los años 2004 al 2013 y demostrar la posible introducción del Zika en México antes del 2015.

Métodos: Se estudiaron todas las muertes por microcefalia en menores de 1 año ocurridas en los Estados Unidos Mexicanos del 2004 al 2013. Se seleccionaron provincias con mayor incidencia de dengue, de acuerdo a su incidencia por dengue entre 2011 y 2015. Con ello se conformaron 18 provincias que se consideraron de alta transmisión y las 14 provincias con baja o nula transmisión de dengue. Se realizó una prueba de hipótesis por cada año utilizando la diferencia de pro-

porciones para valores z de 1,96 a -1,96, que representa un 95% de confianza. Se utilizó Excel para el cálculo de los valores z por cada año.

Resultados: Entre el año 2004 y 2013 ocurrieron 593 defunciones por microcefalia CIE 10 (Q03) en México y nacieron 22, 248, 680 niños. El año con mayor tasa de mortalidad por microcefalia fue el año 2010 con una tasa de 3,1 por 100.000 nacidos vivos, el año con menor riesgo de morir por microcefalia fue el año 2009 con una tasa de 2,2 por 100.000 nacidos vivos. Las pruebas de hipótesis demuestran diferencias significativas en el año 2010 un valor z de + 2,9 a favor de las provincias con alta transmisión de dengue. En el resto de los años se observa que entre el año 2004 y año 2009, un valor de z que no fue estadísticamente significativo; para estos años los valores z fueron negativos lo que representa que las provincias con baja o nula transmisión de dengue tuvieron una tasa mayor de mortalidad por microcefalia que las provincias con alta transmisión de dengue.

Conclusiones/Recomendaciones: Nuestros resultados demuestran que en México se incrementó la mortalidad por microcefalia en provincias con alta transmisión de dengue en el año 2010, que la diferencia de la mortalidad entre estas provincias y las de baja o nula transmisión de dengue fue estadísticamente significativa, siendo mayor en las primeras, por lo que podemos concluir que existe la posibilidad de que este incremento esté asociada a la presencia de infección por Zika.

885. ESTUDIO COMPARATIVO DE 2 BROTES DE TOSFERINA PROVINCIALES. EFECTO DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS

N. Pascual Aguirre, O. Martínez García, M. Noguera, R. Virilabo, P. Carrasco Rodríguez, M.A. Rubín Gómez

Unidades de Gestión Clínica Interniveles de Salud Pública de Granada; UGC La Zubia.

Antecedentes/Objetivos: La tosferina es un importante problema de Salud Pública, especialmente en lactantes menores de 6 meses que no han recibido aún la primovacuna. En España, como en otros países, existe un aumento de su incidencia, siendo Granada la provincia andaluza con mayor tasa de incidencia. La introducción de la vacuna dTpa en el calendario vacunal (2012) se ha relacionado con este incremento, otro factor importante ocurre en la provincia, en 2014, cuando se facilita la petición de PCR específica desde los Centros de Salud de Atención Primaria. Se comparan las características epidemiológicas en 2 brotes poblacionales 2011 y 2015, anterior y posterior a estos acontecimientos.

Métodos: Población de Granada es de 910.000 habitantes. Se incluyen los casos declarados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en los dos brotes poblacionales de tos ferina ocurridos en 2011 y 2015. Las variables de análisis son las disponibles en la Aplicación Red Alerta. Se realiza estudio descriptivo y análisis bivariante (chi-cuadrado), para evaluar estadísticamente las características epidemiológicas diferenciales entre brotes.

Resultados: Las tasas de incidencia fueron 1,22 y 2,15 por 100.000 habitantes respectivamente. La tasa específica en lactantes fue similar en ambos brotes. Hubo diferencias en la distribución por edades de los casos, en 2015, el porcentaje de lactantes fue superior ($p = 0,0005$). El porcentaje de ingresos fue inferior en 2015 ($p = 0,04$). El porcentaje de bien vacunados entre menores de 14 es similar en ambos brotes. La indicación de quimioprofilaxis se realizó con la misma frecuencia en ambos brotes.

Conclusiones/Recomendaciones: El estudio permite interpretar el efecto que la accesibilidad de la prueba diagnóstica en Atención Primaria tiene sobre la epidemiología de los brotes. En 2015 se declaran un mayor nº de casos, varía la frecuencia de casos en adultos, y disminuye el % de ingresos, al ser la incidencia en lactantes similar en ambos brotes, las diferencias se explican por el aumento diagnóstico de casos leves.

404. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE A DENGUE

M.C. Nascimento, A.L. Rodrigues-Júnior

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG, Alfenas, MG, Brasil; Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Antecedentes/Objetivos: A Dengue avança como um problema social cada vez mais expressivo. Por isso, foi desenvolvido este estudo cujos objetivos foram conhecer os significados da Dengue para os Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Alfenas, Minas Gerais, bem como identificar forças restritivas e propulsoras para o controle da doença.

Métodos: Tratou-se de uma Pesquisa de Representação Social, de abordagem qualitativa, que adotou a Teoria das Representações Sociais como o referencial teórico-metodológico; o trabalho de campo contemplou entrevistas individuais aos Enfermeiros nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do Município, entre junho e julho de 2015; os depoimentos foram gravados, transcritos e posteriormente analisados/apresentados por meio do Método do Discurso do Sujeito Coletivo.

Resultados: Do sujeito coletivo emergiram as seguintes Representações Sociais: desconforto enorme, problema de saúde pública, descuido das pessoas, consequência da falta de educação, doença viral, preocupação e medo, doença grave, doença causada pela picada do mosquito, epidemia, doença de país pobre, mais uma doença para a gente cuidar e uma guerra. Em relação ao controle da Dengue, foram reconhecidos como dificultadores: a falta de conscientização da população, a resistência e falta de responsabilidade das pessoas, a alta proliferação do mosquito, a grande quantidade de foco, os boatos, a falta de informação sobre a doença em si, o desconhecimento da causa, a capacitação dos Agentes de Controle de Endemias e a falta de mais cobrança dos Agentes Comunitários de Saúde; como facilitadores, o trabalho de orientação e de conscientização, a educação da população, a consciência das pessoas, o saneamento básico, as parcerias das Equipes de Saúde da Família com os Agentes de Controle de Endemias, a cobrança da população, a capacitação e a remuneração dos Agentes de Controle de Endemias e o dever da população.

Conclusiones/Recomendaciones: O conhecimento sobre as Representações Sociais sobre a Dengue é importante para a compreensão da sua causalidade e para o enfrentamento do problema de Saúde Pública/Saúde Coletiva na atualidade. O estudo foi capaz de fazer emergir valores e símbolos do sujeito coletivo de Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Alfenas-MG sobre a Dengue e o enfrentamento da epidemia, que contribuíam com a inteligência dos serviços de saúde, por se tratar de profissionais que atuam na linha de frente do Município, promovendo o enfrentamento da doença.

19. ABORDAJE DE LOS BROTES DE ESCARLATINA EN LA POBLACIÓN DE ALICANTE, 2011-2015

M.V. Rigo Medrano, I. Cremades Bernabeu, E. Sánchez Carratala, J. Roda Ramón, S. Cilleruelo Hernández

Dirección General de Salud Pública, CSP Alicante; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La escarlatina en España no tiene consideración de EDO, se declara en brote epidémico. La posibilidad de que *Streptococcus A* provoque complicaciones graves a largo plazo influye en importancia de pronta declaración/investigación. Desde 2009 existe test rápido de detección de *Streptococcus A* en frotis faríngeo, podría facilitar la interrupción transmisibilidad en brotes. Desde 2011 se utiliza en este territorio para el abordaje de los mismos. Presentamos serie temporal de brotes de últimos 5 años en área metropolitana

de Alicante. Objetivo: describir los brotes y gestión que se hizo de los mismos.

Métodos: Estudio descriptivo de cohortes período 2011-2015. Investigación multietápica de brote: a) confirmación existencia de brote, b) encuesta afectados, c) visita terreno epidémico, delimitación espacial, d) búsqueda activa casos, e) implantación medidas a corto plazo y f) investigación y tratamiento de portadores en niños y adultos. Para detectar portadores se enviaron cartas informativas con particularidades de la enfermedad y de la prueba, solicitando autorización a padres/tutores de alumnos implicados (población riesgo). Se utilizó el test rápido de detección de *Streptococcus A*. La prueba se realizó en el territorio del brote a niños y adultos en relación con ellos, con lectura en lugar, haciendo llegar en mano ese mismo día, carta con resultado y si procede recomendaciones de tratamiento y aislamiento al menos 48 horas desde inicio tratamiento.

Resultados: Nº de brotes: 12 brotes declarados en el período 2011-2015, 100% en centros docentes, 100% notificados por directores centro. Incidencia de brotes aumentó en el transcurso serie temporal. 50% notificados en 2015. Media casos por brote: 5,33 (rango 2-16 casos/brote). Rango edad entre 3 y 6 años, ligero predominio varones. Las tasas de ataque entre 2% y 18,75% (mediana de 5%). Tasa respuesta global a solicitud de autorización fue 94,35% (74-100%). Tasa portadores niños entre 9,4% y el 57,7% (mediana 22%). Personal adultos (docente) la tasa portadores entre 0-32,8% (mediana 7,69%). No aparición nuevos casos tras tratamiento de portadores en ninguno de los brotes.

Conclusiones/Recomendaciones: Aumento de incidencia. Buena tasa de respuesta a intervención. La población susceptible escolar fundamentalmente infantil. Los portadores adultos no constituyeron fuente importante de transmisión. La utilización de la técnica de detección rápida frente al cultivo es una herramienta complementaria fundamental en abordaje de brotes escarlatina. Instauración de medidas preventivas así como manejo de portadores y tratamiento mostró ser efectivo para interrumpir la transmisión de enfermedad.

654. BROTE DE GASTROENTERITIS AGUDA POR NOROVIRUS GENOGRUPO II EN UN CENTRO DE MAYORES: USO DE VIRICIDAS

O. Martínez, B. López, S. Martín, A. Linares

Complejo Hospitalario Universitario de Granada (Virgen de las Nieves); Distrito Sanitario Granada-Metropolitano.

Antecedentes/Objetivos: Los brotes de gastroenteritis aguda (GEA) son un problema frecuente en los centros de mayores. Se estima que el 59% de casos notificados, ocurren en estas instituciones, siendo Norovirus el agente causal en el 87%. En diciembre de 2015 se notificó al Distrito Sanitario la agrupación de casos en un centro de mayores. Se establecieron las medidas de prevención y control y se investigó el brote. La hipótesis inicial fue: "brote de GEA de transmisión persona-persona, siendo la causa más probable vírica". El objetivo del estudio es describir el brote y las medidas adoptadas, así como analizar los factores asociados.

Métodos: Se hizo búsqueda activa de casos e inspección del establecimiento. Se estudió a los manipuladores de alimentos y se indicó recogida de muestras de heces en 5 casos. Se realizó encuesta epidemiológica a los residentes y trabajadores del centro, para recogida de variables de persona (sexo, edad, enfermo, dieta, consistencia comida, síntomas, antecedentes, categoría profesional), lugar (planta, tipo de habitación) y tiempo (turno, inicio de síntomas). Se aplicaron las medidas de prevención y control el 31 de diciembre de 2015. Se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo, se calculó el RR (IC95%) y se asumió un valor p de = 0,05.

Resultados: La tasa de ataque entre residentes fue de 51,5% (50/97) y entre trabajadores de 9,1% (6/66). Los síntomas más frecuentes fueron vómitos y diarrea. El riesgo de enfermar fue 1,82 veces superior

en mujeres (IC95% 1,08-3,08) y 1,53 veces superior en personas con edad = 85 años (IC95% 1,04-2,26). El periodo epidémico fue del 30 de diciembre de 2015 al 10 de enero de 2016. La curva epidémica muestra aparición lenta de casos durante un intervalo superior a un periodo de incubación, sin agrupación, descartando una fuente común. El estudio de heces concluyó que Norovirus genogrupo II fue el agente causal, siendo positivo en el 80% (4) de muestras. En el centro no se utilizaba lejía o cualquier otro producto viricida para la desinfección de instalaciones.

Conclusiones/Recomendaciones: Se confirmó la hipótesis inicial. El sexo femenino y la edad = 85 años fueron factores de riesgo para enfermar, hecho que se relacionó con el mayor uso de absorbentes para incontinencia en mujeres y personas de edad avanzada. Un factor favorecedor del brote fue la carencia de productos viricidas como la lejía para la desinfección, lo que pudo influir en una tasa de ataque en los residentes (51,5%) superior a lo que establece la evidencia en este tipo de brotes. La introducción de productos viricidas permitió un rápido control de los casos.

927. E. COLI VEROTOXIGÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, 2014-2015: MISMA ESTACIONALIDAD Y LUGAR GEOGRÁFICO

M.I. Barranco Boada, M.V. García Palacios, J.C. Guerra Álvarez, J. Nieto Vera, N. López Ruiz

SAS.

Antecedentes/Objetivos: La infección por *E. coli* verotoxigénica es la causa principal de síndrome hemolítico urémico (SHU) y la más grave de insuficiencia renal en niños (5-10% de casos en brotes). Hasta el año 2014 no era frecuente la aparición de este síndrome en nuestro hospital, sin embargo, se produjeron dos brotes en años consecutivos y en el mismo periodo (agosto-septiembre 2014 y 2015). Objetivos: comparar las características microbiológicas de los casos en cada uno de los cluster ocurridos en los años 2014 y 2015. Describir las posibles causas que subyacen en cada uno de estos cluster.

Métodos: Estudio observacional y descriptivo de las características epidemiológicas en cada uno de los brotes ocurridos.

Resultados: Todos los afectados eran menores de 5 años, con resultados positivos para *E. coli* verotoxigénico en 5 de los casos de 2014 y tres casos de 2015. Los serotipos, verotoxinas y genes fueron idénticos en los cinco casos de 2014 (vtx 1 y 2 y O111:H8). En 2015, existió una agrupación familiar de tres casos positivos para *E. Coli*, dos de ellos idénticos en verotoxinas, serotipo y genes (vtx 2a + 2c, O157:H7); el caso 3 que evolucionó a un SHU, tenía vtx 1 y 2, con diferentes genes (2a + 2d) y serotipo (no-O157:H49), respecto a los dos anteriores. Posteriormente, se confirmó la existencia de vtx 1 no-O157:H25 en el padre. Cinco de los ocho casos de 2014 y dos de los 3 casos evolucionaron a SHU, quedando uno de ellos con Insuficiencia renal crónica (menor de 2 años). Un cuarto caso de SHU en 2015 sin confirmación microbiológica pudo incluirse en el cluster por coincidir los resultados de familiares con padre caso1-2. No se encontró vínculo epidemiológico en el cluster de 2014. En 2015 existió sospecha de transmisión alimentaria, proximidad de domicilios entre casos y frecuentación de mismo establecimiento de venta de carne.

Conclusiones/Recomendaciones: No se encontró vínculo epidemiológico claro en ambos clusters. La gran variedad de *E. coli* encontrados ponen de manifiesto la circulación de este patógeno, principalmente, en época estival y en una zona geográfica concreta, dada la evolución subclínica de dos de los contactos en los que se aisló la cepa. Una actuación multidisciplinar y rápida para la búsqueda activa de contactos (familiares y no familiares) son esenciales para el control de este tipo de problemas por la relevancia clínica que suponen, sobretodo, en niños, y para mejorar/estudiar los factores de riesgo que pudieran estar asociados.

CP06. Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías (I)

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 15:00 a 17:00 h

Pantalla 2

Moderadora: Antonio Sarría Santamera

331. PROFESIONAL DE SALUD, GESTORES Y USUARIOS: PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO 2016

H.I. Estrada Molina, I.S. Morales Salcedo, C.C. Laborde Cárdenas

Universidad del Norte de Barranquilla; Universidade Fernando Pessoa.

Antecedentes/Objetivos: La ocurrencia de eventos adversos constituye una falla de la seguridad para el paciente durante la atención hospitalaria, siendo este un indicador de calidad de atención en los servicios de salud. En Colombia la Seguridad del Paciente durante el proceso de atención en salud se hace obligatoria desde 2014. En la ciudad de Barranquilla no hay estudios sobre el tema. Objetivo: identificar la estructura, el proceso y resultados del Programa de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario del Norte según la percepción de los responsables y del usuario del servicio de hospitalización.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, conveniencia. La unidad de análisis es la seguridad desde la perspectiva de los profesionales, gestores (40 sujetos) y el usuario del servicio de hospitalización (100 sujetos) seleccionados aleatoriamente. El método de Avedis Donabedian (2014) es el referente del marco teórico con su enfoque de: estructura, proceso y resultado. Se aplicó la encuesta AHRQ. Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el IBM SPSS Statistic versión 22.

Resultados: La prevalencia de eventos adversos (EA) prevenibles fue de 0,65%. 0,31% de los pacientes hospitalizados sufrieron caídas con lesión. 0,04% presentaron EA relacionados a medicamentos. El 100% de los usuarios encuestados expresó no haber sido confundido con otros pacientes durante su hospitalización. El 64% de los encuestados expresó sentirse bastante seguro/a con la atención sanitaria recibida durante su hospitalización, mientras que el 36% se sintió muy seguro. El 47,5% de los profesionales manifestó que siempre o la mayoría de las veces se reportan los errores que no tienen el potencial de dañar al paciente. El 100% de los usuarios creen no haber sufrido de incidente durante su estancia hospitalaria, 5% considera las caídas eventos aislados y no asociados con la seguridad del paciente.

Conclusiones/Recomendaciones: Se concluye que en su estructura, el programa de seguridad del paciente no contempla el procedimiento para el monitoreo y control del funcionamiento del programa. Hay compromiso de alta y mediana dirección, se evidenció la debilidad en la socialización y retroalimentación lo cual dificulta la operatividad del programa. El paciente es el receptor de la atención en salud y su rol, al igual que el de su familia, en el programa de seguridad del paciente es muy pasivo. Se recomienda: la promoción de acciones fundamentadas en el fomento de la seguridad del paciente, la sensibilización al equipo de salud de la importancia de informar los EA presentes en la hospitalización y estrategias lúdicas para evitar eventos adversos.

599. PROFILAXIS QUIRÚRGICA PREOPERATORIA

I.F. León Espinosa, M.M. Melero García, R. Ferrer Estrems, V. Marco Cabero, J. Fayos Jover, J.L. Alfonso Sánchez

Hospital General de Valencia (CHGUV); Medicina Preventiva.

Antecedentes/Objetivos: Conocer proporción de pacientes que mantiene profilaxis antibiótica quirúrgica (PQA) al finalizar la intervención quirúrgica (IQ) Describir tipos de PQA. Conocer motivos por que se prolonga la PQA en un hospital terciario.

Métodos: Adaptación del cuestionario de Prevalencia Global de la OMS sobre uso de PQA aplicado a Intervenciones quirúrgicas realizadas en un Hospital terciario Datos de prescripción ordinaria de PQA (intervenciones quirúrgicas en los 3 días anteriores al corte) de Cirugía general, Urológica, ortopédica y traumatológica (COT), y Ginecológica-Obstétrica. Duración del estudio: 1 día (entre 10 marzo y 11 de abril de 2014). Variables: edad, sexo, tipo de procedimiento quirúrgico, tipo de herida, uso de profilaxis antibiótica sistémica utilizada, nombre antibiótico, frecuencia de administración perioperatoria, continuación de pauta antibiótica después de la intervención razón para la continuación.

Resultados: 19 intervenciones de COT, 10 de Urología y 8 de Ginecológico-Obstétrica. Mayores de 65 años 40%, de 50-65 años 30% y menores de 50 años 30%. Distribución por sexos (14 hombres y 23 mujeres), por procedimiento quirúrgico (mayoría Implantación de prótesis de cadera y rodilla e intervenciones sobre fracturas (el 38%), por tipo de cirugía (limpia (56,8%). Distribución según antibiótico usado (cefazolina en 23 intervenciones el 62% y ciprofloxacino en 5, el 13,5%), según uso de profilaxis quirúrgica sistémica (en 32 intervenciones (86,5%) y por servicio: COT en 15, Urología en 9, y Ginecología en 8. Según frecuencia de administración: 1 dosis en 12 IQ (32,4%), cada 12 horas el día de la IQ en 4 ocasiones (10,8), cada 8 horas en 1 (2,7%, cada 6 horas en 15 IQ (40,5%). Continuaban la pauta antibiótica 3 días después de la IQ en 21 ocasiones (56,8) y en 11 pacientes no estaba indicada (29,7). Motivos para continuar con la prescripción en 21 pacientes (56,8%).

Conclusiones/Recomendaciones: Se utilizó profilaxis antibiótica sistémica en 86,46% de las intervenciones. Utilizaron los antibióticos según protocolo. Continuándose la pauta antibiótica en 56,8% siendo el motivo la prevención de infección.

357. INCIDENCIA DE REACCIONES ADVERSAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

M.T. Kaiser Manzano, R. Mateos Campos

Universidad de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: Cuando los medicamentos salen al mercado es probable que sólo se hayan comprobado la eficacia y seguridad a corto plazo, en un pequeño número de personas seleccionadas. Es por ello necesario, controlar eficacia y seguridad en condiciones reales. La mayoría de los problemas relacionados con medicamentos y por ende los ingresos hospitalarios originados por ellos son prevenibles y evitables con seguimiento farmacoterapéutico. La automedicación inadecuada, juega un papel importante en la incidencia de reacciones adversas. Analizar la incidencia de reacciones adversas a medicamentos en estudiantes universitarios.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo transversal. Fuente de datos: cuestionario, validado, autocumplimentado. Variables dependientes: relativas al estudio de la farmacovigilancia: aparición de efecto adverso a medicamentos, tipo de efecto adverso, medicamento sospechoso de producir efecto adverso, comportamiento tras el efecto adverso, gravedad del efecto adverso, necesidad de asistencia sanitaria. Variables independientes: sexo. Población de estudio: muestra representativa al azar de estudiantes de la Universidad de Salamanca, tomando como unidad de muestreo el aula: 705 individuos. Análisis de datos: Descriptivo (frecuencia y %), relación entre variables (chi cuadrado).

Resultados: El 18,3% de los estudiantes han sufrido alguna vez una reacción adversa a medicamentos. Siendo un 18,7% son mujeres y el 17,0% son varones. El principal tipo de reacción adversa fue la

patología digestiva con un 31,0% de sujetos, seguida de reacciones alérgicas con un 23,3%, reacciones dermatológicas con un 11,6% y cefaleas con un 3,1%. Los medicamentos sospechosos de causar efectos adversos fueron: antibióticos con un 37,2%, antiinflamatorios con un 13,2%, analgésicos con un 3,1%, y fármacos indicados en patología cardíaca con un 2,1%. Tras la aparición del efecto adverso, el 37,2% de los estudiantes acudió a consulta médica, el 30,2% suspendió el tratamiento y tan sólo un 0,8% consultó al farmacéutico; sin embargo, un 3,9% consultó a su familia y amigos. El 58,9% de los estudiantes consideraron su reacción adversa como leve, el 34,9% sufrieron un efecto moderado, sin embargo, un 6,2% de ellos tuvieron un efecto adverso grave. Un 25,6% de los estudiantes necesitaron asistencia sanitaria tras el efecto adverso, siendo un 27,5% de mujeres frente al 18,5% de varones.

Conclusiones/Recomendaciones: El 18,3% de los estudiantes ha sufrido alguna vez reacción adversa a medicamentos, necesitando la cuarta parte de ellos asistencia sanitaria. Los principales tipos de reacciones adversas fueron: digestivas, alérgicas y dermatológicas, atribuidas a antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos. Tras la aparición del efecto adverso, el 37,2% de los estudiantes acudió a consulta médica, el 30,2% suspendió el tratamiento y sólo un 0,8% consultó al farmacéutico.

36. EPIDEMIOLOGÍA, UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA Y RESULTADOS EN SALUD: ANÁLISIS DE INGRESOS PREVENIBLES POR COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES, 2014

D. Almagro, C. del Moral, E. Gámiz, P. Guijosa, B. Gómez, B. López, M. Moles

Distrito Granada Metropolitano; UGC Interniveles de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Los Indicadores de Calidad Preventivos (PQI), hacen referencia a las admisiones por condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios que, según sugiere la evidencia, podrían haberse evitado mediante cuidados ambulatorios de calidad, o cuya gravedad podría haber sido menor si los pacientes hubiesen sido atendidos antes o tratados de forma más apropiada. Durante el año 2014, se produjeron 106 ingresos hospitalarios prevenibles por complicaciones agudas de la diabetes (DM), entre los usuarios del Distrito Sanitario Granada Metropolitano (DSGM). El objetivo es describir las características de los ingresos por complicaciones agudas de DM producidos en el ámbito del DSGM durante el 2014 y propuestas correctoras de las UGC.

Métodos: El objetivo de hacer un informe de DSGM sobre sus PQI, así como la propuesta de intervenciones correctoras. Se confeccionó una ficha de volcado que fue cumplimentada en 60 casos (72,3%). Con esta ficha se pretendía conocer la situación particular de cada uno de estos enfermos a fin de detectar los factores que hubiesen podido intervenir en los ingresos producidos. Se partía de los datos del CMBD de hospitales de referencia. En cada una de las historias del paciente se incorporó el formulario. Por epidemiología se realizó: apoyo metodológico, elaboración de la ficha, interpretación de resultados, identificación de factores modificables e intervenciones correctoras, elaborar el informe del DSGM e identificación de factores prevenibles y evidencias.

Resultados: Los casos analizados fueron 60 de 24 UGC y DM1 fue 43%. El 58% varones. La edad promedio fue 34 años en DM1 y 66 en DM2. El nivel socioeconómico en DM1 fue: medio (31%) y bajo (27%); en la DM2 fue: bajo (41%) y medio-bajo (28%). En el nivel educativo, en DM1 2º grado (42%) y en la DM2 el de sin estudios/1º grado (59%). En cuanto a la autonomía la mayoría fueron independientes. El tiempo de evolución fue superior a los 5 años en DM1 en el 69% en la DM2 en el 88%. La existencia de comorbilidad y polimedicación fue muy superior en la DM2 (88%) frente a la DM1 (27%). La fidelización del

paciente a las normas del Plan Integral de Diabetes de Andalucía fue determinación de HbA1c (DM1 77%, DM2 78%). Interconsulta hospitalaria adecuadas (DM1 58%, DM2 63%). Adecuación del tratamiento: insulinización (DM1 69%, DM2 63%). El manejo del régimen terapéutico era efectivo en la DM1 en el 42% y en la DM2 en 34% de los pacientes. C. Se identifican factores de mejora en educación diabética.

Conclusiones/Recomendaciones: Todos los resultados apuntan a que la potenciación y actualización de los conocimientos y habilidades de los profesionales sanitarios, junto con una amplia oferta de promoción de la salud a los pacientes y sus cuidadores.

657. INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA: PERCEPCIONES DE LOS MIR EN MADRID

R. González-Rubio, I. del Cura-González, E. Escortell-Mayor, E. Ojeda-Ruiz, A. Azcoaga-Lorenzo

Escuela Nacional de Sanidad-Instituto de Salud Carlos III; Unidad de Apoyo a la Investigación, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Madrid; Hospital Universitario Severo Ochoa.

Antecedentes/Objetivos: Existe una alta interacción entre la industria farmacéutica (IF) y los médicos. La formación especializada es esencial en la adquisición de hábitos y valores profesionales. Objetivos: describir la frecuencia de exposición y actitud de los médicos residentes de la Comunidad de Madrid (CM) con la IF y analizar la influencia de la especialidad, el entorno y la formación recibida.

Métodos: Estudio descriptivo mediante encuesta electrónica durante mayo y junio de 2015 a los MIR de la CM (N = 5.293). Se recogieron variables sociodemográficas y de relación con IF medidas por cuestionario adaptado de otros estudios con 5 bloques: frecuencia de interacción, percepción de su influencia, opinión sobre cómo controlarla, entorno y habilidades adquiridas; con los que se elaboró un índice sintético de relación con IF (ISIF). Análisis descriptivo bivariado y multivariante de regresión logística.

Resultados: Respondieron 350 residentes, un 8% (28% medicina familiar y comunitaria (MFyC), 57% hospitalarias, 15% otras). El 98% refiere haber tenido alguna relación con IF. El 20% cree que influye en su propia prescripción y el 48% que lo hace en los demás médicos. El 70% considera que es el médico quien debe controlar las visitas de IF y el 50% cree que debe ser la institución. Los residentes cuyo servicio o tutor/a aceptan regalos de la IF refieren mayor participación en actividades lúdicas (73% vs 48%, $p = 0,0$) y regalos de más de 30 euros no relacionados con actividad profesional (21% vs 6%, $p = 0,0$). El 96% no ha recibido información sobre conflicto de interés con la IF de su colegio profesional, 80% desconoce si su sociedad científica tiene normas al respecto y un 50% si su institución. Los residentes de especialidades hospitalarias tienen mayor probabilidad de presentar un ISIF = percentil 75 que los de MFyC, OR = 4,1 4(IC95%: 1,87-9,12). Los que han recibido algún tipo de formación sobre relaciones con la IF en entornos informales tienen ISIF = percentil 25 que los que no se han formado OR = 2,73 (IC95%: 1,26-5,92).

Conclusiones/Recomendaciones: Los MIR de la CM tienen un alto nivel de contacto con la IF y consideran que la influencia en su práctica es limitada. Los residentes de especialidades hospitalarias presentan una relación más positiva hacia la IF. Un entorno más proclive a la relación con la IF favorece la relación del residente con la misma. Las regulaciones y códigos éticos son muy poco conocidas por los residentes.

Conflicto de intereses: las autoras R González-Rubio y E Ojeda-Ruiz son residentes de una de las especialidades estudiadas en este trabajo.

547. INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

R. Curbelo, L. Carmona, M.J. García de Yébenes y G.T. Nexus

Instituto de Salud Musculoesquelética.

Antecedentes/Objetivos: Las consultas multidisciplinares (reumatología/dermatología) de atención de pacientes con artritis psoriásica (APs) constituye cada vez una herramienta mejor valorada por especialistas y pacientes. Como de entrada podría consumir más recursos que la visita estándar (participación de dos especialistas), es importante establecer unos indicadores de calidad que permitan evaluar la eficiencia de estas unidades. Generar indicadores de calidad de estructura, proceso y resultado de la atención multidisciplinar de pacientes con artritis APs.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo. En una reunión de grupo nominal, un total de 24 expertos (12 reumatólogos, 12 dermatólogos que realizan atención multidisciplinar en pacientes con APs) se discutió sobre los distintos modelos de atención multidisciplinar y se perfilaron los indicadores de calidad de la atención multidisciplinar en pacientes con APs. Paralelamente, se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre indicadores de calidad en modelos de atención multidisciplinar en APs publicados. Con toda esta información, se generaron los indicadores de calidad definitivos. Posteriormente a) se graduó el grado de acuerdo de los indicadores de calidad mediante una encuesta Delphi on-line. Se definió acuerdo si al menos el 70% de los participantes votaba = 7; b) se definió quién extrae la información para la elaboración de los indicadores, la fuente para la obtención de los datos, factibilidad, periodicidad y prioridad de los indicadores de calidad. Estos indicadores se mostraron a gerentes hospitalarios para su valoración. El documento completo se envió a los expertos para su última revisión. El proyecto estuvo coordinado por un experto metodólogo.

Resultados: Se generaron un total de 25 indicadores de calidad (2 de estructura, 4 de proceso, 19 de resultado), de los que todos menos 2 se aceptaron. Se confeccionó una tabla en la que se describen los indicadores de calidad y sus descriptores. Los indicadores obtuvieron el visto bueno de los gerentes hospitalarios.

Conclusiones/Recomendaciones: El desarrollo e implementación de indicadores de calidad puede ayudar enormemente en la atención multidisciplinar para pacientes con APs.

553. ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

M.J. García de Yébenes, L. Carmona, R. Curbelo, G.T. Nexus

Instituto de Salud Musculoesquelética.

Antecedentes/Objetivos: Generar estándares de calidad de la atención multidisciplinar de pacientes con artritis psoriásica (APs).

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo. En una reunión de grupo nominal, un total de 24 expertos (12 reumatólogos, 12 dermatólogos que realizan atención multidisciplinar en pacientes con APs) se discutió sobre los distintos modelos de atención multidisciplinar y se perfilaron los estándares de calidad de la misma. Paralelamente, se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre los estándares de calidad en la atención multidisciplinar en pacientes con APs publicados. Con toda esta información, se generaron los estándares de calidad definitivos y posteriormente se evaluó el grado de acuerdo mediante una encuesta Delphi on-line. Se definió acuerdo si al menos el 70% de los participantes votaba = 7. El documento completo se envió a los expertos para su última revisión. El proyecto estuvo coordinado por un experto metodólogo.

Resultados: Se generaron un total de 26 estándares de calidad (7 de estructura, 12 de procesos y 7 de resultados) que cubren todos los aspectos de la atención multidisciplinar en APs. Entre ellos destacan: las consultas de atención multidisciplinar deben disponer de una estructura física adecuada así como el equipamiento necesario para la atención de los pacientes con APs.

Conclusiones/Recomendaciones: La estandarización de la atención multidisciplinar en pacientes con APs puede mejorar el manejo y resultados de estos pacientes así como disminuir la variabilidad en la práctica clínica, los pacientes deben de tener acceso a pruebas complementarias, otros profesionales de la salud relacionados y tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) con evidencia demostrada de su eficacia aprobados, la evaluación y manejo de los pacientes con APs atendidos debe ajustarse a las manifestaciones clínicas de la enfermedad, gravedad de los síntomas, otros hallazgos clínicos, a factores pronósticos, evidencia científica así como a las preferencias y expectativas del paciente. En la atención multidisciplinar se debe realizar un registro sistemático de datos que permita evaluar el funcionamiento de la misma.

223. TWITTER COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

F.J. García-León, A. Romero-Tabares, R. Isabel-Gómez, M.P. Rosario-Lozano, E. Alfaro-Lara, E. Martín-López, S. Márquez-Peláez, E. Baños-Álvarez

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Antecedentes/Objetivos: Se ha planteado que las redes sociales pueden ser una herramienta adecuada para la gestión del conocimiento en las organizaciones. El objetivo de este trabajo es explorar el uso de Twitter para compartir conocimiento dentro de AETSA y entre esta y los profesionales sanitarios de Andalucía.

Métodos: Cada uno de los 8 participantes en el proyecto creó su entorno personal de aprendizaje (PLE), identificaron las fuentes y establecieron los criterios de selección de contenidos: publicaciones de AETSA y otras agencias de evaluación, artículos sobre síntesis de evidencia publicados en los dos meses previos priorizando los metodológicos, aquellos con controversia o difusión fuera de los ámbitos clínicos, siempre en el contexto de la medicina basada en la evidencia. Se definió la estructura común para cada tuit (etiqueta sobre origen o tipo de estudio, texto, enlace, y destinatarios) e identificaron los destinatarios: cuentas Twitter de sociedades científicas. Cada participante publicó autónomamente los contenidos, que eran revisados a posteriori en una reunión semanal de mejora en la que además se seleccionaba un artículo a difundir internamente en AETSA, por correo electrónico, y los temas a incorporar en los seminarios internos. La gestión común de la cuenta @AETSA_ se hizo con Hootsuite, y las estadísticas básicas con Twitonomy, Twitter Analytics, Audiense y TweepsMap.

Resultados: A través de los PLE se filtró información procedente de 25 revistas científicas, 40 cuentas de Twitter, 10 grupos de LinkedIn y las web de las principales agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. Se publicó una media diaria de 4 tuits, siendo retuiteados el 52% y marcados como favoritos el 33%; cada enlace fue abierto 2,5 veces de media. Los hashtags más usados fueron #Rev_Sist y las etiquetas de publicaciones de agencias de evaluación. Los destinatarios más frecuentes fueron @seepidemiologia, @sefh_, @semfyc, @safh_info, @ebevidencia y @samfyc; en el último mes se alcanzó un 2% de tasa de interacción con las cuentas potencialmente alcanzadas, entre las que se encontraban las de 20 sociedades científicas distintas. Los 950 seguidores de @AETSA_ procedían de Andalucía (28%), resto de España (60%) o resto del mundo (22%). Los contenidos distribuidos internamente por correo electrónico han versado casi en su totalidad sobre aspectos metodológicos.

Conclusiones/Recomendaciones: Twitter ha contribuido a crear en AETSA un entorno de aprendizaje organizacional a partir de los PLE, y a establecer conexiones en red con los destinatarios de la evaluación de tecnologías sanitarias.

899. UTILIDAD DEL ANÁLISIS DE INGRESOS POR INFECCIÓN URINARIA COMO INDICADOR DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Romero, R. Fernández-Urrusuno, L. Luque, M. Domínguez Butrón, M. Chávez, C. Serrano, L.M. Rodríguez Benjumeda

Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte; Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación anual de los motivos de ingreso hospitalario por complicaciones de patologías que se abordan desde Atención Primaria (PQI o indicadores de calidad preventivos) ha mostrado en 2013 en nuestra área sanitaria, una tasa de ingresos hospitalarios por complicaciones de infecciones urinarias (ITU) mayor del esperado teniendo en cuenta los valores medios de la tasa de ingresos por este motivo de la comunidad autónoma. En función de estos datos, se analizaron los posibles motivos que podrían explicar el valor de la tasa en el área. El objetivo del estudio fue caracterizar el perfil de los pacientes que causaron ingreso hospitalario por ITU.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Unidad de estudio: pacientes asignados a claves médicas del Área que presentaban registro de uno o más ingresos hospitalarios por ITU (códigos CIE9: 590-599) en el hospital de referencia en 2013. Se analizó el universo poblacional. Fuentes de datos: Conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Historia de Salud Digital. Variables: edad, sexo, comorbilidad, sondaje, urocultivo positivo, riesgo de mortalidad, mortalidad durante el ingreso y durante el año posterior.

Resultados: Se identificaron 137 pacientes. El 63% eran mujeres. El 27% tenían ≥ 85 años. 63 pacientes presentaban incontinencia urinaria; 30 eran portadores de sonda uretral; 61 diabéticos; 40 oncológicos; 84 presentaban hipertensión arterial; 60, cardiopatías; 43, insuficiencia renal; 25, hiperplasia benigna de próstata. El 57% presentaba un riesgo de mortalidad alto ($\geq 85\%$, según índice de Charlson). 97 pacientes tenían documentado aislamiento bacteriano. Un 15% desarrollaron bacteriemia; el 12% murieron durante el ingreso y 35% más, durante el año siguiente.

Conclusiones/Recomendaciones: Estos resultados nos orientan hacia la identificación de un perfil de pacientes "frágiles" con características y procesos que constituyen factores de riesgo de ITU complicada. Sería necesario replantear la utilidad de ciertos indicadores PQI como medida de calidad de la atención de complicaciones prevenibles o evitables desde Atención Primaria.

494. RELACIÓN ENTRE INGRESO HOSPITALARIO DURANTE EL FIN DE SEMANA Y MORTALIDAD HOSPITALARIA

J. Benet Travé, B. Barriga Ubed, E. Torné Villagrasa, A. Guarga Rojas

Regió Sanitària Barcelona CatSalut; Servei de Medicina Preventiva, Hospital Vall d'Hebron.

Antecedentes/Objetivos: Abundantes artículos muestran mayor mortalidad en pacientes ingresados en hospitales durante el fin de semana al comparar con resto de días. Por ello, en la Región Sanitaria de Barcelona (CatSalut) se ha llevado a cabo un estudio para contrastar dichos hallazgos, inicialmente de forma global, y permitir desarrollar en un futuro próximo un indicador de resultado para comparar los hospitales de la RSB.

Métodos: Con el CMBD-HA (2010-2014) de las altas hospitalarias de la población de Barcelona y su área metropolitana (5.000.000 de

habitantes) se ha analizado la mortalidad en pacientes ingresados en fines de semana (sábado-domingo) como variable dependiente. Variables independientes: sexo, edad, morbilidad (número de diagnósticos secundarios), el peso del GRD y la tipología del alta (médica urgente, médica programada, quirúrgica urgente y quirúrgica programada). La asociación se analizó mediante un modelo de regresión logística.

Resultados: Durante el período de estudio se notificaron 2.474.073 altas hospitalarias. La edad media fue 56,41 años (DE 24,92), el 30,3% fueron menores de 45 años y el 52,7% mujeres. El 14% del total de pacientes ingresaron en fin de semana. 69.434 pacientes (2,8%) fallecieron durante el ingreso. La mortalidad fue superior entre los hombres (3,2% vs 2,5%, $p < 0,0001$), en pacientes de mayor edad ($p < 0,0001$), y con mayor número de comorbilidades ($p < 0,0001$) en altas con mayor peso del GRD ($p < 0,0001$) y en altas médicas urgentes (5,3%) respecto al 3,7% de las altas quirúrgicas urgentes, 2,3% de las altas médicas programadas y al 0,3% de las quirúrgicas programadas ($p < 0,0001$). La mortalidad entre los pacientes ingresados en fin de semana fue del 4,6% respecto a 2,5% ($p < 0,0001$) para el resto de días. El análisis mediante regresión logística encontró una asociación entre ingresar durante el fin de semana y mayor mortalidad (Odds ratio: 1,07; IC95% 1,05-1,09), ajustando por edad, sexo, morbilidad, peso del alta y tipo de alta. También se observó una asociación de forma independiente con la edad (OR 1,43; IC95% 1,42-1,44), sexo (OR: 1,15; IC95% 1,14-1,18), morbilidad (OR: 1,34; IC95% 1,34-1,35), peso del alta (OR: 2,69; IC95% 2,66-2,72) y tipo de alta (OR: 1,9; IC95% 1,87-1,92).

Conclusiones/Recomendaciones: El riesgo de mortalidad intrahospitalaria entre los pacientes que ingresan los fines de semana es mayor que entre los admitidos el resto de días de la semana.

972. TENDENCIA Y COSTO MARGINAL DEL EXCESO DE CESÁREAS EN COLOMBIA, 2008-2013

M.C. Jaramillo-Mejía, D. Chernichovsky

Universidad Icesi, Departamento de Gestión Organizacional; Taub Center, Ben Gurion University.

Antecedentes/Objetivos: A nivel global, los índices de parto por cesárea han tenido un crecimiento exponencial, inclusive en muchos países han alcanzado un 20%, sobrepasando los límites de la tasa de cesáreas, determinado por la Organización Mundial de la Salud. Colombia no es la excepción y ante la crisis financiera del sistema, se requiere calcular el costo marginal de la cirugía cesárea, entendido éste, como el valor adicional de una cirugía cesárea frente a un parto normal, una vez superado el límite del 20%. El objetivo es evaluar la tendencia de la cirugía cesárea y caracterizar la población, así como calcular el costo marginal que significa para el sistema de salud este exceso.

Métodos: Estudio descriptivo, de corte, transversal, en el período 2008-2013, utilizamos la base de datos de estadísticas vitales del DANE de Colombia y las tarifas de servicios del manual de tarifas SOAT. Se evaluó la variación anual de la tendencia de la cirugía cesárea en el país y se caracterizó la población según educación, régimen de seguridad social y departamento. Además se costó el excedente de cesáreas, en las cuatro capitales grandes y el resto del país, en pesos colombiano y dólares.

Resultados: La cirugía cesárea ha pasado 38,78% (2008) al 46,66% en 2013 con una tasa de variación anual de 3,6% anual, esto significa para el país un costo marginal de 63 millones de dólares en 2008 a 78 millones de dólares en 2013. Se presenta en mujeres con estudios de nivel superior 1,74 veces más que en las mujeres con educación secundaria y en 1,55 veces más en mujeres profesionales. Mayor en el régimen especial 67,7%, contributivo con 54,0% y 41% en el subsidiado. Todos los grupos de edad están afectados, pero más el grupo de mayores de 35 años. Los departamentos con mayor proporción de cesáreas son los de la costa atlántica con 69,2%, coincide con la capital con

mayor porcentaje. Los departamentos más pobres en indígenas, tienen menor porcentaje, principalmente en la Amazonía, donde Vaupés tiene el 7% y el Chocó con el 20%, donde hay menos servicios especializados.

Conclusiones/Recomendaciones: Colombia tiene un alto gasto de cesáreas, relacionado con la población de mayores ingresos y nivel educativo, lo que puede estar contribuyendo al déficit fiscal del sistema. Se recomienda diseñar una política pública que permita la reducción del costo marginal y mejorar la auditoría del uso de las guías de práctica clínica, para evitar además del costo, las posibles complicaciones derivadas de la cesárea.

426. TALLOS DE CRECIMIENTO ELECTROMAGNÉTICOS, DECISIÓN SOBRE TECNOLOGÍA SANITARIA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

C.M. Noriega Barreda, I. Nieto Valverde, M.T. León Espinosa-Monteros, D. Farrington Rueda, M.R. López Márquez, C. Gallo García, J.M. Aldana Espinal, M.C. Gallardo Ballesteros, J.T. García Martínez

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La escoliosis es una curvatura de la columna en el plano coronal de más de 10° de Cobb. Los casos severos conducen a cor pulmonale y fracaso cardíaco derecho. El tratamiento se realiza mediante yesos, corsés y cirugía como los tallos de crecimiento, que requieren cirugía periódica para extender su longitud. Los tallos de crecimiento electromagnéticos (TCEM) consiguen esta distracción sin cirugía, mediante un mecanismo magnético externo. Objetivo: conocer la efectividad, seguridad, eficiencia de los TCEM para su implantación como prestación.

Métodos: Se realizó una revisión de agencia (AETSA), caracterización de casos y descripción de costes de la técnica convencional y TCEM.

Resultados: La revisión muestra que los TCEM son un procedimiento no inferior a los tallos convencionales y proporcionan beneficios a paciente y familia relacionados con el menor número de cirugías. Requieren mayor inversión inicial pero a partir del tercer año los costes se igualan y existe un ahorro hasta el final del tratamiento. Se espera unos 10 casos/año en Andalucía. El coste de los tallos convencionales se calcula en 42.004 €/paciente en 5 años; para los TCEM en 25.975€, siendo en el 3º año menor el coste para TCEM. Se decide la inclusión de TCEM en cartera de servicios y se designa para implantación en periodo de monitorización a la Unidad del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, que es CSUR de Ortopedia Infantil compleja del SNS. Se diseña un registro asociado a la implantación.

Conclusiones/Recomendaciones: Los TCEM parecen ser una alternativa terapéutica efectiva, segura y eficiente que debe acompañarse de un seguimiento y evaluación de resultados a largo plazo. Es posible la gestión de la cartera de servicios basada en la evidencia y colaboración de todos los agentes. Implicaciones prácticas: Implantación de tecnología beneficiosa para el paciente en las mejores condiciones de seguridad. Reordenación de la asistencia.

145. EVOLUCIÓN DE LAS HOSPITALIZACIONES DURANTE 14 AÑOS (2001-2014) EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

J.A. García Crespo, J.F. García-Cruces Méndez, J.M. Andrés de Llano, J.R. Garmendia Leiza, J.B. López Messa

Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Antecedentes/Objetivos: Analizar las características de los pacientes hospitalizados y su evolución en los 14 años del estudio.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de población ingresada en la red de hospitales públicos de Castilla y León

(Sacyl) desde el 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2014. Se realizó un análisis de regresión de Joinpoint para evaluar la tendencia de las hospitalizaciones a lo largo del tiempo.

Resultados: El número de hospitalizaciones durante el periodo de estudio fue de 3.359.572, de las cuales un 49,5% eran varones, la edad media de los pacientes en los hospitales analizados fue de $55,8 \pm 25,5$ años, con una mediana de 62 años, observamos además como un 25% de los pacientes tienen más de 77 años, por orden las provincias con mayor tasa de ingresos son Palencia, Soria y Burgos; el 61,7% de las altas analizadas procedían de un ámbito urbano. La estancia media ha ido disminuyendo desde los 7,4 días en 2001 hasta los 6,9 en 2014. En los primeros años se produce un incremento casi lineal en las altas evolucionando de poco más de 200.000 altas en el año 2001 a más de 250.000 en el 2007, este incremento no se ha perpetuado en el tiempo, quedándose estancado el número de altas alrededor de las 240.000. Al realizar el análisis de tendencias aplicando la regresión de Joinpoint, observamos una clara tendencia de aumento de la tasa de ingresos entre los años 2001-2004, con un Porcentaje Anual de Cambio (PAC) de 5,36, el cual es estadísticamente significativo, tendencia que no se ha podido observar en los años posteriores.

Conclusiones/Recomendaciones: La casuística de pacientes ingresados en los hospitales de la red sanitaria pública de Castilla y León (SACYL) presenta, frente a la misma para la totalidad del SNS, diferencias muy tenues, y principalmente relacionadas con la distribución por sexo y edad del total de las altas del período analizado. Se ha producido un estancamiento en el número de hospitalizaciones en los últimos años.

703. TERMOPLASTIA ENDOBRONQUIAL COMO TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL GRAVE

A.M. Carlos-Gil, S. Márquez-Peláez, J.M. Molina-Linde, M.P. Rosario-Lozano, S. Benot-López, M.T. Molina-López

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La termoplastia endobronquial (TB) consiste en la aplicación de radiofrecuencia en la vía aérea y se usa para el control del asma grave, sin embargo, no existe consenso sobre su utilidad. El objetivo fue evaluar la eficacia (en términos de calidad de vida, control del asma, exacerbaciones, función pulmonar, medicación y días libres de síntomas), seguridad y aspectos económicos.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática con metanálisis. Se consultaron las bases MedLine, Embase, Science Citation Index expandido hasta junio 2015. Se incluyeron revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados en español, francés, inglés o italiano. Se evaluó la calidad y el riesgo de sesgos mediante AMSTAR. Se realizó un análisis de impacto presupuestario en el contexto del Sistema Nacional de Salud siguiendo las recomendaciones de ISPOR.

Resultados: Se localizaron 197 referencias, incluyéndose 5 (1 revisión sistemática y 4 estudios económicos). Los resultados mostraron, tras 12 meses, menos exacerbaciones en pacientes tratados con TB y una reducción significativa en las visitas a urgencias por síntomas respiratorios (15,3% tratamiento simulado vs 8,4% TB). Los pacientes con TB presentaron un mayor riesgo de hospitalización por eventos respiratorios del 2% al 8% (IC95%: 3% a 23%) durante el periodo tratamiento. El número de días perdidos fue menor en el grupo TB vs pacientes con intervención simulada ($1,32 \pm 0,36$ días/año vs $3,92 \pm 1,55$ días/año). En el resto de las variables no se observaron diferencias. La evidencia sobre aspectos económicos mostró ratios coste-utilidad por debajo de los umbrales de decisión de coste por AVAC habituales (5.500 y 21.500\$ por AVAC). El análisis de impacto presupuestario mostró un coste con TB para 1.834 pacientes (7,12% de pacientes con asma grave mal controlado que requirieron hospitalización) de 40,90 millones de euros el primer año.

Conclusiones/Recomendaciones: La evidencia localizada sobre eficacia, seguridad y eficiencia de la TB, mostró escasa mejora en la reducción de exacerbaciones, ingresos hospitalarios o días perdidos, sin diferencias significativas o relevancia clínica en las puntuaciones de control del asma o en la calidad de vida. La seguridad se mostró adecuada aunque únicamente a corto y medio plazo (5 años). La evidencia sobre aspectos económicos también fue escasa, sin embargo, la termoplastia sería recomendable y considerada como un escalón terapéutico añadido en estos pacientes, siendo esto debido a la especial atención que para nuestra política sanitaria tienen pacientes sin alternativa terapéutica y con mal control de sus síntomas, más que por la magnitud de los resultados obtenidos en salud (de escasa cuantía).

Financiación: Ministerio de SSSI, Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

549. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD DE LA ARTROPLASTIA TOTAL Y PARCIAL DE CADERA EN PACIENTES ANCIANOS

M. Marinelli, F. Pallisó, O. Martínez Cruz, M. Espallargues Carreras

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS); CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Salud Pública, CIBERESP; Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge, Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Antecedentes/Objetivos: La artroplastia total de cadera (ATC) y parcial (APC) son dos procedimientos quirúrgicos en que la articulación de la cadera se sustituye de forma total o parcial. Entre los cirujanos de trauma existe controversia en la elección en pacientes con fracturas del cuello femoral inestables. En general la edad del paciente suele ser el principal criterio para decidir. Sin embargo falta una evaluación económica que de un criterio más claro de elección. El objetivo de este estudio fue evaluar el coste-efectividad de la ATC frente a la APC para las fracturas desplazadas del cuello femoral en la población anciana del registro de artroplastia de Catalunya (RACat).

Métodos: La muestra incluyó a todos los pacientes mayores de 70 años registrados en el RACat durante el periodo 2005-2013 con fracturas del cuello femoral inestables, sometidos a ATC y APC. Se utilizó un modelo de decisión de Markov para evaluar la cirugía más efectiva. Se establecieron varias hipótesis 1) la probabilidad de muerte del paciente y de revisión de la prótesis se mantuvieron constantes en el tiempo 2) no se tuvo en cuenta los costes de muerte y de complicación tras una artroplastia 3) los costes se evaluaron según la perspectiva del Servei Català de la Salut (CatSalut). Los costes se clasificaron en: (1) costes de estancia en el hospital, (2) consultas a atención primaria antes de la intervención (3) rehabilitación ambulatoria y domiciliaria (4) exámenes radiográficos (5) costes relativos a los implantes quirúrgicos (6) tratamiento farmacéutico durante el seguimiento (7) costes por el uso de una silla de ruedas después de la intervención. Se realizó un análisis de sensibilidad univariante determinista para ilustrar el impacto del cambio de los valores de algunos de los parámetros del modelo de Markov. Todos los costes y utilidades se descontaron a una tasa del 3% por año.

Resultados: El modelo de Markov muestra que la ATC se asocia a un coste de 14.080 euros y gana 2,084 años de vida ajustados por calidad (AVAC), la APC se asocia a un coste de 5.361 euros y gana 1,112 AVAC en el periodo de estudio (30 años). La relación de coste-efectividad (RCE) incremental fue de 8.975 euros en favor de la ATC que está por debajo del umbral de 44.788 euros/AVAC (50.000\$). En sólo dos escenarios la ATC está asociada a una RCE mayor que el umbral.

Conclusiones/Recomendaciones: LA ATC es más coste-efectiva que la APC tras 30 años de seguimiento. Se requieren estudios adicionales para confirmar estos hallazgos.

CP07. Enfermedades crónicas

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 15:00 a 17:00 h

Pantalla 3

Moderadora: Alexandra Prados Torres

842. EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, 2011-2015

N. Robles, L. Muñoz, C. Tebé, J. Escarabill, M. Espallargues

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; Institut de Investigació Biomèdica de Bellvitge; Hospital Clínic de Barcelona-PDMAR; REDISSEC.

Antecedentes/Objetivos: En 2013 el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat realizó el encargo a AQUAS de evaluar los resultados de los programas integrados de atención a la cronicidad mediante un conjunto de indicadores consensuados por expertos, del cual resultaron un total de 18 indicadores intermedios y finales considerados válidos y factibles para la evaluación. El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad de los programas integrados de atención a la cronicidad hacia los pacientes que sufren enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) desde 2011 a 2015 en el conjunto del territorio catalán.

Métodos: Estudio evaluativo de áreas pequeñas, utilizando las Áreas Básicas de Salud (ABS) de Cataluña como unidad de análisis a partir de los datos del sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT). A partir de estas fuentes se obtuvieron datos para los años 2011 a 2015 de 10 indicadores ajustados de los 18 consensuados. Éstos han sido implementados mediante modelos de ajuste del riesgo en las fuentes de información disponibles, comparando aquellas ABS con y sin programas de atención a la cronicidad de carácter integrado. Para su descripción y análisis del desempeño se han cartografiado las razones de casos observados y esperados para cada ABS. Para el análisis de benchmarking se presentan las dichas razones con gráficos de embudo para identificar aquellas áreas con un mayor número de casos observados respecto los esperados, utilizando intervalos de confianza al 95% y al 99,8% para definir las zonas de exclusión.

Resultados: El análisis preliminar permite identificar áreas con valores significativamente diferentes de los esperados aunque estas áreas no se corresponden exclusivamente con las áreas que tienen modelos de atención de carácter integrado para los indicadores calculados. Así mismo, puede observarse variabilidad dentro de las ABS de un mismo programa.

Conclusiones/Recomendaciones: El análisis completo de los indicadores permitirá corroborar o refutar la hipótesis de que se espera mejores resultados evolutivos en aquellas áreas con modelos de mayor integración de niveles y servicios asistenciales. Igualmente deberán considerarse en el análisis las características específicas de cada programa y los recursos con los que cuenta.

818. ESTUDIO HOLD. SEGUIMIENTO EN DOMICILIO DE HISTORIA NATURAL DE PACIENTES EPOC GRADO IV

G. Alemán Vega, D. Gainza Miranda, E. Sanz Peces, E. Polentinos Castros, M.C. Prados Sánchez, A. Alonso Babarro, R. Barrientos Rodríguez

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital La Princesa; Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria, Madrid; Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria, Madrid; Unidad de Cuidados

Paliativos, Hospital Universitario La Princesa; Unidad de Apoyo a la Investigación en Atención Primaria, Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es describir las características clínicas principales, supervivencia y carga asistencial de los pacientes con EPOC estadio IV en seguimiento por un equipo domiciliario de cuidados paliativos (ESAPD) inmovilizados en el domicilio.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de diciembre 2012 a febrero 2016 de una cohorte de pacientes EPOC grado IV inmovilizados en domicilio remitidos al ESAPD desde consultas de neumología, atención primaria y unidades específicas de paliativos. Análisis descriptivo. Se calculó la mediana de supervivencia (con su IC95%) mediante el método de Kaplan-Meier. Proyecto FIS número PI14/01271. Fondos FEDER. Aprobado por el CEIC del HU La Paz.

Resultados: Se incluyeron en total 45 pacientes. Edad media 72,8 años (DE 13,4), un 77,8% (35) varones. Al inicio del seguimiento su FEV1 medio fue de 26,6 (DE 4,3) y un BODE medio de 8,4 (DE 1,5) puntos. Barthel medio de 71,6 (DE 26,5). El 100% de los pacientes tenían oxígeno crónico domiciliario y un 35,5% (16) ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Un 71,1% (32) presentaron disnea grado IV en la escala mMRC. El 42,8% de los pacientes fallecieron en domicilio y el 39,2% en unidades de cuidados paliativos. Un 62% precisó de sedación paliativa fundamentalmente por disnea (83,3%). Un 37,8% desarrollaron documento voluntades anticipadas. Visitas por parte de ESAPD mediana de 5 (RIC 3-10). Número de ingresos: mediana 0,2 (RIC 0-2,3). Visitas al centro de salud: mediana 0,5 (RIC 0,1-0,6). Visitas urgencias: mediana 0 (RIC 0-0,2). Llamadas al ESAPD: mediana 0,5 (RIC 0,3-0,8). Llamadas al centro de salud, urgencias o teleasistencias mediana 0. Supervivencia desde inicio de seguimiento ESAPD mediana de 8,6 meses (IC95%: 3,1-16,3) Supervivencia desde diagnóstico EPOC grado IV mediana 64 meses (IC95%: 50,8-82,3).

Conclusiones/Recomendaciones: El perfil de paciente EPOC subsidiario de seguimiento por ESAPD es un hombre con grado de obstrucción grave, disnea que impide salir a la calle, gran impacto para calidad de vida y deterioro funcional moderado. Su inclusión en programa de cuidados paliativos facilita el fallecimiento en domicilio o unidades específicas y el desarrollo del documento de voluntades anticipadas. Este programa supone también una baja carga asistencial (número llamadas, número ingresos, número visitas al CS...) lo que ha demostrado en otros trabajos una mejora de la satisfacción por parte del paciente y sus cuidadores, así como una buena relación coste efectiva.

376. EVOLUCIÓN EN LA PREVALENCIA DE ASMA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS

P. López, A. Gandarillas, L. Díez, M. Ordobás

Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública; Hospital Universitario Ramón y Cajal; Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La prevalencia de asma aumentó en la mayoría de los países hasta la década de 1990, pero desde entonces no ha habido un patrón temporal claro. En el Estudio de Salud Respiratoria de la Comunidad Europea (ECRHS II) se observó para el periodo 1998-2002 un aumento en la prevalencia de asma comunicada, diagnosticada y tratada, en adultos jóvenes procedentes de 5 áreas del estado español (Albacete, Barcelona, Galdakao, Huelva y Oviedo). Desde entonces, no encontramos datos de la evolución en España. El objetivo de este estudio es describir la evolución de la prevalencia de asma en individuos de 18-44 años en la Comunidad de Madrid desde 1996 a 2013.

Métodos: Se utilizaron los datos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No transmisibles (SIVFRENT-A), que periódicamente incluye un módulo para medir la prevalencia de asma, desarrollado inicialmente en el estudio ECRHS I. Se define pre-

valencia acumulada de asma (P-AAc), como la proporción de personas que refieren haber tenido alguna vez en la vida algún ataque de asma; asma actual (P-AA), haber tenido ataques de asma en el último año o tomar medicación para el asma y crisis asmática (P-CA), haber tenido una crisis de asma en los últimos 12 meses. Los años de estudio, agrupados en periodos de dos años, son: 1996/1997 (2.638 individuos), 2000/2001 (2.646 individuos), 2004/2005 (2.649 individuos), 2009/2010 (2.576 individuos) y 2013 (1.100 individuos), último disponible. Se calcularon las prevalencias globales y por sexo en cada periodo, con intervalos de confianza al 95% (IC95%). Los cambios en la prevalencia interperiodo se estimaron calculando Razones de Prevalencia (RP) con IC95% mediante regresión de Poisson, introduciendo el periodo como variable continua.

Resultados: En adultos jóvenes la P-AAc y la P-AA aumentó de media por periodo de estudio un 16% [RP P-AAc: 1,16; IC95% (1,11-1,21)] [RP P-AA: 1,16; IC95% (1,09-1,23)], alcanzando una prevalencia del 15,82% (13,78-18,09) y 7,27% (5,88-8,97), respectivamente en 2013. La P-CA en los últimos 12 meses aumentó de media interperiodo un 20% [RP: 1,20; IC95% (1,11-1,30)], siendo del 5,36% (4,17-6,86) en 2013. Estos incrementos fueron estadísticamente significativos. Estas tendencias se observaron tanto en hombres como en mujeres.

Conclusiones/Recomendaciones: En el periodo 1996-2013 se produjo un significativo incremento en los tres indicadores de la prevalencia de asma en la población de 18 a 44 años de la Comunidad de Madrid. Esta enfermedad es un relevante problema de salud pública que continúa aumentando, lo que evidencia la importancia un sistema de vigilancia epidemiológica y la necesidad de investigaciones para dilucidar las causas de este incremento.

813. INCIDENCIA Y PREDICTORES DE ARTRITIS REUMATOIDE EN LA COHORTE EPIC-MURCIA

A.B. Moreno-López, D. Gavrilá, M. Ballesta, P. Ros, J.M. Huerta, S. Colorado-Yohar, M.F. Pina-Pérez, L.F. Linares, C. Navarro

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad, IMIB-Arrixaca; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Servicio de Reumatología, Servicio Murciano de Salud; Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: La artritis reumatoide (AR) es la principal artropatía inflamatoria crónica autoinmune. Objetivo: estimar la incidencia de AR e investigar algunos de sus potenciales predictores en la cohorte EPIC (European Prospective Investigation on Cancer) de Murcia.

Métodos: Se identificaron los casos incidentes de AR en la cohorte EPIC-Murcia a través de enlaces de registros sanitarios. Los 8.515 participantes, de 32-68 años, fueron reclutados entre 1992-1996 y seguidos hasta 2009. Se calcularon las tasas de incidencia brutas y ajustadas por edad a la población estándar europea de 2013 (mediante el método directo), estratificando por sexo en ambos casos. Se estimaron los hazard ratios (HR) utilizando modelos de riesgos proporcionales de Cox, ajustando por posibles confusores en ambos sexos y mujeres.

Resultados: En un total de 129.166 personas-año, media de seguimiento de 15,2 (1,8) años, se identificaron 30 nuevos casos de AR (6 hombres y 24 mujeres), lo que supuso una tasa bruta de 23,2 casos/100.000 personas-año (14,8 y 27,0, en hombres y mujeres, respectivamente). La tasa ajustada fue de 22,5 (IC95%: 13,5-31,5)/100.000 personas-año [12,4 (IC95%: 0,6-24,2) en hombres y 26,4 (IC95%: 14,8-38,1) en mujeres]. La edad media al inicio de síntomas y al diagnóstico fueron, respectivamente, 56,8 (8,9) y 57,1 (8,8), ligeramente inferior en mujeres. El 73,4% (66,7 y 75,0) presentó serología positiva. En el modelo multivariante, haber completado algún nivel de estudios se asoció con un menor riesgo de AR en ambos sexos (HR = 0,39; IC95%: 0,16-0,92). En mujeres, el consumo de anticonceptivos orales se asoció a un incremento del riesgo de la enfermedad (HR = 4,37; IC95%: 1,24-15,38).

Conclusiones/Recomendaciones: La incidencia de AR en la cohorte EPIC-Murcia es mayor que la publicada en España y se encuentra en el rango inferior de los datos a nivel internacional, aunque no se puede descartar que las diferencias observadas se expliquen parcialmente por la variabilidad metodológica. La aparición de nuevos casos de AR es mayor en mujeres, en el tramo de edad de 50 a 59 años, con serología positiva. En esta cohorte, el nivel educativo formal se asocia a un menor riesgo de AR. En las mujeres se evidencia la participación hormonal en la enfermedad descrita en la literatura científica. La no asociación con otros predictores importantes como el tabaco puede deberse al limitado tamaño muestral.

214. INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO, MAMA Y PULMÓN. RESULTADOS DE UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN REGISTRO HOSPITALARIO DE CÁNCER DE 2000 A 2014

M. Banqué, O. Parés, M. Sala, X. Castells, I. Collet, X. Villanueva, C. Hernández, M. Bonilla, F. Macià

Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar; Instituto de Investigación del Hospital del Mar (IMIM).

Antecedentes/Objetivos: Cada vez son más los pacientes con enfermedades crónicas en el momento del diagnóstico de cáncer ya que la prevalencia de ambos aumenta con la edad. Poco se sabe cómo la comorbilidad influye en la elección del tratamiento. Objetivos: describir la prevalencia de comorbilidad en el momento del diagnóstico de cáncer y evaluar la influencia de la comorbilidad en la elección del tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal, mama y pulmón.

Métodos: Se identificaron un total de 8.273 pacientes del Registro de Tumores del Hospital del Mar con cáncer primario de colon y/o recto (2.670), mama (3.193) y pulmón (2.410) diagnosticados en el periodo 2000-2014. Se utilizó el Conjunto Mínimo de Bases de Datos (CMBD) para la obtención de la comorbilidad y cálculo del Índice de Charlson (IC) de 0, 1, 2 y = 3. Para el estudio de la influencia de la comorbilidad en el tratamiento se utilizó un modelo de regresión logística ajustado por edad, sexo y estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico tomando como referencia el grupo de pacientes con IC = 0.

Resultados: La prevalencia de comorbilidad en el momento del diagnóstico fue de 65,5% para el cáncer de pulmón, de 48,2% para el cáncer colorrectal y de 34,4% en pacientes con cáncer de mama, con una edad media de 61 años (DE = 14) para el cáncer de mama, de 68 años (DE = 11) en el cáncer de pulmón, y de 71 años en el cáncer colorrectal, siendo estas diferencias estadísticamente significativas según IC ($p < 0.01$). Según el análisis de regresión logística binaria, los pacientes con cáncer colorrectal y IC = 1 tenían una mayor probabilidad de ser tratados con tratamiento paliativo o sintomático (OR 2,65; IC95% 1,74-4,04) y una menor probabilidad de tratamiento oncológico radical (OR 0,36; IC95% 0,24-0,53). En el cáncer de mama, existía una menor probabilidad de recibir tratamiento radical en presencia de comorbilidad (OR 0,57; IC95%: 0,38-0,84) lo contrario que tratamiento oncológico no radical (OR 1,81; IC95% 1,00-3,28). Por último, para los pacientes con cáncer de pulmón, aquellos con al menos una comorbilidad tenían menor probabilidad de tratamiento oncológico radical (OR 0,69; IC95% 0,50-0,94) y mayor probabilidad de recibir tratamiento sintomático (OR 1,67; IC95% 1,26-2,21).

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados indican que la comorbilidad influye en las decisiones de tratamiento. Aunque la cirugía radical se ofreció a todos los pacientes de cáncer en presencia de comorbilidad, aquellos con comorbilidad grave tenían una menor probabilidad de tratamiento radical y mayor probabilidad de tratamiento paliativo.

119. LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO. ANÁLISIS DE DATOS PARA 3 ABS GESTIONADAS POR EL INSTITUTO DE ASISTENCIA SANITARIA (IAS)-REGIÓN SANITARIA GIRONA

C. Meléndez, E. Arroyo, M. Sáez

CatSalut, Girona; Universidad de Girona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El envejecimiento de la población junto al aumento de la esperanza de vida ha contribuido a un incremento de la prevalencia de ciertas enfermedades. El 91,3% de la mortalidad en España se debe a enfermedades crónicas.

Métodos: Análisis de las historias clínicas de atención primaria de 39.412 individuos pertenecientes a las ABS del IAS durante el periodo 2005-2012, mayores de 15 años para los que se estudian los 20 problemas de salud más prevalentes. Se estratifica la población por edad y por sexo. Criterio de agrupación según 4 niveles de cronicidad (sanos o sin patología; una o dos enfermedades; entre 3 y 4 enfermedades; más de 5 enfermedades). Se desea conocer para cada estrato el número de pacientes, el porcentaje que supone, la media por edad y sexo, así como la probabilidad de derivación a otros servicios de salud para lo que se utiliza la regresión logística.

Resultados: El 15% de la población total presenta más de 5 enfermedades crónicas. El 62,4% declara entre 0 y 2 patologías crónicas. No existen diferencias significativas entre sexos. Los mayores de 65 años suponen el 33,38%. Las mujeres son las más frecuentadoras de los servicios de salud, independientemente del número de patologías crónicas y consumen más medicamentos. Los antihipertensivos, AINE, antidepresivos y ansiolíticos, son consumidos mayormente por mujeres mientras que los antidiabéticos, los consumen en mayor medida los hombres. Las mayores tasas de HTA, DM2, hipertrigliceridemia, alcoholismo, cardiopatía isquémica, ncep ATP III, alcoholismo, MPOC y tabaquismo se presentan en hombres. Las mujeres presentan mayores tasas de obesidad, bajo HDL, dislipemia, hipercolesterolemia, síndromes depresivos, demencias, neoplasias malignas y fracturas. No existe diferencias por sexos en: AVC, fallos orgánicos, asma y úlceras. La mayor probabilidad de uso de hospital de agudos es para el estrato 75-84 años (22%). Relación proporcional entre número de enfermedades crónicas y mayor uso del hospital; especial relevancia al pasar de 4 a 5 enfermedades crónicas en un mismo individuo. La variable sexo no está relacionada con el uso de hospital de agudos. La probabilidad de mayor uso de servicios de Salud mental, es para el grupo de 35-44 años. Las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres. El mayor acceso se demuestra al pasar de 4 a 5 enfermedades crónicas aunque no existe información significativa para esta variable en relación a los trastornos crónicos.

Conclusiones/Recomendaciones: La estratificación de pacientes en base a la información consignada en las historias clínicas ayuda al control de pacientes, así como a racionalizar los recursos y en consecuencia en la toma de decisiones.

534. FISIOTERAPIA EN PACIENTE CRÓNICO AVANZADO. REVISIÓN DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE

R. Prior Venegas, N. Díaz Ávila, M. Ruiz Gómez

Hospital Universitario Virgen Macarena, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El tratamiento rehabilitador es una herramienta de apoyo a la calidad de vida del paciente crónico avanzado, que debería de ir parejo al tratamiento de su enfermedad. En las últimas décadas el incremento de la supervivencia en este tipo de pacientes debido en parte a una detección precoz y mejora de los tratamientos, junto a un mejor cuidado médico, ha hecho que el tratamiento rehabilitador, en general y la fisioterapia, en particular, sea

considerado cada vez más relevante en el manejo global de estos pacientes. En la literatura hay pocos trabajos que evalúen la intervención fisioterapéutica en el paciente crónico avanzado y terminal, siendo esta carencia mayor en la literatura médica española. Revisión sistemática para determinar el impacto de las intervenciones de fisioterapia en los servicios de cuidados paliativos, tanto a nivel hospitalario como domiciliario.

Métodos: Búsqueda bibliográfica (marzo 2015-octubre 2015), en PEDro, ISI WEB OF SCIENCE (WOS), CareSearch, Pubmed y Biblioteca Cochrane Plus. Los descriptores utilizados han sido Fisioterapia, Cuidados Paliativos y Rehabilitación. Criterio de inclusión en los estudios: Sujetos que requieren fisioterapia en algún momento de su proceso. Se obtuvieron un total de 8 estudios. De ellos, 7 están comprendidos en el periodo 2002 y 2015, y uno es anterior al 2000.

Resultados: La demanda principal correspondió a impotencia funcional generalizada por síndrome de inactividad y desuso, un 78% del total. Las técnicas más empleadas fueron cinesiterapia (45%) y reeducación de la marcha (33%). En los estudios revisados la muestra utilizada se ha basado en 350 pacientes, de los cuales un 80% corresponden a pacientes oncológicos y un 20% a pacientes no oncológicos.

Conclusiones/Recomendaciones: Aumento progresivo de la demanda de fisioterapia en el paciente oncológico y no oncológico en general y, de forma más destacada, en el paciente avanzado y terminal. Señalar la poca bibliografía existente, por lo que serían necesarias futuras investigaciones que permitan demostrar la validez clínica de la fisioterapia en pacientes en situación de final de vida y la relevancia de la intervención educativa en familiares cuidadores.

257. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO ADQUIRIDO EN MAYORES DE 65 AÑOS. ESTUDIO GÓMEZ DE CASO

T. Vega Alonso, M. Miralles Espí, J.M. Mangas Reina, D. Castrillejo Pérez, A. Rivas Pérez, M. Gil Costa, J.E. Lozano Alonso, A. López Maside, E. Arrieta Antón

R.C. de Castilla y León; R.C. de la Comunitat Valenciana; R.C. de Extremadura; R.C. de Melilla; R.C. de Ceuta; R.C. de Castilla y León; R.C. de Castilla y León; R.C. de la Comunitat Valenciana; R.C. de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: El estudio multicéntrico 'Gómez de Caso' tiene por objetivo estimar la prevalencia de deterioro cognitivo adquirido (DCA) en la población que acude a las consultas de atención primaria por cualquier motivo, analizar los factores asociados y las consecuencias.

Métodos: Se muestrearon aleatoriamente cuatro días en 2014, uno por trimestre natural. Los 179 médicos centinelas de las redes de Castilla y León, Extremadura, Comunitat Valenciana y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla registraron a todos los pacientes mayores de 65 años que acudían a la consulta o visitaban en domicilio por cualquier motivo. A todos los que dieron el consentimiento oral y no tenían un diagnóstico previo de demencia se les hizo el test Mini-Cog de screening de DCA. Los valores de sospecha de DCA (valores 0,1 o 2) fueron confirmados con el test MiniMental (valores < 24) y/o el cuestionario de Alzheimer (valores > 4). Se estimaron las prevalencias y sus intervalos de confianza por red, sexo y edad usando un modelo de Poisson. Se estimaron las odds-ratio (OR) de posibles variables explicativas con un modelo de regresión logística en el que se incluyó la red, el sexo, la edad, estado civil, nivel de estudios, antecedentes familiares de demencia, consumo de tabaco y consumo de riesgo de alcohol.

Resultados: La prevalencia global se estimó en 18,5% (IC95% 17,3-19,7). Es mayor entre las mujeres, 17,4% (IC95% 15,1-20,1) que entre los hombres, 13,3% (IC95% 11,2-15,8). Ceuta presenta la tasa más baja, 11,9% (IC95% 7,2-19,9) y Melilla la más alta, 21,7% (IC95% 16,1-29,4). La

prevalencia aumenta con la edad, de 4,9% en el grupo de 65-69 años a 41,2% en los mayores de 85. La población de Melilla tiene un riesgo de DCA significativamente superior a Castilla y León con un OR significativo de 2,1 (IC95% 1,3-3,3), así como la Comunitat Valenciana y Extremadura, con OR en torno a 1,4. Las mujeres tienen un riesgo superior a los hombres OR de 1,3 (IC95% 1,1-1,6) y cada incremento de la edad de 5 años un OR de 1,7 (IC95% 1,6-1,8). Las personas sin estudios tienen un OR de 2,4 (IC95% 1,2-4,5) con respecto a los universitarios y los antecedentes familiares de demencia de 2,3 (IC95% 1,8-2,9). El resto de variables no fueron significativas.

Conclusiones/Recomendaciones: La prevalencia de DCA es mayor en mujeres y aumenta con la edad. Parece que pueden existir variaciones regionales y, según este trabajo, está relacionada con el nivel de estudios y los antecedentes familiares. No se encontró relación entre el DCA y el estado civil, el consumo de alcohol o el hábito de fumar.

782. PREVALENCIA DE FRAGILIDAD Y CARACTERÍSTICAS BASALES DE DOS POBLACIONES ESPAÑOLAS DE PERSONAS MAYORES AUTÓNOMAS

I. Vergara, M. Machón, A.I. Díez, M. Mateo-Abad, E. Contreras-Fernández, Y. de Mesa, A. Montiel, F. Rivas-Ruiz

Unidad de Investigación AP OSIS de Gipuzkoa; Instituto de Investigación Biodonostia; REDISSEC; Unidad de Investigación, Agencia Sanitaria Costa del Sol; Distrito Sanitario Costa del Sol.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la prevalencia de fragilidad y describir las características basales en dos poblaciones españolas (Gipuzkoa y Málaga) de personas mayores.

Métodos: Estudio multicéntrico de cohorte prospectivo de dos años de duración de 800 sujetos de 70 o más años, autónomos (Barthel > 90) y no institucionalizados. En la valoración basal se recogieron las siguientes variables mediante entrevista personal: características sociodemográficas, fragilidad (índice de fragilidad de Tilburg, IFT), pruebas de ejecución funcional (test de velocidad de la marcha, VM; test de levántate y anda cronometrado, LAC), hábitos de vida y estado de salud. Además, a una submuestra de 100 individuos se les analizarán biomarcadores de fragilidad (SOX2 y p16INK4a). Durante el seguimiento se recogerá información sobre la aparición de dependencia, muerte y utilización de recursos sanitarios mediante entrevistas y revisión de bases de datos clínicas. Las comparaciones entre variables se realizaron mediante el test t-Student para continuas y el test chi-cuadrado para categóricas. Este estudio ha sido autorizado por los correspondientes comités de ética. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

Resultados: El reclutamiento está en marcha y finalizará antes de la presentación de estos resultados en el congreso. Los individuos incluidos (159 de Málaga y 193 de Gipuzkoa) tenían una edad media de 78,3 (DE 5,1) años, 192 (54,5%) eran mujeres y 114 (32,4%) presentaron mala salud percibida. La prevalencia de fragilidad medida con el IFT fue del 28,1%, siendo superior en las mujeres (35,4%, $p < 0,001$) y en los individuos de Málaga (37,7%, $p = 0,001$). Con respecto a las pruebas de ejecución funcional, presentaron un valor medio de 0,99 m/s. (DE 0,8) en el VM y de 12,4 s. (DE 4,0) en el LAC, siendo este último más alto en las mujeres (13,3 DE 4,5; $p < 0,001$) y en los individuos de Málaga (13,1 DE 4,3; $p = 0,005$).

Conclusiones/Recomendaciones: La presencia de fragilidad es elevada en la muestra estudiada, observándose diferencias por sexo y lugar de residencia. Esta situación implica un elevado riesgo en la aparición de eventos adversos, como caídas, dependencia u hospitalizaciones. Estos resultados preliminares sugieren la necesidad de introducir herramientas de detección de fragilidad en los centros de atención primaria.

Financiación: PI14/01905 y PI14/01003.

17. FUNCTIONAL DISABILITY OF ADULTS IN BRAZIL: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS

K.R. Andrade, P.P. Silva, F.F. Mata, A.C. Godoy, M.S. Tolentino, T.F. Galvao, R.S. Borges, M.G. Pereira

University of Brazilia; University of Amazonas.

Antecedentes/Objetivos: To estimate the prevalence of disability among adults in Brazil and its associated factors.

Métodos: This study used secondary data from the National Household Survey – PNAD 2008 (health supplementary edition). The dependent variable was disability among adults aged 18-65 years measured by the difficulty to walk 100 meters. Odds ratios (OR) and their raw confidence intervals (95% CI) were calculated and adjusted for study variables by ordinal logistic regression following a hierarchical model. In all calculations we considered the PNAD sample weights.

Resultados: We included 18,745 subjects, 74% of which constituted women. More than a third of adults reported having functional disability. The failure was significantly higher among men (OR = 1.17, 95%CI: 1.09 to 1.27), persons aged 35-49 years (OR = 1.30, 95%CI: 1.17-1.45) and 50-65 years (OR = 1.38, 95%CI: 1.24-1.54); individuals without occupation (OR = 2.21, 95%CI: 1.65 to 2.96); adults who reported having cardiovascular disease (OR = 1.13, 95%CI: 1.03 to 1.24), diabetes (OR = 1.16, 95% CI: 1.05 to 1.29), hypertension (OR = 1.10, 95%CI: 1.02 to 1.18), and arthritis/rheumatism (OR = 1.24, 95%CI: 1.15 to 1.34); and participants who were hospitalized in the last 12 months (OR = 2.35, 95%CI 1.73 to 3.2).

Conclusiones/Recomendaciones: Functional disability is common among Brazilian adults. Hospitalization is most strongly associated factor, followed by occupation and chronic diseases. Sex, age, education and income are also associated. The results indicate specific actions to address the main factors associated with disability targets, and contribute to the projection of interventions for improving well-being and promoting quality of life of Brazilian adults.

557. SECULAR TREND IN THE INCIDENCE OF HIP FRACTURE IN CATALONIA (SPAIN) 2003-2014

M.J. Pueyo Sánchez, M. Larrosa Padró, X. Surís Armangué

Plan Director de Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Hip fracture (HF) is one of the most disabling health care problems affecting patients with osteoporosis. The incidence of HF is higher in older people, so the total number of these fractures is increasing due to the progressive ageing of the population. Catalonia is one of the communities with the highest incidence rate for unknown reasons. The aim of this study is to describe the secular trend and seasonal variation in the incidence of HF over 12 years (2003-2014) in Catalonia (Spain), adjusted by sex, age and type of fracture.

Métodos: Data about sex, age, type of fracture, and hospitalization date from people ≥ 65 years, whose main diagnostic were the codes 820.0x and 820.2x, and were discharged between January 1st 2003 and December 31th 2014, were collected. Annual crude incidence rate (number of fractures per 100,000 population) and standardized (adjusted) rate both with 95% confidence interval (95%CI) assuming Poisson distribution, were calculated for the whole population, for each type of fracture, and by sex or age groups. The age/sex adjusted average annual changes in incidence (incidence rate ratio IRR with 95%CI) were estimated. Calendar year was introduced as a predictor, to explore the linear trend, as well as a categorical variable to analyze the differences between years. Poisson regression models were used to assess the seasonality.

Resultados: We identified 100,110 HF over the last 12 years, with an increase of 16.9% (women 13.4%; men 28.4%). Trochanteric frac-

tures were the most frequent (55.8%). The percentage of HF corresponding to the oldest group increased from 42.5% to 53.8% ($p < 0.001$). The crude incidence rate (per 100,000 population) decreased from 677.2 to 657.6 ($p < 0.06$). The standardized incidence rate decreased from 754.0 (95%CI 738.6-769.3) to 641.5 (95%CI 627.7-655.3) representing a decrease of 14.9% ($p < 0.001$). The trend measured by IRR throughout the period showed a slight decrease with IRR 0.99 (95%CI 0.98-0.99; $p < 0.025$). The incidence was stable in the oldest group while there was a downward trend in the 65-74 and 75-84 years old groups. A significant seasonal variation was observed, with more cases in winter and less in summer.

Conclusiones/Recomendaciones: The secular trend reveals a decreasing incidence of HF in the 65-74 and 75-84 years old groups in both sexes, although the absolute number of HF has increased in the last 12 years in Catalonia due to ageing. Trochanteric fractures were the most prevalent. A seasonal presentation is observed with more cases in winter.

917. MALONDIALDEHYDE IS A NOVEL BIOMARKER WITH POTENTIAL PROGNOSTIC UTILITY FOR LONG-TERM GRAFT FUNCTION IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS

I. Fonseca, P. Oliveira, H. Reguengo, L.S. Martins, L. Dias, A.C. Henriques, D. Mendonça

Department of Nephrology and Kidney Transplantation, Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António, Portugal; Unit for Multidisciplinary Investigation in Biomedicine (UMIB), Portugal; EPIUnit-Institute of Public Health, University of Porto, Portugal; Department of Population Studies, Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar (ICBAS), University of Porto, Portugal; Department of Clinical Chemistry, Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António, Portugal.

Antecedentes/Objetivos: Chronic kidney disease is increasingly recognized as a global public health problem. Late failure of kidney transplants is an important clinical problem and one of the leading causes of end-stage renal disease. Currently, available biomarkers lack sensitivity in predicting long-term graft function in renal transplant recipients. Oxidative stress and lipid peroxidation are now recognized to be prominent feature of various diseases and their progression. Malondialdehyde (MDA) is one of the most used lipid peroxidation markers and can be used as a marker of graft injury.

Métodos: The aim of this study was to investigate the MDA as a biomarker for graft function in renal transplant patients. Malondialdehyde was evaluated in 40 KTx recipients within the first week after KTx (days 1, 2, 4, and 7) and their performance was assessed, singly or in combination with serum cystatin C (CysC) and serum creatinine (SCr), in predicting graft function throughout the first, second and third year following KTx. Linear multivariable regression analyses were done.

Resultados: Compared to levels before transplant, MDA significantly decreased at first day after surgery and a reduction of about 28% was observed on the seventh post-transplant day. In the first week after transplantation, mean levels of MDA were consistently higher in patients with graft dysfunction. At day-1, MDA combined with SCr and cystatin C represented an independent predictor of one and two-years graft function. Multivariable analyses revealed that single MDA at day-7 were strongly associated with serum creatinine at one-year, two-years and three-years post-KTx, after adjusting for the variables usually associated with long-term graft failure.

Conclusiones/Recomendaciones: Levels of MDA appears to reflect the oxidative stress status and a significant improvement, but not normalization, was observed after successful renal transplantation. MDA can be used, individually or in combination, as an early biomarker of long-term graft function.

CP08. Calidad de vida relacionada con la salud

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 15:00 a 17:00 h

Pantalla 4

Moderadora: Olatz Garín Boronat

199. ¿CÓMO AFECTA EL ALZHEIMER AL ESTADO INTRAFAMILIAR?

J.A. Laredo Aguilera, G. Mota Cátedra, B. Recio Andrade

Klinikum Rechts der Isar; ESCAM.

Antecedentes/Objetivos: Llevar a cabo el rol de cuidador y las estrategias que esto conlleva requiere gran energía por parte de los familiares o cuidadores a cargo del paciente. A medida que transcurre el tiempo puede resultar una gran sobrecarga para el cuidador, implementar estrategias, muchas veces difíciles, que conducen al agotamiento de los recursos emocionales del mismo, si éste no cuenta con el apoyo necesario para sostenerse eficientemente en la tarea. Objetivo: conocer los desafíos por los cuidadores de ancianos portadores de la enfermedad de Alzheimer (EA) en el cuidado diario intra-familiar.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo con abordaje cualitativo de septiembre a noviembre de 2015. El escenario de la investigación fue el ambiente domiciliario de ocho ancianos con diagnóstico de EA, que utilizan los servicios de un centro de salud de referencia de un municipio de Granada. Se utilizó como instrumento de estudio una entrevista semi-estructurada, la cual fue evaluada y adecuada previamente por medio de una prueba de instrumento.

Resultados: Al analizar el perfil de los participantes la mayor parte son del sexo femenino, pero, ya se observa la inclusión de los hombres en las prácticas de cuidado. La media de edad de los cuidadores es de 40 años. Con relación al tiempo que los cuidadores dedican al anciano portador de EA, la media diaria de horas dedicadas al cuidado fue de 17,5 horas, siendo que dos pasan 24 horas realizando cuidados. Entre las dificultades y desafíos en el cuidado intra-familiar del anciano, se destacó la resistencia del anciano cuidado, las condiciones ambientales inadecuadas y la escasez de recursos materiales en el cuidado intra-familiar. La dependencia total y ausencia de otros cuidadores, también es evidente en la realidad de los sujetos. Aun fue mencionada la presencia de otras patologías asociadas a EA entre los ancianos, entre ellas la infección urinaria y la depresión.

Conclusiones/Recomendaciones: La investigación dejó evidente la poca actuación de la asistencia de enfermería, en lo que concierne al soporte profesional al anciano con EA y su cuidador. Además de eso, la enfermería y el cuidador pueden juntos crear maneras de convivir con las situaciones más complejas, así como incentivar a buscar auxilio en los grupos de apoyo de socialización de las angustias y dificultades recurrentes de esa condición. La asistencia calificada al anciano con EA y sus cuidadores requieren conocimiento clínico y prácticas especializadas y singulares, que se vuelvan, sobre todo, al acogimiento de esos individuos y promoción de su dignidad y calidad de vida.

541. EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LAS PERSONAS CUIDADORAS: ESTUDIO CUIDAR-SE

M. del Río, M.M. García, R. Ocaña, A. Corma, I. Larrañaga, M. Machón, J. Calle, G. Maroto

Escuela Andaluza de Salud Pública; Complejo Hospitalario Universitario de Granada; Departamento de Salud de Gipuzkoa; Unidad de Investigación AP-OSIs Gipuzkoa; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Existen evidencias del impacto negativo del cuidado informal en la salud de las personas que cuidan, especialmente en las mujeres. Son escasos los estudios longitudinales que investigan este impacto, en un momento en el que han disminuido las ayudas públicas para cuidar. El objetivo de este trabajo es analizar la evolución en el tiempo de la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres y hombres cuidadores informales en Granada y en Gipuzkoa e identificar los factores asociados.

Métodos: Estudio longitudinal con tres instantes de medición comprendidos entre 2013 y 2015 cada 12 meses. Mediante muestreo por conglomerados se seleccionaron 610 personas (165 mujeres y 132 hombres en Gipuzkoa; 180 y 133 en Granada). Se realizaron entrevistas personales con cuestionario estructurado diseñado ad hoc. Variables independientes: momento de la medición, características de las personas cuidadoras, situación de cuidados y apoyos recibidos. Variable dependiente: índice de calidad de vida relacionada con la salud mediante EUROQoL-5D (EQ-5D) (de 0 a 100). Para estudiar los factores relacionados con EQ-5D se utilizó un modelo de regresión lineal multinivel de efectos fijos teniendo en cuenta la estructura jerárquica de la información, donde los momentos de medición (nivel 1) se encuentran agrupados en individuos (nivel 2).

Resultados: El 57% de la variabilidad del índice EQ-5D fue debida a diferencias entre individuos y el 43% a diferencias temporales dentro de cada individuo. El índice de calidad de vida relacionada con la salud EQ-5D mostró un descenso anual de 1,11 puntos tanto en hombres como en mujeres. A igualdad en el resto de variables, los hombres mostraron 6,71 puntos más en el índice que las mujeres. Esta brecha de género se mantuvo constante durante los tres años de estudio. Vivir en Gipuzkoa mejoró el índice en 9,01 puntos respecto a vivir en Granada. Un apoyo social bueno, contar con apoyo informal y recibir la prestación económica por cuidado familiar aumentaron la puntuación, mientras que tener ayuda contratada o ayuda a domicilio la disminuyeron.

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque los hombres cuidadores presentaron mejor calidad de vida relacionada con la salud que las mujeres, ambos experimentaron un empeoramiento a medida que avanza el tiempo. Existen diferencias entre las provincias estudiadas y según los apoyos recibidos. Estos resultados sugieren disparidad/desigualdad en las políticas de apoyo al cuidado e indican la importancia de continuar estudios de seguimiento para conocer mejor la evolución de la salud de las personas cuidadoras a lo largo del proceso de cuidados.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III y Fondos FEDER (PI12/00498).

225. FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO. DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES CON DOLOR NEUROPÁTICO, MUSCULOESQUELÉTICO Y FIBROMIALGIA

H. de Sola, L. Rodríguez, A. Salazar, B. Ojeda, I. Failde

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Cádiz; Observatorio del Dolor, Universidad de Cádiz-Fundación Grünenthal.

Antecedentes/Objetivos: El dolor neuropático (DN), musculoesquelético (MSQ) y la fibromialgia (FM) se caracterizan por afectar negativamente a los pacientes que lo padece. El objetivo de este estudio fue conocer los factores asociados a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en los pacientes que sufren cada uno de estos tipos de dolor.

Métodos: Se realizó un estudio observacional-transversal en una muestra de 254 pacientes. Atendidos en la Unidad del dolor del H.U. Puerta del Mar de Cádiz, diagnosticados de DN, MSQ o FM. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, características del dolor y CVRS. Para ello se utilizó la Escala Analógica Visual (EVA), el índice 9

del MOS-Sueño, el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), además de los componentes sumario mental (MCS) y físico (PCS) del SF-12. Para identificar los factores relacionados con la CVRS en los pacientes con cada tipo de dolor se utilizaron modelos de regresión lineal múltiple.

Resultados: De los pacientes del estudio, 40,9% tenían DN, 39% MSQ y 20,1% FM. Se encontraron diferencias entre grupos en la edad media de los pacientes (45,59 años DN; 47,63 años MSQ; 50,76 años FM; $p = 0,02$), en el sexo (52,9% mujeres con DN; 58,6% MSQ y 96,1% FM; $p < 0,001$), y en la duración media del dolor que fue mayor en los pacientes con FM (154,53 meses (DT = 112,7)). No obstante, la intensidad media del dolor fue similar en los 3 grupos (6,65 (1,873)). Una mayor interferencia en el sueño se asoció con una peor puntuación en el PCS y MCS en los pacientes con DN ($B = -0,089$ y $B = -0,287$ respectivamente), así como en los pacientes con dolor MSQ ($B = -0,122$ y $B = -0,172$ respectivamente). Sólo en los pacientes con DN, por cada 2 puntos de aumento en el HADS de depresión, disminuyó 1 punto el PCS. La mayor intensidad del dolor se asoció con menor puntuación del PCS en los pacientes con dolor MSQ ($B = -0,982$) y FM ($B = -1,127$), y menor puntuación del MCS en los pacientes con dolor MSQ ($B = 1,590$). Los pacientes con FM que estaban tomando tratamiento para el dolor tuvieron puntuaciones más bajas tanto en el PCS ($B = -6,328$) como en el MCS ($B = -6,338$). Asimismo, los pacientes con dolor MSQ tratados con ansiolíticos-hipnóticos ($B = -5,587$) o de sexo femenino ($B = -7,424$) tuvieron peores puntuaciones en el MCS.

Conclusiones/Recomendaciones: Conocer e identificar, las variables que afectan a la CVRS de los pacientes según el tipo de dolor que sufren, debería ser una prioridad sanitaria para poder personalizar la atención que reciben y para mejorar los resultados obtenidos.

180. ANALGESIA INTEGRATIVA: EL PACIENTE COMO PARTE ACTIVA EN EL CONTROL DE SU DOLOR

V. Ruiz Romero, C. Sánchez Gutiérrez, L. Álvarez Tellado, C. Delgado Gascón

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe; Hospital Universitario Virgen de Valme.

Antecedentes/Objetivos: El abordaje del tratamiento del dolor crónico a través de técnicas psicológicas (relajación, meditación y visualización creativa) está cada vez más aceptado, por ello nuestro Hospital ha realizado un taller aplicado a pacientes con estos objetivos: Iniciar al paciente en técnicas de visualización y meditación para disminuir sus síntomas dolorosos y la ansiedad asociada; Capacitarlo en la técnica de Analgesia Psicológica para disminuir o abolir el dolor; Enseñarle a dirigir el foco de atención hacia su salud, eligiendo pautas mentales positivas, emociones saludables y conductas preventivas y de recuperación mantenidas y Aumentar la calidad de vida y el bienestar.

Métodos: Taller dirigido a pacientes con dolor crónico consistente en dos sesiones presenciales en días consecutivos, de 5h de duración cada una. Se realizó en un espacio silencioso y amplio con asientos cómodos. Se proyectaron presentaciones, vídeos, imágenes y se intercalaron canciones con mensaje para presentar los contenidos: Investigaciones en Psiconeuroinmunología, Analgesia Psicoanalgesia, Creencias, Visualización creativa y Meditación de Atención. Se realizaron ejercicios escritos y actividades dinámicas. Dirigió el taller una enfermera especialista en salud mental y colaboraron: una anestesiista, una fisioterapeuta y una preventivista. Se les indicó a los pacientes que realizaran durante un mes unas actividades que le ayudarían al manejo del dolor y que registraran dolor mínimo y máximo, consumo de fármacos y bienestar cada día. Se evaluó el efecto inmediato del taller y, pasado un mes, se evaluará de nuevo el dolor y estado de bienestar de los pacientes.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 51 años, el 82% eran mujeres. Los pacientes informaron un dolor máximo de 7,6 de

media (sobre 10) en el último mes y 8,1 en los últimos 6 meses. El 75% tomó morfina o derivados en alguna ocasión. Todos tenían dolor musculoesquelético en diversas localizaciones. El 43% se ausentó alguna vez del trabajo por dolor y el 57% causó baja laboral o invalidez. La calidad de vida al iniciar el taller, con EuroQol-5D, fue de 0,4 de media. El estado de bienestar al inicio fue de 5,2 media y, al final del taller de 8,7. La satisfacción global con el taller fue de 10 sobre 10.

Conclusiones/Recomendaciones: El estado de bienestar de los pacientes aumentó notablemente tras finalizar el taller y la satisfacción fue máxima. Se identificaron propuestas de mejora para futuras ediciones: ampliar la duración total, distribuir las sesiones más cortas de un día a la semana y más actividades prácticas.

140. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD-HLS-EU-Q16 EN LA COMUNITAT VALENCIANA

A. Nolasco, N. Tamayo-Fonseca, P. Pereyra-Zamora, J. Tuells, C. Barona, R. Mas, M.A. Irlés

Universidad de Alicante, Unidad de Investigación Análisis Mortalidad y Estadísticas Sanitarias; Servicio del Plan de Salud, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche.

Antecedentes/Objetivos: En España son escasos los trabajos que han estudiado el nivel de alfabetización en salud (AES) y su influencia como determinante del nivel de salud de la población. En varios países se ha validado el instrumento HLS-EU, con el objetivo de implementarlo en encuestas específicas o de salud, y pese a su relevancia y pertinencia, en España aún no ha sido validado. El objetivo de este estudio es describir las propiedades psicométricas del cuestionario corto (16 ítems) de AES (HLS-EU-Q16), propuesto por la Red Europea de AES, así como valorar su nivel de comprensión.

Métodos: Estudio de diseño trasversal realizado sobre una muestra representativa por edad y sexo de población no institucionalizada, residente en la Comunitat Valenciana que acudieron a la consulta externa del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario del Vinalopó (Elche) entre enero y julio de 2015 (tamaño muestral de 226 sujetos, de los cuales 186 contestaron los 16 ítems del cuestionario). Se elaboró una encuesta (formulario) que incluyó el cuestionario HLS-EU-Q16, y otras variables socioeconómicas, demográficas y de estado de salud. Se analizaron las propiedades psicométricas del cuestionario con análisis factorial (AF) exploratorio y confirmatorio, utilizando el software FACTOR versión 9.1. Para evaluar el nivel de comprensión de los ítems del cuestionario se estimaron los porcentajes de respuesta de las categorías de las preguntas sobre el grado de dificultad de comprensión de cada uno de los ítems.

Resultados: El resultado del AF recomendó una solución de 3 factores, que aportaron una variabilidad explicada del 63,2% ($F1 = 46,3\%$, $F2 = 9,3\%$ y $F3 = 7,6\%$). Las cargas factoriales fueron superiores a 0,30 en todos los casos, y únicamente en 2 ítems hubo una carga factorial superior a 0,30 por parte de más de un factor. La consistencia ('reliability') de los factores fue de $F1 = 0,94$, $F2 = 0,93$ y $F3 = 0,83$. Las correlaciones entre factores fueron de 0,58 entre $F1$ y $F2$, de 0,72 entre $F1$ y $F3$, y de 0,53 entre $F2$ y $F3$. Los porcentajes de comprensión fueron altos, superiores al 80% de respuesta 'Ninguna dificultad' en la mayoría de las preguntas del cuestionario.

Conclusiones/Recomendaciones: Se puede contar con un instrumento breve y adecuado para valorar la AES. Sus propiedades psicométricas, junto con la interpretación de los factores estimados facilitarán su aplicación como instrumento para estimar la AES, para medir las necesidades relacionadas con el manejo de la información en salud (encontrarla, entenderla, evaluarla y aplicarla) en áreas relacionadas con la salud como la asistencia, prevención y promoción de la salud.

504. AJUSTE DIÁDICO CONYUGAL EN PAREJAS SEVILLANAS

N. Jiménez-Picón, M. Lima-Serrano, I. Domínguez-Sánchez, J.S. Lima-Rodríguez

Centro Universitario de Enfermería de Cruz Roja de Sevilla;
Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Los problemas de pareja son razón de consulta de psicoterapia y un gran problema social, que repercute en la pareja, hijos y salud familiar. Se determinó el ajuste diádico conyugal de 338 parejas heterosexuales de Sevilla, comparando ambos cónyuges, y comprobando la afectación por características sociodemográfica, estresores de la relación y apoyo social percibido.

Métodos: Estudio observacional, correlacional, analítico, transversal. La pareja respondió a la versión breve de la escala de Ajuste Diádico y al cuestionario de Apoyo Social Percibido. Se realizó análisis descriptivo de los datos, se aplicaron los test no paramétricos U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, y de correlación Spearman según las variables. Se consideró significación $p < 0,05$.

Resultados: La mayoría eran matrimonios (79,6%), con una media de 22,38 + 14,644 años de relación, de clase social baja (79,8%), nivel de estudios bachiller-FP (34,9%). El mayor estresor fue el desempleo (28,1%) seguido del embarazo (19,5%), percibían buen apoyo social (puntuación media = 85,45). La edad media de los hombres fue de 47,51 + 13,202, con ocupación de técnico (29,8%) y buena percepción de ajuste diádico (puntuación media = 50,45), las mujeres tenían una edad media de 45,51 + 13,298, con ocupación elemental (29%), y buen ajuste diádico (puntuación media = 51,04). En ambos cónyuges, a mayor edad y años de relación peor ajuste diádico ($p < 0,01$) y el apoyo social correlaciona positivamente con el ajuste ($p < 0,001$). Sin embargo, en los hombres las distintas dimensiones del ajuste diádico se ven afectadas por el nivel de estudios (consenso y cohesión con $p < 0,05$), la clase social baja (consenso $p = 0,001$), por el logro personal notable (menor consenso y ajuste global, $p < 0,05$), por el embarazo, menor satisfacción ($p = 0,008$), cohesión ($p = 0,012$) y ajuste diádico ($p = 0,003$), y los problemas sexuales disminuyen la satisfacción ($p = 0,008$). En las mujeres se ve afectado por el nivel de estudios (satisfacción, cohesión y ajuste global, $p < 0,05$), la profesión (cohesión, $p = 0,022$) y la clase social media (consenso, satisfacción y ajuste diádico, $p < 0,05$), el embarazo disminuye el ajuste diádico ($p < 0,001$) y por los problemas con menor satisfacción ($p = 0,001$). Finalmente la mujer percibe peor cohesión conyugal que los hombre ($Z = -2,18$ $p = 0,029$).

Conclusiones/Recomendaciones: Profundizar en el estudio de la pareja permitiría generar estrategias para reducir los efectos negativos del desajuste sobre la propia relación conyugal, los hijos y la familia, así como frenar o impedir la cronificación de situaciones de riesgo que conlleven repercusiones en la integridad de la pareja y en la salud psíquica de sus miembros.

Financiación: PI-0444-2013.

403. MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA TRAS LA CIRUGÍA DE CATARATAS

V. Ruiz Romero, P. Piñas García, F.J. Hernández Martínez, M.E. Mantrana Bermejo, L.J. Castillón Torre, M.E. Tena Sempere, I. Gómez Álvarez, M.J. Pérez Ruiz, F. González Márquez

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Antecedentes/Objetivos: La catarata es una patología prevalente asociada al envejecimiento de la población, lo que supone una alta carga asistencial y un alto coste económico asociado. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto en la calidad de vida y en la capacidad funcional relacionada con la visión tras la intervención de cirugía de catarata.

Métodos: Estudio cuasi experimental tipo pre-post en los pacientes intervenidos de cirugía de cataratas en el Hospital San Juan de

Dios del Aljarafe en 2015. Se utilizó el test VF 14. El tamaño muestral requerido para detectar una diferencia de medias estandarizadas para datos apareados entre las puntuaciones pre-post intervención de 0,2, con un intervalo de confianza del 95%, una potencia del 80% y una pérdida del 20%, fue de 185 pacientes. Se reclutaron los pacientes durante el segundo semestre de 2015, desde Hospital de Día y tras 4 meses se le comenzó a pasar el posttest. Se excluyeron a los pacientes que no usaban las gafas prescritas tras la intervención.

Resultados: Se reclutaron a un total de 196 pacientes y, a 31 de diciembre se realizaron 64 posttests. La media de edad fue de 70,4 (DE 10,1), el 50,6% fueron hombres. El 84,7% de los pacientes no tenía estudios o estos eran primarios; el 64,7% estaba casado y el 65,7% jubilado. Tras la intervención, aumenta un 32% como promedio la cantidad de pacientes que informan no tener ninguna dificultad o poca en cada una de las circunstancias recogidas en los ítems, por el contrario, disminuye un 16% de media los que informan tener mucha dificultad con cada actividad. Donde más ganancia se produce es al leer letras pequeñas y rellenar un impreso. La puntuación global alcanzada antes de la intervención fue de 55,4 (DE 25,8) de media frente al 82,8 (DE 24,3) a los cuatro meses de la cirugía ($p < 0,001$).

Conclusiones/Recomendaciones: La calidad de vida y la función visual de los pacientes con cataratas mejora notablemente tras la intervención. A un grupo de pacientes no se les pudo realizar el posttest porque decían no usar las gafas prescritas tras la intervención.

523. SAÚDE ORAL E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS A REABILITAÇÃO ORAL COM IMPLANTES DENTÁRIOS

V. de Brito, P.M. Parreira, L.S. Mónico, C. Carvalho, D. Gómez, A. Salgueiro-Oliveira

Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Universidade de Coimbra; Faculdade de Psicologia, Universidade de Coimbra; Universidade Autónoma do México.

Antecedentes/Objetivos: O conceito qualidade de vida é geral e abrange uma variedade de condicionantes que podem afetar o indivíduo, nos seus sentimentos e comportamentos relacionados com o quotidiano, não se limitando apenas à sua condição de saúde e intervenções médicas. As doenças orais são as mais comuns das doenças crónicas. Constituem um problema de saúde pública importante, devido à sua prevalência, ao seu impacto no indivíduo e na sociedade e ao peso económico despendido com os seus tratamentos. Objetivo: avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida de doentes desdentados total ou parcialmente, submetidos posteriormente a reabilitação oral, com a técnica de implantes dentários. Especificamente, pretende-se comparar os indicadores de qualidade de vida obtidos antes e após a reabilitação oral com implantes dentários.

Métodos: A amostra é composta por 31 pacientes (16-84 anos, M = 49, DP = 15,68; 18 mulheres), atendidos em Clínicas Dentárias. Foram aplicadas as medidas: OHIP, Oral Health Impact Profile (Slade & Spencer, 1994), versão portuguesa OHIP49-Port (Ferreira, 1997), a > 0,786; Health Survey Instrument SF-36v2, versão reduzida do Medical Outcomes Studys), a > 0,844; questionário sociodemográfico. As medidas foram aplicadas no pré- e no pós-teste.

Resultados: A reabilitação oral com implantes dentários incrementou a qualidade de vida em pacientes total ou parcialmente desdentados, independentemente do sexo e da idade. Esta mudança foi estatisticamente significativa quando avaliada pelo OHIP49-Port (as médias baixaram no pós-teste em todas as dimensões: Limitação funcional, Dor Física, Desconforto psicológico, Incapacidade física, Incapacidade psicológica, Incapacidade social e Desvantagens), $p < 0,001$, indicando uma melhoria do estado de saúde. Tais melhorias não se verificaram com o Health Survey Instrument SF-36v2, $p > 0,05$. No

entanto, a medida de validade convergente não indicou relação entre estes dois instrumentos. Quanto maior o grau de satisfação com a reabilitação menor a limitação funcional, menor o desconforto e menor a incapacidade psicológica ($-0,38 < r_{ho} < 0,44$, $p < 0,01$).

Conclusiones/Recomendaciones: A reabilitação oral com implantes dentários incrementou a qualidade de vida de pacientes total ou parcialmente desdentados, independentemente do sexo ou idade. Pacientes reabilitados com implantes dentários apresentaram melhorias na qualidade de vida em aspetos relacionados com o foro psicológico e aspetos relacionados com a limitação funcional. O instrumento OHIP49-Port revelou mais sensibilidade para detetar alterações do foro da saúde oral do que o instrumento SF-36v2.

194. RELACIÓN ESTRUCTURAL DE LOS DETERMINANTES Y VARIABLES DE SALUD EN LA CIUDAD DE MADRID

E.J. Pedrero Pérez, R. Rodríguez Gómez, M.T. Benítez Robredo, J.M. Díaz Olalla, G. Blasco Novalbos

Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: Las encuestas de salud exploran variables relacionadas con la salud que no pueden obtenerse por otros medios. Estos estudios poseen ventajas: fáciles de realizar, permiten explorar condiciones de salud, caracterizar a la población encuestada, etc. Pero, además de los sesgos inherentes (de selección, de información, deseabilidad social, etc.), no sirven por sí mismas para establecer relaciones causales. Para poder establecer direccionalidad en la covariación entre las distintas variables disponemos del path analysis, método que permite evaluar el ajuste de los modelos teóricos en los que se establecen hipótesis sobre relaciones causales entre variables obtenidas en estudios transversales. El objetivo de este estudio es encontrar un modelo de relaciones direccionales entre algunas variables estudiadas en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2014.

Métodos: Se realizaron 802 entrevistas telefónicas, mediante muestreo aleatorio estratificado. Para el path analysis, se extrajeron los siguientes datos: (1) conductas y hábitos relacionados con la salud; (2) autopercepción de salud y resultados de los cuestionarios sobre calidad de vida (COOP-WONCA) y salud mental (GHQ-12); (3) indicadores de salud: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, ansiedad y depresión, así como el índice de masa corporal (calculado a partir del peso y talla declarados).

Resultados: En la cadena causal, los hábitos de salud se sitúan en un primer nivel, se predicen entre sí y muestran una considerable capacidad predictiva sobre salud mental, autopercepción y calidad de vida relacionadas con la salud. En el tercer nivel, y también predecibles a partir de los hábitos, se sitúan las consecuencias de salud, específicamente la hipertensión arterial, que predice fuertemente las autoevaluaciones de salud. La salud mental se sitúa en un lugar intermedio, consecuencia de los hábitos y elemento causal de la autoevaluación de salud. La calidad de vida se sitúa en la confluencia de todos los diferentes caminos, lo que parece representar, en el presente estudio, un indicador válido de la salud en general.

Conclusiones/Recomendaciones: Es posible formular hipótesis sobre la influencia de hábitos saludables en indicadores objetivos de salud, y la interrelación de todos estos elementos para interpretar, en términos causales, la influencia mutua de las muchas variables relacionadas con la salud. La autopercepción de la salud está en el punto central de la intersección de estos caminos, algo consistente con resultados de estudios previos que le atribuyen fuerte capacidad predictiva sobre morbilidad. El cambio de hábitos, hacia modalidades saludables, puede ser, según este análisis, el punto de partida para una cascada de cambios en materia de salud, lo que debe ser contemplado por los diferentes programas de prevención y promoción de la salud.

422. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD E INTENCIÓN DE CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES

I. Oriolo, L. Rajmil, M. Azuara, F. Codina, D. Rodríguez-Arjona, N. Robles

Hospital Vall d'Hebron-Universitat Pompeu Fabra; Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques; Corporació de Salut del Maresme i la Selva; CIBERESP; REDISSEC.

Antecedentes/Objetivos: Se conocen factores de riesgo para el consumo de cannabis en adolescentes, pero existe menos información respecto a factores asociados a la intención de consumir y sobre el papel de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en éste. El objetivo principal del trabajo es determinar la relación entre la intención y/o consumo de cannabis (ICC/C) y la CVRS en la población adolescente.

Métodos: Estudio transversal con una muestra de escolares de secundaria de la localidad de Palafolls (Barcelona) de entre 12 y 17 años. Se administró el cuestionario de CVRS Kidscreen-52, se recogieron variables sociodemográficas y de salud, y se preguntó sobre la ICC/C (octubre-noviembre 2013). Análisis estadístico: Comparación de las variables sociodemográficas y de CVRS según la ICC/C. Se ajustarán modelos de regresión logística de la ICC/C.

Resultados: Participaron 372 adolescentes (participación = 80%; 55,3% niñas, media de edad = 14,0 años, significativamente inferior en niñas, $p < 0,001$). La situación socioeconómica familiar predominante fue: familias biparentales (76,2%), de estatus económico medio (62,2%) y en el que el máximo nivel educativo de los progenitores era la enseñanza secundaria (53,2%). La mayoría de los adolescentes declararon no ICC/C (75,5%), porcentaje similar y sin diferencias significativas entre niños y niñas. Los niños que declararon ICC/C no mostraron diferencias significativas en CVRS respecto a los que no lo declararon, excepto en la dimensión de entorno escolar (Sí ICC/C = 41,6 vs No ICC/C = 47,7; $p = 0,0015$). Respecto a las niñas, en aquellas que declararon ICC/C se observaron puntuaciones significativamente inferiores en CVRS en las dimensiones de bienestar físico (Sí = 42,1 vs No = 47,4; $p = 0,007$) y psicológico (Sí = 44,5 vs No = 52,1; $p = 0,0002$), relación con los padres/familia (Sí = 45,2 vs No = 53,5; $p = 0,0001$), ambiente escolar (Sí = 40,9 vs No = 48,9; $p < 0,001$) y el índice Kidscreen-10 (Sí = 42,5 vs No = 50,4; $p = 0,0001$). Se construirán modelos multivariados para confirmar estas asociaciones.

Conclusiones/Recomendaciones: La ICC/C parece que tiene mayor impacto en la CVRS de las niñas, mientras que en los niños parece que la única dimensión afectada es la relativa al entorno escolar. Cabe tener en cuenta que el diseño transversal impide establecer asociación causal y la posible pérdida de precisión al estratificar la muestra, así como la dificultad de separar ICC del consumo declarado.

Financiación: PI12/01296.

574. INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES MAYORES Y SU CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.C. Alonso Lorenzo, A. García Méndez, A. López Díaz

Gerencia Área Sanitaria IV-SESPE (Asturias); Centro de Salud de Pola de Siero-SESPE (Asturias).

Antecedentes/Objetivos: Estimar la prevalencia de incontinencia urinaria (IU) en mujeres mayores de 64 años, así como su tipología y la consulta por este motivo en Atención Primaria (AP).

Métodos: Estudio descriptivo transversal sobre muestra de 200 mujeres adscritas a la Zona Básica de Salud de Siero (Asturias), de 23.269 habitantes, seleccionadas por muestreo aleatorio simple, se excluyeron institucionalizadas. Se recogieron variables sociodemográficas y número de partos, se realizó el Cuestionario ICIF-SF (Incontinence Questionnaire-Short Form) que valora la existencia de IU, su

tipo y calidad de vida relacionada, se indagó sobre la consulta en AP del problema. Análisis estadístico: cálculo de la prevalencia de IU (proporción sobre la población estudiada), descripción de variables numéricas: media, mediana y desviación estándar; para cualitativas: frecuencias y porcentajes. Análisis de contraste para posibles factores asociados a padecer IU y de acudir a consulta: ji-cuadrado, t-Student y regresión logística. En las estimaciones se calculó el intervalo de confianza (IC) correspondiente al 95%.

Resultados: 147 respuestas (75,5%). Media de edad: 77,7 (DE: 8,4), mediana 78 años, 45% mayor de 80. Sin estudios: 23,8%. Algún parto: 92,5%. Prevalencia de IU 85,7% (IC: 79,7-91,7). Se encontraron diferencias entre padecer o no IU según edad: diferencia de 5,8 años (IC: 2,0-9,6) en los que padecía IU, y en paridad: diferencia de 0,7 (IC: 0,2-1,2). Afectación de la calidad de vida según ICIF-SF (0 = mínima, 10 = máxima): media 3,2 (DE: 2,2), mediana = 3; 81,7% puntuó menos de cinco. IU de Esfuerzo: 20,8%; de Urgencia: 5,6%; Mixta: 68,0%; Continua: 5,6%. Consideraron tener: poca pérdida el 51,6% y moderada el 47,6%. El 19,1% (IC: 11,8-26,3) consultó con AP. Los motivos principales para no consultar fueron: no considerar la pérdida de orina un problema o no darle importancia (58,3%), considerar que no tiene solución (31,1%). El modelo de regresión logística, explica acudir a consulta: la valoración de la cantidad de las pérdidas de orina (OR = 11,7, IC95%: 1,2-110,8) y la puntuación del ICIF-SF (OR = 2,3 IC95%: 1,2-4,2).

Conclusiones/Recomendaciones: La IU es una situación muy frecuente en nuestro estudio, con prevalencias muy superiores a las de otros en poblaciones similares. Por lo general es entendida como un proceso natural del envejecimiento que no tiene solución, y por tanto no se considera un problema médico. Ello se traduce en alta tolerancia ante el problema y bajo nivel de consulta. Debería mejorarse la información a la población para incrementar las actividades de promoción y las actuaciones para mejorar esta condición de salud.

MESAS ESPONTÁNEAS

ME06. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y prestaciones del SNS: avances metodológicos

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 17:15 a 18:45 h

Aula 5

Coordinan y moderan: Sandra García Armesto
y Pedro Serrano Aguilar

470. COOPERACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN EL ESPACIO EUROPEO: BASES METODOLÓGICAS, DESARROLLOS FUTUROS E IMPACTO ESPERADO

T. Molina-López, J. Asua-Batarrita, M. Espallargues-Carrión, R. Bugarín-González, S. García-Armesto, P.G. Serrano-Aguilar, P. Arriola-Bolado, S. Luengo-Matos

AETSA; OSTEBA; AQUAS; avalia-t; IACS; SESCS; UETS-CMadril; AETSA-ISCIIL.

Antecedentes/Objetivos: En 2011 la Unión Europea (EU) adoptó la Directiva 2011/24/EU sobre los derechos de los pacientes en la aten-

ción sanitaria transfronteriza. Su Artículo 15 establece que la EU apoyará y facilitará la cooperación entre las autoridades y organismos nacionales responsables de la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) designados por los estados miembros. En esta comunicación se describen las principales acciones desarrolladas para la implementación de la Directiva y el impacto de éstas sobre los procesos de evaluación de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (RedETS).

Métodos: Revisión de documentos oficiales públicos sobre la implementación de la Directiva 2011/24/EU para identificación de acciones. Análisis de Planes de Trabajo de la Red para identificar impacto.

Resultados: Se identifican cuatro acciones claves promovidas desde la UE: a) creación de la HTA Network, como red estratégica de organismos nacionales de evaluación de tecnologías sanitarias para la cooperación e intercambio de información entre los estados miembros, como; b) publicación por HTA Network del documento "Strategy for EU Cooperation on Health Technology Assessment y acuerdo sobre planes multianuales de trabajo para el desarrollo de la estrategia; c) designación de EUnetHTA como brazo científico-técnico asesor de la HTA Network; d) Financiación de una 3ª Acción Conjunta 3 (JA3) sobre ETS a desarrollar entre 2016-2019. Dentro del plan de trabajo de 2015, un grupo de trabajo, con participación de RedETS, elaboró el documento de reflexión "Reuse of Joint Work in national HTA activities". En él se analizan barreras y facilitadores para la cooperación y el desarrollo conjunto de proyectos evaluación de tecnologías sanitarias y se formulan recomendaciones a los estados miembros. Los planes de trabajo de la Red Española de los dos últimos años han incluido determinados proyectos metodológicos que responden a dichas recomendaciones: desarrollo de guía para la elaboración de informes de evaluación, que integra las guías metodológicas de EUnetHTA y las herramientas para la adaptación y reutilización de informes ya elaborados; desarrollo de manual de estándares de calidad en las agencias de la Red. Asimismo se han realizado proyectos-piloto de evaluación conjunta y de adaptación y reutilización de informes.

Conclusiones/Recomendaciones: La implementación de la Directiva 2011/24/EU ha tenido impacto en la RedETS del SNS a nivel metodológico y de producción. Los proyectos desarrollados facilitarán la participación en la JA3, cuyo objetivo final es establecer mecanismos sostenibles para la cooperación en ETS entre los estados miembros.

380. ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE PRIORIZACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS A EVALUAR POR PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

M.L. Varela-Lema, R. Bugarín-González, G. Atienza Merino

Unidade de Asesoramento Científico-Técnico, avalia-t-Axencia Galega de Coñecemento en Saúde.

Antecedentes/Objetivos: La Red Española de Agencias de Evaluación se creó con el objetivo de dar soporte a las decisiones sobre la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud. Actualmente, la Red participa en la identificación de tecnologías relevantes y se encarga de la evaluación de las propuestas de actualización que son remitidas por la administración pública sanitaria central y autonómica a través de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación. Debido a que las solicitudes son múltiples, y los recursos limitados, es necesario establecer prioridades respecto a los temas más relevantes. En este sentido, el actual trabajo surge a petición de la Comisión de Prestaciones, con el propósito de desarrollar una metodología estandarizada para seleccionar las tecnologías a evaluar de cara a su inclusión en cartera de servicios del SNS.

Métodos: El desarrollo del marco explícito de priorización comprende cinco pasos: 1) Identificación y selección de los criterios y dominios de priorización; 2) Ponderación de los dominios por diferentes agentes claves del sistema (gestores, expertos clínicos, pacientes y

otros colectivos representantes de potenciales usuarios (sociedades científicas, asociaciones de pacientes, etc.); 3) Adaptación de la herramienta de priorización web PriTec, para facilitar la automatización de los resultados 4) Establecimiento del procedimiento operativo estandarizado que aborda los diferentes pasos, actores implicados y requisitos de información (cómo, quién, cuándo y dónde); 5) Pilotaje y validación.

Resultados: La herramienta de priorización PriTec constituye el instrumento de soporte para implementar el marco de priorización del SNS. La herramienta, previamente validada, facilita ordenar de forma simultánea, hasta un máximo de 50 tecnologías, en función de la puntuación asignada por la Comisión a los múltiples criterios que han sido previamente categorizados y ponderados. Para reducir la subjetividad, la puntuación se realiza atendiendo a una ficha con la información mínima necesaria para abordar cada uno de los criterios de priorización. La herramienta calcula automáticamente la puntuación total ponderada para cada tecnología y proporciona un informe final con datos sobre cada dominio.

Conclusiones/Recomendaciones: La herramienta PriTec sirve para mejorar la objetividad, visibilidad y aceptabilidad del proceso de priorización, evitando que la selección se sustente únicamente en consideraciones subjetivas. Dado que la herramienta se sustenta en información clave, facilita a la Comisión establecer el valor añadido y las incertidumbres de las tecnologías, mejorando la toma de decisión.

Financiación: Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

378. IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS NUEVAS Y EMERGENTES QUE RESPONDAN A LAS NECESIDADES DEL SISTEMA SANITARIO. ELABORACIÓN DE UN MARCO EFICIENTE

I.G. Gutiérrez-Ibarluzea, J.A. Asua

Evaluación de Tecnologías Sanitarias-Osteba, Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: Las tecnologías sanitarias nuevas y emergentes son las técnicas o procedimientos utilizados en la práctica clínica que se encuentran en la fase previa a su adopción o difusión generalizada en el sistema sanitario. Para ayudar en el proceso de decisión, algunos países han desarrollado sistemas formales llamados de manera general "Early Awareness and Alert Systems" (EAAs). Desde 1999, la creación de EuroScan, red internacional dedicada a la EAAs, ha agrupado a las organizaciones gubernamentales con actividades de detección temprana de nuevas tecnologías, con la finalidad de dirigir sus efectos y anticipar las consecuencias derivadas de su introducción en el sistema sanitario. Entre las agencias de EuroScan se encuentran, desde su inicio, varias agencias de la Red española (Osteba, ISCIII y AETSA). En 2006 se creó la red española de identificación de tecnologías sanitarias emergentes y evaluación temprana, Grupo de Evaluación de Nuevas Tecnologías Sanitarias "GENTecS", formada por AETS (ISCIII), AETSA (Andalucía), AVALIA-T (Galicia) y Osteba (País Vasco) con la finalidad de identificar tecnologías sanitarias nuevas y emergentes, compartiendo información estratégica sobre las mismas y su posible impacto.

Métodos: Desarrollo de un modelo funcional y operativo de trabajo en colaboración con la SG. de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Traducción y adaptación de la herramienta metodológica creada por EuroScan para la identificación y evaluación de tecnologías sanitarias nuevas y emergentes. Finalmente, adaptación de la herramienta de priorización PriTec para su uso en la priorización de tecnologías nuevas y emergentes.

Resultados: Los resultados obtenidos permitirán contar con una base de datos común de tecnologías sanitarias nuevas y emergentes,

fruto del trabajo coordinado de detección de nuevas tecnologías sanitarias de las agencias que trabajan en esta área.

Conclusiones/Recomendaciones: Esta herramienta facilitará la identificación más eficiente y exhaustiva para la posterior priorización por los sistemas autonómicos correspondientes y por la Dirección de Cartera de Servicios del SNS y su evaluación.

321. LOS ESTUDIOS DE MONITORIZACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

J. González Enríquez, I. Imaz Iglesia, S. Luengo Matos

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

Antecedentes/Objetivos: El procedimiento de actualización de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) contempla la posibilidad de realizar Estudios de Monitorización (EM) de técnicas, tecnologías o procedimientos (Orden 1356/2015). Los EM son estudios observacionales dirigidos a realizar el seguimiento de los resultados de una tecnología ya introducida en el SNS, cuando existe incertidumbre sobre su efectividad o seguridad, se desconoce su comportamiento en grupos de población específicos o son de previsible alto impacto económico u organizativo. El objetivo es obtener información relevante sobre la efectividad y seguridad de tecnologías sanitarias en el contexto de su uso habitual.

Métodos: Cada EM está coordinado por una Agencia de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. La tecnología objeto del EM se aplica solo en centros sanitarios designados por las CCAA y en base a un protocolo. Todos los pacientes que cumplan los criterios establecidos en el protocolo tendrán acceso a la tecnología sujeta a EM. Las agencias coordinadoras elaboran y consensuan el protocolo, con la participación de Sociedades Científicas y clínicos expertos designados por las CCAA, definen los criterios de exclusión e inclusión de pacientes, las variables a recoger, supervisan la recogida de información y analizan los resultados finales. Las CCAA designan los centros participantes, que deben cumplir las condiciones de utilización de la tecnología y los requisitos materiales, personales y formativos establecidos en el protocolo. Los informes finales de los EM facilitarán el mantenimiento o exclusión de la técnica de la cartera de servicios del SNS o la modificación de sus condiciones de utilización.

Resultados: Hasta la fecha se han iniciado los siguientes EM coordinados por Agencias de la Red: Stent esofágico biodegradable para patología benigna. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III (AETS-ISCIII). Válvula endobronquial. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud. Sistema de reparación percutáneo de la válvula mitral mediante clip. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco (OSTEBA). Dispositivo de cierre (Oclusor) de la orejuela auricular izquierda. AETS-ISCIII. Los citados estudios se encuentran en estos momentos en la fase de consenso del protocolo con participación de clínicos expertos y Sociedades Científicas.

371. ESTIMACIÓN DEL UMBRAL DE COSTE-EFECTIVIDAD EN ESPAÑA

L. Vallejo-Torres, B. García-Lorenzo, I. Castilla, C. Valcárcel-Nazco, L. García-Pérez, R. Linertová, P.G. Serrano-Aguilar

Fundación Canaria de Investigación Sanitaria (FUNCANIS); Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC); Centro de Investigaciones Biomédicas de Canarias (CIBICAN); Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS).

Antecedentes/Objetivos: En el marco de las actividades desarrolladas por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, el Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud lidera un proyecto que tiene como objetivo facilitar la incorporación de la evaluación económica en la toma de decisiones sobre financiación sanitaria. Para ello este proyecto pretende avanzar en la estimación de cuánto está dispuesto y es capaz el SNS de invertir por unidad de salud, medida en Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC). Esta cifra se conoce como el umbral de coste-efectividad y sirve como herramienta para dictaminar si el coste de una tecnología sanitaria está justificado por las mejoras en salud que es capaz de generar.

Métodos: El proyecto se ha dividido en diferentes fases que abarcan: i) la revisión y valoración crítica de la literatura internacional sobre metodologías para la estimación del umbral, ii) una consulta a un panel de expertos para evaluar las necesidades de investigación en España, iii) el diseño e implementación de estudios empíricos para la estimación del umbral, y iv) la difusión de resultados y elaboración de recomendaciones.

Resultados: La revisión de la literatura puso de manifiesto la existencia de dos corrientes de investigación para la estimación del umbral: i) la valoración monetaria de ganancias en salud por parte de la sociedad, y ii) el cálculo del coste de oportunidad de introducir nuevas tecnologías, es decir, las pérdidas en salud que resultan de desviar fondos sanitarios para financiar nuevas incorporaciones. La consulta al panel de expertos señaló como relevantes ambos aspectos para la fijación de un valor umbral y la necesidad de realizar nuevas estimaciones en ambos frentes para el contexto español. El primer trabajo empírico desarrollado en este proyecto abordó la estimación del coste de oportunidad de las decisiones de financiación. En base al efecto estimado del gasto sanitario sobre la salud de la población, se calculó que actualmente el SNS es capaz de generar un AVAC a un coste de entre 21.000€ y 24.000€. Actualmente se está desarrollando un estudio sobre la valoración social de mejoras en salud con el objetivo de incorporar la perspectiva de los pacientes y la población general en la estimación del umbral.

Conclusiones/Recomendaciones: La estimación del umbral de coste-efectividad es necesaria para incorporar la evaluación económica en la toma de decisiones en España. La fijación de este umbral debe de tener en cuenta tanto las preferencias de la población como las restricciones presupuestarias a las que se enfrenta el sistema.

411. ASSESSING MHEALTH: PROPOSAL OF A NEW FRAMEWORK

E. Puigdomènech, C. Carrión, S.F. Gómez, C. Almazán, M. Espallargues

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; TransLab Research Group, Departament de Ciències Mèdiques, Facultat de Medicina, Universitat de Girona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Antecedentes/Objetivos: Despite the fact that the use of apps in the health sector is rapidly increasing and that these apps support and, in some cases, substitute medical functions, no specific frameworks to assess mobile Health (mHealth) solutions in a broad scope and in a comprehensive way have been identified. The overall objective is to propose a comprehensive framework for mHealth assessment which could serve as a reference when performing impact evaluation in specific contexts and regions.

Métodos: The Framework is being developed following the next steps: 1. Literature review in order to identify existing assessment models. 2. Group discussion with experts at national and international level, as well as potential users. 3. Definition of the assessment

model, mainly based on the domains of health technology assessment.

Resultados: Developed by collaborative input from five countries and more than 12 institutions, the Framework offers a step-by-step process by which any mHealth solution can be categorized and analyzed, following a structured path based on the solution's features and level of risk to the user and system. The taxonomy is proposed to be based on three elements: 1) Risk classification matrix: combining intervention type and patient type. 2) Users: Patients, Professionals, Informal caregivers or all together and 3) Integration: Stand-alone, Fully integrated. The model has 4 evaluation domains (Technical Maturity, Risks, Benefits and Resources Needed), including and accommodating the commonly accepted evaluation perspectives: Technical, Contents, Clinical/Health, User perspective, Organizational and Socio-economic. Under each domain are defined sub-domains representing specific aspects to be assessed, which are addressed on different levels: end-user, organization, including different care levels and groups of professionals, healthcare system and community (society as a whole). Aspects to be assessed are selected according to the purpose of the evaluation (intended use/intended impact) and would vary depending on the type of the mHealth solution: product or service.

Conclusiones/Recomendaciones: A change of the paradigm for the evaluation of mHealth solutions is needed, moreover the assessment process should be adapted to the particularities of mHealth. The proposed framework is intended to help to make informed decisions when developing, integrating, selecting, recommending, or adopting mHealth solutions.

ME07. Poniendo la evaluación de impacto en salud en práctica

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 17:15 a 18:45 h

Salón de Actos

Coordinan y moderan: José Vela Ríos
y Alberto Fernández Ajuria

487. CÓMO ABORDAR LA VALORACIÓN DE IMPACTO EN SALUD DE INSTRUMENTOS DE PLANEAMIENTO URBANÍSTICO, ACTIVIDADES Y OBRAS

A. Candau Bejarano, L.A. Moya Ruano, R.M. Bueno Borrego, J. Vela Ríos

Grupo Autonómico de Evaluación de Impacto en Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La Ley de Salud Pública de Andalucía (16/2011) introduce la obligación de someter determinadas actuaciones y sus proyectos (proyectos) a Evaluación de Impacto en Salud (EIS) otorgando la responsabilidad del análisis de impactos en salud a las personas promotoras que deben elaborar la Valoración de Impacto en Salud (VIS). Dada la novedad de este planteamiento, el Decreto 169/2014 (Decreto EIS) dispone que la administración sanitaria elabore guías de asesoramiento al promotor para realizar la VIS. El objetivo de esta comunicación es describir la metodología desarrollada para el análisis de los impactos en salud en dichas guías y el proceso seguido en su diseño.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura científica tendiente a describir relaciones directas e indirectas entre los efectos previ-

sibles que pueden derivar de proyectos-tipo afectados y la salud, así como de herramientas de evaluación de impactos. La metodología se ha pilotado por un proceso de validación tanto interna como externa, consistente en la realización de reuniones, talleres y entrevistas con informantes clave.

Resultados: La metodología propuesta consiste en dos etapas. Una primera descriptiva, indica como recabar información relativa a los objetivos y aspectos generales del proyecto que pudieran influir negativa o positivamente en la salud, así como a las características de la población que se vería afectada por su ejecución e implantación: características sociales, demográficas, ambientales, de salud, e incluso, fomentando la participación ciudadana, de la percepción que dicha población tiene de su entorno. La segunda etapa muestra un proceso lógico que permite, mediante cuatro fases, una vez identificados los posibles impactos en salud del proyecto, ir descartando aquellos que no se consideran relevantes utilizando distintas herramientas de ayuda: la aplicación de sistemas de información geográfica, listas de chequeo y criterios de valoración, e indicadores y sus respectivos estándares de comparación. En la última de las fases se proponen metodologías y documentos aceptados a nivel internacional para realizar un análisis crítico de aquellas acciones y medidas para las que no se ha podido descartar la ausencia de impactos significativos.

Conclusiones/Recomendaciones: Esta metodología posibilita la implicación de los promotores a la hora de integrar consideraciones de salud en sus proyectos: es flexible y práctica, descarta impactos que no son relevantes y se centra en aquellos para los que se puede lograr una mejora, y adaptada a su lenguaje y forma de trabajo, lo que hace viable, técnica y económicamente, el análisis prospectivo de los impactos que pueden derivar de dichos proyectos.

513. ¿QUÉ PUEDE APORTAR UNA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD AL PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN AMBIENTAL? EL CASO DE UNA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

F.J. Rodríguez Rasero, A. Candau Bejarano, M. Nieto Jiménez, J. Vela Ríos

Grupo Autonómico de Evaluación de Impacto en Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La Ley de Salud Pública de Andalucía (16/2011) ha introducido la Evaluación de Impacto en Salud (EIS), que integra en Andalucía la valoración de impacto en la salud (VIS), a realizar por el promotor de la actividad u obra ("proyecto"), y el informe de evaluación de impacto en la salud (Informe EIS), que emite la Administración sanitaria andaluza. El Informe EIS, que evalúa la VIS, se inserta dentro del procedimiento de autorización ambiental correspondiente con carácter preceptivo y vinculante. Posteriormente se publicaron el Decreto 169/2014, que establece metodología de EIS, y el Manual de EIS de proyectos, para asesorar al promotor. La incorporación de un documento adicional (VIS) en el procedimiento ambiental ha provocado reticencias en distintas instituciones y actores implicados, por considerar el factor salud ya incluido en la evaluación ambiental. El objetivo de este trabajo es, precisamente, mostrar qué aporta la EIS en los procedimientos de autorización ambiental, a través de la presentación de un caso real de EIS en una industria farmacéutica.

Métodos: Presentación del caso con los siguientes elementos: Solicitud de Autorización Ambiental Integrada (AAI) de una industria farmacéutica, VIS del promotor, requerimiento de información al promotor, ampliación de la VIS del promotor, informe EIS y resolución de AAI. La VIS sigue la metodología del Manual EIS de proyectos, que permite ir descartando en distintas fases los impactos en salud de la población como consecuencia del proyecto mediante un análisis del

entorno (con especial énfasis en la identificación de población vulnerable), un análisis del proyecto, la identificación de los potenciales impactos en determinantes y un análisis de los potenciales impactos en la salud.

Resultados: Se realizó el análisis de la VIS obteniendo como resultado un informe de requerimiento con aspectos sobre calidad del aire (como la exposición de población vulnerable a compuestos orgánicos volátiles), ruido y agentes biológicos que no habían sido señalados por el órgano ambiental, y la posterior modificación de la VIS del proyecto con objeto de descartar los potenciales impactos puestos de manifiesto en el mismo. Tras la modificación, el pronunciamiento del Informe EIS declara viable el proyecto.

Conclusiones/Recomendaciones: La EIS es una herramienta que va más allá de la obligatoriedad del cumplimiento de normas sectoriales. La aplicación de la metodología de EIS permite identificar y señalar medidas que redundan en la salud de la población, a la vez que contribuye a crear conciencia en los promotores sobre la influencia que tienen sus decisiones en la salud de la ciudadanía.

516. APLICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA A LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD

L.A. Moya Ruano, F.J. Rodríguez Rasero, C. Lozano Izquierdo, J. Vela Ríos

Grupo Autonómico de Evaluación de Impacto en Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

En el ámbito de la salud la distancia entre la población y los elementos de interés (riesgos o recursos en salud) es una cuestión fundamental ya que los potenciales efectos, positivos o negativos, sobre la salud de la población se ven muy condicionados por esta variable. Por ello, el uso de sistemas de información geográfica dentro de los estudios en salud resulta casi imprescindible, ya que estos sistemas permiten no sólo identificar la posición relativa de los individuos respecto a los elementos cuyo impacto se estudia, sino realizar análisis y cálculos avanzados usando información que se asocia a los elementos representados. Aunque esta comunicación versa sobre la aplicación de estas herramientas a la evaluación de impacto en salud, las operaciones descritas pueden extrapolarse a todos los campos de investigación, debiendo aprovecharse las ventajas que suponen la popularización de programas de software libre y las directrices europeas de OpenData, con la aparición de información de libre disposición en Internet. Existen numerosas oportunidades para sacar partido a los sistemas de información geográfica en este ámbito: aquí veremos tanto repositorios de datos como aplicaciones útiles, y se finalizará con algunos ejemplos concretos de cálculo de indicadores de relevancia. Así, se verá la utilidad de proyectos como el Callejero Digital Unificado de Andalucía y su plataforma web (que permite diseñar nuevas calles y manzanas) o el de Datos Espaciales de Referencia de Andalucía, un compendio de información "libre" georreferenciada a nivel andaluz. Con estas herramientas se facilita la tarea de descripción del estado inicial y final de un entorno urbano como consecuencia de un plan urbanístico. Otro aspecto a considerar es la abundante información disponible dentro de la Grid de Población 250 × 250 puesta a disposición del público por parte del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) y que permite realizar una caracterización básica de la población en el territorio. Finalmente y dentro del apartado de cálculo de indicadores se verán varios ejemplos, como la identificación de poblaciones vulnerables en el entorno de un foco de emisión, el cálculo de población en edad escolar que reside a menos de una distancia determinada de un centro educativo o el proyecto de determinación del trazado de una red de transporte de electricidad en alta tensión que minimice la población expuesta a un determinado nivel de campos electromagnéticos.

204. LECCIONES APRENDIDAS EN UNA DÉCADA DE EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD EN EUSKADI

I. Larrañaga Padilla, E. Serrano Ibarbia

Servicio de Planificación y Evaluación, Delegación de Salud de Gipuzkoa; Centro Comarcal Bidasoa, Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa.

Antecedentes/Objetivos: Tras 10 años de aplicar la Evaluación del Impacto en Salud (EIS) en la Comunidad Autónoma de Euskadi, se analizan 3 casos desarrollados en el ámbito de la regeneración urbana, así como los resultados alcanzados y las lecciones aprendidas.

Métodos: Análisis retrospectivo y comparativo, basado en la revisión de documentación, encuesta y entrevistas a investigadores de 3 EIS: Regeneración de Uretamendi-Betolaza-Circunvalación en Bilbao (RUBC), Soterramiento del Ferrocarril en Vitoria (SFV), Regeneración de la Bahía de Pasaia (RBP). La información se estructuró según características de los proyectos, los procesos EIS y los resultados alcanzados.

Resultados: Las tres intervenciones mostraron rasgos comunes, presentes en numerosos proyectos de regeneración y que determinan su complejidad y conflictividad asociada: desacuerdo entre las instituciones competentes, mutabilidad y labilidad de los proyectos con demoras en su diseño, aprobación y ejecución, y percepción de abandono y desconfianza institucional en la población. En los tres casos se aplicaron las etapas clásicas de la metodología aunque con desigual desarrollo en: a) el grado de compromiso de los promotores; b) la caracterización del área, grupos vulnerables e inequidades en salud; c) la participación ciudadana en el proceso; d) los mecanismos de evaluación de los impactos. Las recomendaciones apuntaban a tres niveles: medidas paliativas durante las obras, medidas sobre la propia intervención para maximizar/minimizar los impactos en salud y propuestas de mejora de la relación población/instituciones. Su materialización varió según la implicación de los promotores, siendo aceptable en UBC, pero no así en SFV por suspensión del proyecto. En la RBP, aun en ejecución, la principal recomendación fue incorporada al Plan Estratégico y ratificada y presupuestada por las instituciones competentes. La participación ciudadana en la EIS contribuyó a la autoestima social y la participación de profesionales sanitarios favoreció la legitimación de la EIS. Los investigadores apreciaron, además, una progresiva sensibilización de los gestores institucionales y de la población participante, con el enfoque social de la salud.

Conclusiones/Recomendaciones: A pesar de la complejidad y conflictividad inherente a los procesos de regeneración urbana, la metodología EIS promueve el consenso y la participación ciudadana, difunde una visión social de la salud y articula la estrategia de la Salud en Todas las Políticas en el ámbito local. Se requieren estudios que evalúen la eficacia de la EIS en la toma de decisiones y en la incorporación de la salud a las políticas urbanísticas.

502. POBLACIONES VULNERABLES EN EL MARCO DE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD: PROPUESTA METODOLÓGICA Y HERRAMIENTAS

M.J. Viñas Casasola, J.L. Gurucelain Raposo

D.T. de Huelva, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación de impacto en salud (EIS) es un conjunto de métodos, procedimientos y herramientas para evaluar una política, proyecto o actividad en relación a sus potenciales efectos en la salud de una población y su distribución dentro de ésta. En Andalucía es obligatoria para ciertas actuaciones y está regulada por la Ley de Salud Pública de Andalucía y el Decreto 169/2015. Es ineludible dentro de la EIS caracterizar a la población potencialmente afectada desde el punto de vista demográfico, social, económico o de salud, incluyendo la detección de grupos vulnerables a fin de disminuir o al menos evitar que se acentúen las posibles inequidades en

salud. Existen distintas fuentes que facilitan datos demográficos, socioeconómicos y sobre salud geográficamente referenciados que pueden ayudar a esta caracterización. Es objetivo de este estudio proponer una metodología de trabajo para identificar estos grupos vulnerables y poner de manifiesto los recursos disponibles para su valoración.

Métodos: Se reconocen en la población distintos grupos vulnerables en función de parámetros como: género, edad, circunstancias físicas o psíquicas, nacionalidad o etnia, sociales y económicas que pueden verse afectados en diferente medida en función del factor afectado por la actuación. Factores ambientales (aire, agua, suelos, campos electromagnéticos...) afectarán en mayor medida a menores, ancianos y personas enfermas, mientras que factores socioeconómicos (empleo, accesibilidad a servicios y espacios) afectarán más a personas vulnerables por razón de etnia, nacionalidad o desempleo. El Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Fomento tienen disponible en Internet información relevante sobre estas circunstancias.

Resultados: Se han utilizado los datos facilitado por el IECA y el INE para obtener mediante un sistema de información geográfica (QGIS) mapas de la ciudad de Huelva y su entorno con distintos grupos de poblaciones vulnerables a escala municipal e inframunicipal (distritos censales y cuadrículas geográficas) que permiten observar cómo se distribuyen estos grupos.

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque es útil en municipios pequeños en los que una actuación puede afectar a la mayor parte o a todos los habitantes, un nivel de desagregación municipal no lo es para ciudades medias o grandes donde se necesitan datos con una mayor desagregación geográfica. Aunque son más escasos que los anteriores debido al secreto estadístico, se pueden obtener algunos interesantes a nivel de distritos censales o por cuadrículas geográficas en estas mismas fuentes. El Ministerio de Fomento ofrece para su consulta online el Atlas de la Vulnerabilidad Urbana en España donde se pueden consultar algunos indicadores e índices pero no permite su descarga.

485. EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD DE UN PROYECTO DE ORDENACIÓN URBANA EN LA CIUDAD DE BRUGES, FRANCIA

A. Rivadeneyra, B. Clement, D. Couralet, C. Garnier, S. Giraud, I. Haumont, C. Nassiet, V. Ramel, E. Rococo, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; ISPED-Universidad de Burdeos; Agence d'Urbanisme Bordeaux Métropole; IREPS Aquitaine; Observatoire Régional de la Santé Aquitaine; Bordeaux Métropole; Agence Régionale de Santé ALPC.

Antecedentes/Objetivos: La experiencia acumulada a nivel internacional está demostrando el potencial de la evaluación de impacto en salud (EIS) para estimar los posibles efectos en salud de toda nueva política, programa o proyecto. La EIS es especialmente pertinente en el ámbito local donde se definen las intervenciones más próximas a los individuos que inciden por ello en la distribución de los principales determinantes de la salud. Este trabajo describe una EIS realizada en la ex-región Aquitania, en Francia, sobre un proyecto de desarrollo dominiario. Su aplicación responde al interés de las autoridades sanitarias regionales y metropolitanas por valorar el potencial de la EIS como procedimiento efectivo para avanzar la salud en todas las políticas a nivel territorial.

Métodos: Recopilación de información y documentación sobre la propuesta sometida a la EIS, revisión bibliográfica, realización de entrevistas y grupos focales con informantes clave y habitantes, análisis de impactos y formulación de recomendaciones.

Resultados: La EIS se desarrolla bajo la coordinación de la Agencia Regional de Salud (ARS) y la alcaldía metropolitana de Burdeos con el

apoyo de un equipo evaluador multidisciplinar que combina conocimientos y competencias en materia de urbanismo, medioambiente, promoción de salud y sistemas de información. Tras la constitución del equipo director y la formalización del diseño de la EIS, en marzo 2016 se inició la etapa de caracterización de impactos que se prevé culmine en septiembre con la formulación de recomendaciones. Las acciones sometidas a la EIS se refieren a la construcción de 600 nuevos apartamentos y la ordenación del territorio urbano afectado: red de espacios peatonales y aceras, mobiliario urbano, zonas ajardinadas, placetas y aparcamientos. Se presentaron los resultados y recomendaciones resultantes, así como los principales puntos fuertes y dificultades observadas en cada etapa de la EIS.

Conclusiones/Recomendaciones: Esta experiencia EIS pionera en la ex-región de Aquitania es fruto del interés común de ARS y la alcaldía metropolitana de Burdeos de integrar la salud en sus políticas y programas. Y específicamente, en los ámbitos de urbanismo y ordenación del territorio. Su desarrollo y resultados permitirán valorar su potencial para promover políticas favorables a la salud en el ámbito local según las expectativas y necesidades de los actores implicados. Permitirá además pilotar métodos, procedimientos y herramientas que facilitarán su reproducibilidad por otras instituciones y agentes locales interesados en la EIS.

Financiación: INPES.

829. VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS EVALUACIONES DE IMPACTO EN SALUD REALIZADAS EN ESPAÑA

M. Morteruel, A. Bacigalupe, I. Larrañaga, E. Serrano

Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco (UPV/EHU); OPIK, Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico; Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: La Evaluación de Impacto en Salud (EIS) es una herramienta para la Salud en Todas las Políticas (SeTP) que pretende informar la toma de decisiones, fortalecer la relación entre los sectores y generar conocimiento. En España se ha aplicado sobre proyectos de regeneración urbana y se necesita la generación de un cuerpo de evidencia sobre su efectividad para orientar su implementación. El objetivo es evaluar la efectividad de cinco EIS urbanísticas realizadas en ciudades de Euskadi, Andalucía y Cataluña.

Métodos: Se elaboró un cuestionario abierto en base al marco conceptual de Harris (Harris, 2013) para la efectividad de la EIS, que considera factores relacionados con: 1) el contexto sociopolítico en el que se desarrolla y valores y propósito de la EIS; 2) el proceso; y 3) los impactos directos -sobre la toma de decisiones- e indirectos -sobre el conocimiento generado y las relaciones establecidas entre los sectores implicados-. Se envió por correo electrónico a cada persona responsable de las EIS. Tras su análisis los resultados fueron devueltos a las personas encuestadas para validar la calidad de la información recabada.

Resultados: Con respecto al contexto, la mayoría de las EIS se desarrollaron en áreas desfavorecidas y en contextos diversos de conflictividad. Se enmarcaron en proyectos de investigación liderados por administraciones sanitarias con el fin de testar la herramienta y llegar a emitir recomendaciones. En cuanto al proceso, las EIS se desarrollaron según sus fases y en base a la evidencia. La flexibilidad en el proceso solventó cuestiones relacionadas con el contexto y la propia naturaleza de los proyectos urbanísticos. Todas contaron con un equipo motor multidisciplinar, que en tres casos incluía a personas con capacidad de incidir en la toma de decisiones e introdujeron procesos participativos, que en cuatro casos incluían a población afectada por las medidas. En cuanto a los impactos directos, las recomendaciones sobre las medidas se adoptaron íntegramente en dos EIS y parcialmente, en otras dos; las recomendaciones para la mejora de la relación con la comunidad se emitieron en tres casos y se

adoptaron en uno. Los impactos indirectos fueron la sensibilización acerca de los determinantes sociales de la salud y los efectos de las medidas, el valor de la participación, la generación de redes y el conocimiento de la herramienta.

Conclusiones/Recomendaciones: El proceso de desarrollo de la EIS y los impactos indirectos son las áreas detectadas de mayor efectividad. El avance en la acción intersectorial, la extensión del modelo social de la salud o la calidad democrática son algunos retos identificados para la efectividad de la EIS en España.

COMUNICACIONES ORALES

CO12. Vigilancia epidemiológica (II)

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 0.1

Moderadora: Pilar Barroso García

94. EFECTIVIDAD DE LA QUIMIOPROFILAXIS CON AZITROMICINA PARA PREVENIR LA TOS FERINA EN CONTACTOS DE CASOS CONFIRMADOS EN CATALUÑA Y NAVARRA

P. Plans, D. Toledo, P. Álvarez, P. Godoy, M. Jané, S. Minguell, G. Carmona, C. Muñoz-Almagro, M. García-Cenoz

Agencia de Salud Pública de Cataluña; Agencia de Salud Pública de Barcelona; Instituto de salud Pública de Navarra; Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La quimioprofilaxis contra la tos ferina es una de medidas preventivas para reducir la transmisión de la tos ferina en los contactos de casos confirmados. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la efectividad de quimioprofilaxis con azitromicina para prevenir la tos ferina en los contactos domiciliarios de los 688 casos confirmados en Cataluña y Navarra en 2012-13.

Métodos: La efectividad de la quimioprofilaxis con azitromicina se evaluó comparando la incidencia de tos ferina secundaria o terciaria (no primaria) entre los contactos domiciliarios que recibieron y no recibieron quimioprofilaxis. La efectividad de la quimioprofilaxis se calculó mediante la fórmula: $1 - \text{riesgo relativo de tos ferina (RR)}$. La efectividad se ajustó para el efecto de otras variables teniendo en cuenta la odds ratio de tos ferina ajustada mediante análisis de regresión logística múltiple. El análisis se realizó mediante el programa IBM-SPSS (v. 18).

Resultados: El análisis se realizó en los 2543 contactos con información validada sobre la quimioprofilaxis recibida y que no eran casos primarios o co-primarios. Durante el período de estudio de dos años, se detectaron 152 (7%) casos de tos ferina no primaria entre los 2.169 contactos que habían recibido quimioprofilaxis y 60 (16%) entre los 373 contactos que no la habían recibido, siendo el RR de tos ferina de 0,39 (IC95%: 36,7-60,9, $p < 0,001$). La quimioprofilaxis se asoció con una efectividad para prevenir la tos ferina no primaria del 56,4% (IC95%: 42-67%, $p < 0,001$). La efectividad de la quimioprofilaxis ajustada para la edad, sexo y vacunación contra la tos ferina en la edad infantil fue del 61,9% (IC95%: 47-73%, $p < 0,001$). La frecuencia de tos paroxística fue menor en los contactos que habían recibido quimioprofilaxis que en los que habían recibido quimioprofilaxis (7,9 vs 16,8%, $p < 0,001$), siendo el RR de 0,43 (IC95%: 0,32-0,58, $p < 0,001$).

Conclusiones/Recomendaciones: La quimioprofilaxis con azitromicina fue efectiva para prevenir la transmisión de la tos ferina en los

contactos domiciliarios de los casos confirmados. La quimioprofilaxis es una de las estrategias básicas para prevenir la tos ferina.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (FIS PI11/02557) y Fondos FEDER.

434. INVESTIGACIÓN AMBIENTAL DE LA EXPOSICIÓN A *LEGIONELLA PNEUMOPHILA* EN VEHÍCULOS DE LIMPIEZA VIARIA

N. Valero, S. Manzanares, H. Pañella, M. de Simón, P. Gallés, N. Izquierdo, I. Avellanes, A. Gómez, R. González

Agència de Salut Pública de Barcelona; Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Presentamos la investigación ambiental después de la declaración, el 14 de agosto de 2015, de un caso de legionelosis en un hombre de 58 años, diagnosticado por antigenuria. La evolución clínica del caso fue favorable. Se trataba de un trabajador que realizaba la limpieza de calles con una manguera de agua a presión, sin otras exposiciones de riesgo. Estos vehículos forman aerosoles durante su uso y hay antecedentes de casos asociados.

Métodos: Se contactó con la empresa, que inmovilizó los cuatro vehículos que había usado el trabajador durante el período de incubación de la enfermedad. Los depósitos de los vehículos disponían de un revestimiento interior de espuma que los dotaba de estabilidad. Se tomaron muestras de agua de los depósitos y escobillones del biofilm y del agua de las mangueras de los vehículos para la investigación de legionela. Se detectó *L. pneumophila* del serogrupo 1 en el agua de los depósitos de 2 vehículos con recuentos de *Legionella* spp. entre 150 y 1.000 ufc/L. La hipótesis de estudio fue que tras el vaciado del depósito, hubiera quedado agua absorbida en la espuma interior, la legionela hubiera podido proliferar por las condiciones de temperatura elevada (25 °C incluso por la noche), y al inicio de la jornada fuera inhalada en forma de aerosol por el trabajador. Se desinfectaron y limpiaron los depósitos y a los 15 días se volvieron a tomar muestras para evaluar la eficacia de la desinfección. En esta ocasión, se tomaron muestras del biofilm de las superficies de los depósitos y también de la espuma para la investigación de legionela.

Resultados: Los análisis microbiológicos indicaron la presencia de *L. pneumophila* del serogrupo 1 en el agua de los depósitos, en la espuma y en las muestras de biofilm interior de los depósitos. De acuerdo con los resultados se obligó a limpiar de nuevo los depósitos y a sustituir la espuma por una nueva.

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque la falta de una muestra clínica del enfermo imposibilitó la comparación molecular entre la cepa clínica y la ambiental, el estudio confirma la hipótesis planteada. El antecedente de otro caso de legionelosis en las mismas condiciones años atrás, refuerza esta hipótesis. La investigación sirvió para comprobar que la desinfección tal y como se estaba realizando no era efectiva y se implantaron medidas de control más estrictas en estos vehículos: a) la limpieza y desinfección de los depósitos dos veces al año extrayendo previamente las espumas, y b) la sustitución de las espumas antes de la temporada de verano. Asimismo, se implantaron medidas de protección individual para los trabajadores durante la jornada laboral.

611. CASOS HOSPITALARIOS DE TOSFERINA EN ARAGÓN, 2000-2014: ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE CASOS POR CAPTURA-RECAPTURA DE DOS FUENTES DE DATOS

S. Martínez, A. Vergara, J.P. Alonso, A.D. Cebollada, J. Guimbao, C. Compés, P. Sánchez, M.J. Casas, Y. Castán

Vigilancia en Salud Pública de Aragón; Vigilancia Epidemiológica de Zaragoza; Vigilancia Epidemiológica de Teruel; Vigilancia Epidemiológica de Huesca; DG Asistencia Sanitaria.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha detectado un incremento de la incidencia de tosferina en España. En Aragón se observa de manera más acusada a partir de 2014, afectando principalmente a los menores de un año. El objetivo de este estudio fue conocer el impacto sanitario en hospitalizaciones de casos de tosferina en Aragón, evaluar la notificación al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) de los casos hospitalizados y estimar el número de casos de tosferina a través de dos fuentes de información.

Métodos: Se utilizó el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y el Sistema EDO. Se realizó un estudio observacional descriptivo de los casos registrados en CMBD en Aragón con un diagnóstico principal o secundario de tosferina (033) en los años 2000 a 2014. Se estimó la exhaustividad de ambas fuentes de información mediante el método captura-recaptura.

Resultados: Se registraron 133 casos de tosferina en CMBD. La mayor incidencia se observó en 2011 y 2014. El 85,7% (114) fueron menores de un año, con mayor frecuencia en los menores de 3 meses (87; 76,3%), seguidos del grupo de edad de 3-5 meses (21; 18,4%). No se registraron fallecimientos. El rango del número de días de estancia fue de 1 a 56 días, el total de días de estancia 1.056 días y la mediana de estancia 6 días (a.i. 4 a 10 días). Se detectaron 59 casos hospitalizados no notificados al Registro EDO, tres confirmados microbiológicamente en los años 2004, 2005 y 2008. Al Sistema EDO se notificaron 393 casos, 93 de los cuales (23,7%) constaban como hospitalizados. Únicamente 74 casos fueron comunes por las dos fuentes. El número estimado de casos hospitalizados considerando ambas fuentes fue 166 (IC95% 156-178), cifras mayores que las notificadas al Sistema EDO (n = 93). El valor predictivo positivo para el Sistema EDO fue del 79,6%. La exhaustividad del Sistema EDO fue máxima en los años 2007 (81,9%) y 2011 (80,2%). La exhaustividad conjunta de EDO y CMBD fue del 91,1%.

Conclusiones/Recomendaciones: Una cuarta parte de los casos de tosferina son hospitalizados, principalmente menores de un año, con una estancia media de seis días por caso. La exhaustividad del sistema de vigilancia para casos hospitalizados de tosferina en Aragón supera el 90%, al considerar EDO y CMBD. La incorporación del CMBD en la vigilancia facilita una aproximación a la incidencia real de la tosferina. Es importante reforzar la notificación de las tosferinas bajo sospecha para poder establecer medidas de control oportunas.

621. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA VARICELA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL PERÍODO 2007-2015

G. Alemán Vega, L. García Comás, M. Ordobás Gavín, A. Arce Arnáez, P. Latasa Zamalloa, E. Insúa Marisquerena, I. Rodero Garduño, A. Estirado Gómez

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario La Princesa, Comunidad de Madrid; Subdirección de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La vacunación frente a la varicela se introdujo en el calendario vacunal de la Comunidad de Madrid (CM) en 2005 para los niños de 11 años de edad sin antecedentes de vacunación ni de enfermedad y en noviembre de 2006 para los de 15 meses de edad, lo que produjo un descenso pronunciado de la incidencia en todos los grupos de edad. El 1 de enero de 2014 se retiró del calendario la dosis de los 15 meses. El objetivo de este estudio es conocer la evolución de la incidencia de la varicela en la CM en el período 2007-2015.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. La fuente de datos es la Red de Médicos Centinela, constituida actualmente por 109 médicos de familia y 27 pediatras, cuya población atendida representa

aproximadamente el 3% de la población de la CM. Se calcula incidencia (casos por 100.000 habitantes) de varicela total y por grupos de edad y sexo a lo largo del período estudiado.

Resultados: En el período de estudio se observa una tendencia decreciente desde 2007 (699,97) hasta 2013 (86,87). A partir de 2014 la incidencia se invierte. La incidencia en 2014 (118,24) es 1,36 veces mayor que en 2013 y en 2015 (172,01) es 1,45 veces mayor que en 2014. Se observa un predominio masculino en la mayor parte de los años, con una incidencia de 198,5 en hombres y 147,4 en mujeres en 2015. Por grupos de edad, la incidencia más alta se observa en niños de 0-4 años entre 2007 y 2009 y en los de 5-9 años entre 2010 y 2014, volviendo en el año 2015 a ser el grupo de 0-4 años el de mayor incidencia (1.458,7). El mayor incremento de la incidencia en 2015 respecto a 2014 se aprecia en el grupo de 0-4 años, con una razón de incidencias de 2,82. Se observa un patrón estacional hasta el año 2010, que se pierde a partir de 2011 y se vuelve a hacer evidente en el año 2015. Se aprecia un incremento de la proporción de casos vacunados con el tiempo, que alcanza el 55,2% en el año 2014 y desciende al 45,2% en 2015.

Conclusiones/Recomendaciones: En la etapa vacunal se observa una tendencia decreciente de la incidencia que se invierte a partir de 2014. En 2015 el mayor incremento en la incidencia se ha producido en los niños de 0-4 años, con un descenso de la proporción de casos vacunados y una recuperación del patrón estacional, lo que refleja el aumento de la circulación del virus, probablemente relacionado con la retirada de la vacuna. Dada la evolución observada es esperable que esta tendencia vuelva a ser descendente con la reincorporación de la dosis de los 15 meses en el calendario en diciembre de 2015 y el catch-up de las cohortes no vacunadas entre 2014 y 2015.

498. DIARREAS INFECCIOSAS AGUDAS EN NIÑOS. ESTUDIO DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

M. Gil Costa, J.E. Lozano Alonso, T. Vega Alonso, Red Centinela Sanitaria

Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: El *Campylobacter* es causa frecuente de diarreas en todo el mundo, por delante incluso de la salmonelosis, el rotavirus, el adenovirus y otros microorganismos implicados en las gastroenteritis en la infancia. En los países desarrollados la mortalidad es excepcional, pero la enfermedad puede ser grave por debajo de los 2 años y presenta gran importancia socioeconómica. Se describen los pacientes y los procesos diarreicos ocasionados por los principales agentes causales recogidos en un estudio de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León en 2013 y 2014.

Métodos: Estudio observacional descriptivo realizado por pediatras centinelas con una población vigilada de 10.722 niños-año menores de 4 años. Se recogió información numérica semanal del total de procesos diarreicos que cumplían criterios, e individualizada de un máximo de 3 casos/pediatra. Se recogieron muestras de heces que fueron analizadas en los laboratorios de microbiología de los hospitales de área para la detección del agente causal.

Resultados: Se contabilizaron 1.306 casos estimándose una incidencia anual de 122 casos por 1.000 menores (IC95%: 116-128) Se recogió información individualizada de 1.060 episodios (55,8% niños, 44,2% niñas). Solicitud de diagnóstico microbiológico en 56,5%, de los cuales el 24,8% arrojó un resultado positivo. *Campylobacter* fue el diagnóstico más frecuente (45,6%), seguido de Rotavirus (25,5%), Adenovirus (14,1%), *Salmonella* (12,7%) y otros patógenos (4,7%). Las diarreas por *Campylobacter* fueron más frecuentes en el grupo de 12 a 23 meses (44,1%) y en el de < 12 meses (25,1%), y más en niñas 52,8% que en niños. La fiebre (63,2%) y el dolor (41,8%) fueron los síntomas principales en este tipo de procesos. Se observan

diferencias en el grupo de edad afectado con los otros agentes causales; la salmonella afectó más al grupo de 36 a 48 meses (42,1%), adenovirus al grupo de 24 a 35 meses (47,6%) y rotavirus al de 12 a 23 (42,1%). Las niñas fueron más afectadas por adenovirus y los niños por salmonella y rotavirus. La sintomatología también es diferente; las infecciones por salmonella se acompañan de fiebre en el 84,2% y vómitos en el 63,2%; las de adenovirus, de vómitos en el 52,3% y dolor abdominal en el 42,8%; y las de rotavirus de anorexia en el 73,7% y vómitos en el 63,1%.

Conclusiones/Recomendaciones: La enteritis por *Campylobacter* fue el principal diagnóstico en este estudio. El *Campylobacter* es la segunda causa de enfermedades transmitidas por alimentos como carne, aves crudas y productos agrícolas frescos, lo que parece ajustarse con el grupo de edad más afectado que ya ha comenzado la introducción de otros alimentos. Las infecciones por rotavirus y adenovirus, y sobre todo las salmonelosis afectan a niños más mayores. Se aprecian ligeras diferencias de presentación clínica.

272. IMPORTANCIA DEL PAÍS DE NACIMIENTO EN LA ADQUISICIÓN DE LA RUBÉOLA EN ESPAÑA, 2008-2015

M.V. Torres de Mier, N. López-Perea, J. Masa Calles

Centro Nacional de Epidemiología; CIBERESP; ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: La región europea de la OMS se encuentra en las últimas fases del proceso de eliminación del sarampión y rubéola endémicos. Para alcanzarlo hay que realizar una vigilancia exhaustiva y mantener altas coberturas de vacunación. La rubéola es una enfermedad generalmente benigna. Su importancia radica en su capacidad para producir anomalías en el desarrollo del feto. En España, la inmunidad poblacional frente a rubéola es muy alta. La vacunación comenzó en 1978 (niñas) y en 1981 se extendió a todos los niños con altas coberturas de vacunación. Gracias a ello se ha conseguido una muy baja incidencia y la OMS considera eliminada la rubéola en España. Sin embargo, la enfermedad persiste en muchas regiones del mundo. Actualmente, en 47 países la vacunación no está incluida en calendario y en otros tantos, incluso países europeos, se ha incorporado recientemente. Por todo ello, existe la posibilidad de la aparición de casos importados. Objetivo: describir la importancia del país de nacimiento en la epidemiología de la rubéola adquirida en España entre 2008 y 2015.

Métodos: Se analizan los casos de rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) notificados al plan de eliminación de sarampión y rubéola entre 2008 y 2015.

Resultados: Entre 2008 y 2015 se notificaron 178 casos de rubéola en España (Incidencia anual entre 0,04 y 1,5 casos por millón de habitantes). La mayor parte se notificaron como casos aislados o en pequeños brotes de 2-5 casos. Aunque, durante este tiempo se declararon 2 brotes de 18 casos (2008 y 2012) y 1 brote de 10 casos (2012). En 21 casos, la infección se adquirió en otro país y 157 casos se contagiaron en España aunque 36 de éstos 157 casos no habían nacido en España (22,9%), la mayor parte en otro país europeo (Rumanía, Polonia, Italia, Bulgaria y Ucrania) en el Norte de África y Latinoamérica. Se registraron 8 casos de SRC, todos hijos de madres extranjeras: Rumanía (2) Polonia (1) Malawi (1) Marruecos (2) Rep. Dominicana (1) y Pakistán (1).

Conclusiones/Recomendaciones: En España residen de manera habitual 5 millones de extranjeros que se relacionan con sus conciudadanos (viven en agrupaciones) y viajan regularmente a sus países de origen. Muchos proceden de países donde todavía no se vacuna sistemáticamente frente a rubéola, por lo que en estas comunidades, la susceptibilidad frente a la rubéola podría superar el 5% (límite recomendado para el control de la rubéola congénita). Es necesario establecer programas específicos de vacunación en las poblaciones

potencialmente susceptibles: niños adolescentes y adultos (mujeres y hombres) procedentes de zonas con baja inmunidad frente a rubéola.

219. VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA GRAVEDAD DE LA PAROTIDITIS DURANTE EL PERIODO 2006-2015 EN LA COMUNITAT VALENCIANA

P. Palao Moreno, A.L. Boone, H. Perpiñán, M.A. Martínez-Beneito, M.A. Bracho, P. Torregrosa, R.M. Carbó Malonda, I. Huertas Zarco, F. González Morán

Hospital General de Elche; Hospital Clínico Universitario de Valencia; FISABIO; Servicio de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Salud Pública, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Diferentes estudios han revelado que existe un decaimiento de la inmunidad adquirida con la vacuna de la triple vírica, superior en el caso de la parotiditis con respecto a los otros componentes. En aquellos casos en los que la vacuna no evita la aparición de la enfermedad, está también descrito que limita la severidad de la enfermedad. El objetivo del estudio es analizar la relación entre la gravedad de la parotiditis y las variables sexo, edad, número de dosis de la vacuna y tiempo desde la vacuna hasta el inicio de síntomas.

Métodos: Se estudiaron los casos probables y confirmados con criterio de gravedad, de acuerdo con la definición de caso establecida en el protocolo RENAVE (2013), notificados al sistema de análisis de la vigilancia epidemiológica (AVE) de la Comunitat Valenciana (CV) en el periodo 2006-2015, junto a información procedente de la Red de Vigilancia Microbiológica de la CV, el Sistema de Información Vacunal y el Sistema de Información Poblacional. El criterio de gravedad se definió como la presencia de complicaciones y/o hospitalización. Se realizó un modelo de regresión logístico Bayesiano para el criterio de gravedad en relación con las variables sexo, edad, número de dosis de la vacuna y tiempo desde la vacuna hasta el inicio de los síntomas. El efecto de la vacuna se modelizó de manera no lineal. El análisis estadístico se realizó con el programa R y WinBUGS.

Resultados: De los 1.117 casos probables y confirmados de parotiditis, el 7% presentó criterio de gravedad. El modelo mostró que la probabilidad de presentar criterio de gravedad en hombres sin ninguna dosis de vacuna fue del 6,4%, a los 0 años de edad, encontrándose una diferencia estadística con respecto a las mujeres (OR = 0,169 y $p < 0,001$). Del mismo modo vimos que la edad supuso riesgo, pues su OR fue de 1,036 por cada año transcurrido ($p < 0,001$). Respecto al efecto de la vacuna, se observó que suministrar dos dosis protegió más que una única y el efecto de ambas decayó con el tiempo desde su administración.

Conclusiones/Recomendaciones: La vacunación limita la severidad de la parotiditis. La identificación de variables de riesgo y de protección frente a la severidad de la enfermedad, proporciona información relevante para dirigir futuras estrategias de prevención de la parotiditis. No obstante, es necesario continuar investigando el decaimiento de la protección de la vacuna con el paso del tiempo.

177. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA PAROTIDITIS EN EL PERIODO 2006-2015 EN LA COMUNITAT VALENCIANA

A.L. Boone, P. Palao Moreno, R.M. Carbó Malonda, I. Huertas Zarco, H. Perpiñán, M.A. Martínez-Beneito, M.A. Bracho, P. Torregrosa, F. González Morán

Hospital Clínico Universitario de Valencia; Hospital General de Elche; Servicio de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Salud Pública, Valencia; FISABIO.

Antecedentes/Objetivos: La parotiditis epidémica es una enfermedad aguda causada por el virus de la parotiditis. La introducción de la vacuna triple vírica en España en 1981 se reflejó en una disminución de la tasa de incidencia anual gracias a coberturas vacunales altas. En los últimos años ha aumentado el número de casos y brotes en poblaciones correctamente vacunadas. El objetivo del presente estudio es describir la dinámica de la parotiditis en la Comunitat Valenciana (CV) desde enero 2006 a septiembre 2015.

Métodos: Estudio poblacional descriptivo de casos de parotiditis notificados al sistema de análisis de la vigilancia epidemiológica (AVE) de la CV en el periodo 2006-2015, con integración de datos de la Red de Vigilancia Microbiológica de la CV, el Sistema de Información Vacunal y el Sistema de Información Poblacional. Las definiciones de caso (sospechoso, probable y confirmado) son las establecidas en el protocolo RENAVE (2013). Las variables a estudio han sido edad, sexo, año, semana de declaración, síntomas, serología, PCR, genotipo, pertenencia a brote, fecha de inicio de síntomas, fecha de vacunación y número de dosis de vacuna. Se realizó un análisis descriptivo de las variables.

Resultados: Se notificaron 3.707 casos: 14% confirmados, 19% probables y 67% sospechosos. Se observa estacionalidad en invierno y primavera. El 25% de los casos se comunicó en contexto de brote. La tasa de incidencia media del periodo fue de 7,54 por 10⁵ habitantes, aumentando de 3,89 en 2006 a 15,26 en 2015. El 57% fueron hombres con diferencia estadísticamente significativa con respecto a las mujeres ($p < 0,001$). La mediana de edad fue de 16 años (18 en brotes). Del 11% del total (7% en brotes) se desconoce el estado vacunal. El 73% de los casos (72% en brotes) con estado vacunal conocido, estaba vacunado con una dosis como mínimo y de estos el 48% (46% en brotes) tenía 2 dosis administradas. En el 98% de los 243 casos genotipados el virus presentó genotipo G.

Conclusiones/Recomendaciones: A pesar de altas coberturas vacunales, las tasas de incidencia de la parotiditis han ido en aumento en los 10 últimos años en la CV, especialmente en población vacunada, similar a las tasas de otros países de nuestro entorno. Casi el total de los casos genotipados son de genotipo G, diferente al genotipo vacunal. Esta predominancia en casos vacunados sugiere que la vacunación no está siendo efectiva contra este genotipo circulante. Se propone mejorar el grado de confirmación de los casos así como optimizar el registro de vacunación.

82. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA VARICELA, CASANARE-COLOMBIA, 2010-2014

S.L. Aranguren Segura, L.P. Zuleta Dueñas, O. Castañeda-Porras

Secretaría de Salud de Casanare.

Antecedentes/Objetivos: La vigilancia de varicela es necesaria para identificar de manera oportuna los casos y brotes de este evento viral, y así brindar las herramientas para la toma de medidas de control que contribuyan a disminuir la incidencia de la enfermedad. Objetivo. Describir el comportamiento de la varicela entre 2010-2014 en el Departamento de Casanare, Colombia.

Métodos: Estudio descriptivo transversal a partir de los registros de notificación del evento al sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) en el departamento. Se recopiló los casos confirmados del periodo tras su depuración, para ser analizados mediante estadística descriptiva con el programa Microsoft Excel® 2013 y obtener medidas relativas, de tendencia y dispersión.

Resultados: En total, 2.949 casos individuales de varicela fueron notificados, con edad promedio $16,2 \pm 12,7$ años; 1.540 casos (52,2%) fueron varones. El grupo etario más afectado fue el de 15-44 años (1.261 casos; 42,8%); por ciudades/municipios, Yopal reportó 1.200 casos (40,7%); por áreas de residencia, prevaleció la urbana, con 2.395

casos (81,2%). La tasa de incidencia promedio fue de 175,9 casos por 100.000; la letalidad fue de 0,1% (2/2.949).

Conclusiones/Recomendaciones: La distribución de frecuencias de varicela entre 2011 y 2014 sugiere un mayor compromiso de ambos sexos en la población económicamente activa ubicada en la capital del departamento o en el casco urbano de los municipios, y falta de oportunidad en las medidas de prevención primaria. Dado su alto poder epidémico, se recomienda mantener y fortalecer la vacunación, las acciones de vigilancia, prevención y control del evento, y el manejo de casos ya establecidos a través de la higiene personal y el aislamiento temporal.

949. INCIDENCIA Y COMORBILIDAD DE HERPES ZÓSTER EN ARAGÓN

A.D. Cebollada Gracia, S. Martínez Cuenca, A. Vergara Ugarriza, N. Enríquez Martín, M.P. Rodrigo Val, L.I. Casaña Fernández, M.C. Malo Aznar, J.P. Alonso Pérez de Agreda

Servicio de Vigilancia en Salud Pública, DG de Salud Pública; Servicio de Evaluación y Acreditación Sanitaria, DG de Asistencia Sanitaria, Gobierno de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: La incidencia y gravedad del herpes zóster (HZ) aumentan con la edad, especialmente a partir de los 50 años, existiendo grupos de especial riesgo. La vacuna atenuada está aprobada en Europa con indicación de prevención del HZ y neuralgia posherpética. Datos epidemiológicos y clínicos indican que se debería priorizar la vacunación frente HZ en pacientes mayores de 60 años con diabetes mellitus, EPOC e Insuficiencia Cardíaca entre otras condiciones. El objetivo del estudio fue describir el perfil epidemiológico de los casos de HZ en Aragón, su incidencia y comorbilidad.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los casos de HZ registrados durante el año 2014 en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria de Aragón con el código S70 (herpes zóster), según la Clasificación Internacional de enfermedades de Atención Primaria. Los datos se obtuvieron de la base de datos de Atención Primaria OMI AP y la Base de Datos de Usuarios. Se calculó la incidencia acumulada de HZ en Aragón y provincias, así como la distribución por grupos de edad y sexo. Se estudió la prevalencia de comorbilidad en los códigos T90 (diabetes mellitus), R95 (EPOC), K74-K77, K82, K83 correspondientes a cardiopatías con insuficiencia cardíaca.

Resultados: Durante el año 2014, se registraron 6.298 casos de HZ en Aragón, siendo la incidencia acumulada anual de 487,1 por 100.000 habitantes, IC95% (475,1-499,1). La provincia con mayor incidencia fue Huesca (512,7) con 1.089 casos, seguida de Teruel (501,9) con 667 casos y Zaragoza (479,3), 4.542 casos. La edad media fue de 57,5 años. El 53,7% (3.379) tenían 60 años o más. La incidencia más alta se dio en el grupo de 70 a 74 años (1.197 por 100.000), seguida de mayores de 75 años (1.006). El 58,5% fueron mujeres, con una media de edad de 56,2 años, significativamente menor que en hombres (58,4 años). La prevalencia de diabetes en casos HZ de 60 años o más fue de 15,9%, IC95% (14,4-17,1), 18,2% en hombres y 14,3% en mujeres. Respecto a EPOC, fue de 5,7%, IC95% (4,9-6,5), 10,1% en hombres y 2,6% en mujeres. En cardiopatías fue de 16,5%, IC95% (15,3-17,8), 20,8% en hombres y 13,6% en mujeres. La prevalencia de al menos una comorbilidad fue de 28,8%.

Conclusiones/Recomendaciones: La comorbilidad en pacientes afectados de HZ es elevada. Este tipo de estudios descriptivos pueden ser interesantes para la toma de decisiones sobre futuras estrategias de vacunación.

C013. Tabaco

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 0.2

Moderadora: Francisca Sureda Llull

23. AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DE UM PROGRAMA NA CESSAÇÃO DO CONSUMO DE TABACO NO DOMICÍLIO

J. Precioso, A.C. Araújo, J.C. Machado, C. Samorinha, E. Becoña, I. Sousa, H. Antunes

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

Antecedentes/Objetivos: Os pais e outros coabitantes são os principais agentes da exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco, no seu domicílio. São necessárias estratégias de intervenção custo-efetivas para promover a cessação do consumo dentro de casa. O programa "Domicílios e Carros 100% Livres de Fumo" destina-se a alunos do 1º ciclo e foi desenvolvido para promover o abandono do consumo de tabaco pelos pais e a redução da exposição das crianças ao fumo passivo, em casa e no carro. Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito deste Programa na redução da prevalência de pais e mães fumadores em casa.

Métodos: No ano letivo de 2012/13, 147 pais e mães de alunos que participaram no Programa foram avaliados através de questionários quantitativos de autorreporte; destes, 99 aceitaram participar no pós-teste, 12 meses depois, através de entrevistas telefónicas. Este estudo restringe-se aos pais (n = 27) e mães (n = 16) fumadores em casa. Realizou-se uma estatística descritiva e análise de conteúdo das razões para continuar/deixar de fumar em casa.

Resultados: Do pré para o pós-teste, 5 pais (18,5%) pararam de fumar e 12 (44,4%) deixaram de o fazer dentro de casa. Entre as mães, 3 (18,8%) pararam de fumar e 10 (62,5%) deixaram de fumar em casa. Os motivos mais referidos para deixar de fumar em casa, por pais e mães, foram: o diagnóstico de doença ou problema de saúde; ter ferramentas para ajudar na cessação, como o cigarro eletrónico; respeito pelos filhos e pela sua saúde; influência do Programa; custo económico de fumar. Os principais motivos referidos para continuar a fumar dentro de casa foram: maior comodidade; más condições meteorológicas; considerar que fumar em apenas uma divisão da casa não implica uma exposição prejudicial ao fumo passivo. A maioria dos que fumam em casa fazem-no em marquises, à janela, o que revela maior consciência relativamente aos problemas causados pelo FAT.

Conclusiones/Recomendaciones: Registrou-se uma redução do consumo de tabaco em casa por pais e mães, do primeiro para o segundo momento de avaliação. Embora a maioria dos pais refira outras razões - que não o programa - para ter deixado de fumar em casa, alguns declaram que o incentivo dos seus filhos, que participaram no Programa, teve um contributo importante na cessação. Contudo, a falta de um grupo de controlo bem como o tamanho amostral reduzido não permitem extrair conclusões definitivas sobre a eficácia do programa. Mais estudos, com amostras maiores, são necessários.

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

221. MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL CONSUMO DE TABACO EN LA COMUNITAT VALENCIANA EN LOS AÑOS 2001, 2005 Y 2010

P. Palao Moreno, J. Pérez-Panades, I. Melchor, C. Alberich, J. Quiles

Hospital General de Elche; Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias, DGSP, Valencia; Servicio de Promoción de la Salud y Prevención, DGSP, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: El tabaquismo, como problema de salud pública, es una de las principales causas de morbilidad prematura y evitable. Se asocia con el 85% de cánceres de pulmón, 75% de bronquitis crónicas y 25% de cardiopatías isquémicas. El objetivo del estudio es describir la prevalencia del tabaquismo y estimar su contribución a la mortalidad en la Comunitat Valenciana (CV), en 2001, 2005 y 2010.

Métodos: Se seleccionaron las defunciones correspondientes a residentes en la CV en los años a estudio cuya causa básica (CBD) fue: cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, de tracto aerodigestivo superior, de páncreas, cérvix, vejiga, riñón y otro en tracto urinario, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad arterial, otras cardiopatías, EPOC y otras enfermedades respiratorias. Las CBD procedieron del Registro de Mortalidad de la CV y se codificaron en CIE-10. Las poblaciones utilizadas por edad y sexo fueron obtenidas del Instituto Valenciano de Estadística (IVE). La Fracción Poblacional Atribuible (FAP) al consumo de tabaco, por edad y sexo, se calculó a partir de las prevalencias de fumadores y exfumadores obtenidas de las Encuestas de Salud de la CV correspondientes, y los Riesgos Relativos de fumadores/no fumadores y exfumadores/no fumadores del artículo de Thun et al. (2000).

Resultados: Las prevalencias de consumo de tabaco en hombres para los años 2001 y 2010 fueron del 53% y 40%, respectivamente, en el grupo de 18-34 años; del 49% y 39% en el grupo de 35-64 años y del 18% y 19% en = 65 años. En mujeres, fueron del 46% y 34%; 28% y 26%, y 2% y 2%, respectivamente. Para los = 35 años, el 32% del total de defunciones seleccionadas anuales fueron atribuibles al consumo de tabaco, en hombres representaron un 45% y en mujeres el 16%. En ambos sexos, las mayores FAP se observaron para el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, la EPOC y el cáncer de tracto aerodigestivo superior con valores = 90%, = 84% y = 78% respectivamente en hombres y, de = 69%, = 71% y = 50% en mujeres. En los hombres, se observó un mantenimiento de estos valores en los tres puntos de corte mientras que en las mujeres, los valores fueron ligeramente superiores en 2010.

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque las prevalencias de consumo de tabaco han descendido, la mortalidad atribuible por tabaco sigue siendo alta, por lo que es necesario seguir adoptando medidas para el control del tabaquismo.

268. EXPOSICIÓN A TSNAS, COTININA Y 3HC EN USUARIOS DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS, FUMADORES Y NO FUMADORES

J.M. Martínez-Sánchez, M. Fu, M. Ballbè, C. Lidón-Moyano, J.C. Martín-Sánchez, E. Fernández

Universitat Internacional de Catalunya; Institut Català d'Oncologia-ICO-IDIBELL.

Antecedentes/Objetivos: Describir las concentraciones de nitrosaminas específicas del tabaco (TSNAs), cotinina y 3'-hidroxicotinina (3HC) en muestras biológicas de usuarios de cigarrillos electrónicos, fumadores de cigarrillos convencionales y no fumadores en una muestra de la población general.

Métodos: Se utilizaron los datos del seguimiento de un estudio de cohortes de una muestra representativa de la población adulta (= 16 años) de la ciudad de Barcelona. El trabajo de campo se llevó a cabo entre mayo de 2013 y febrero de 2014 (n = 697). Se obtuvo una muestra de saliva para determinar las concentraciones de TSNAs (NNN,

NNK y NNAL), cotinina y 3HC. Se calcularon medianas y rangos intercuartílicos (RI) y se utilizaron test no paramétricos para comparar las concentraciones de los biomarcadores entre los 3 grupos y se ajustó un modelo de regresión lineal.

Resultados: 6,9% de los participantes habían usado cigarrillos electrónicos (25% de ellos usuarios actuales y 75% de ellos usuarios en el pasado o experimentadores), el 18,6% eran fumadores de cigarrillos convencionales y el 74,5% eran no fumadores. Hubo diferencias estadísticamente significativas en las concentraciones de todos los biomarcadores analizados entre los usuarios actuales del cigarrillo electrónico y los no fumadores, y entre los fumadores del cigarrillo convencional y los no fumadores (valores de $p < 0,001$). Las concentraciones de todos los biomarcadores analizados fueron sistemáticamente mayores entre los usuarios del cigarrillo electrónico que también fumaban cigarrillos convencionales en comparación con los que no los fumaban. Los modelos de regresión lineal múltiple mostraron un aumento estadísticamente significativo en los biomarcadores de los usuarios del cigarrillo electrónico que también usaban otros productos del tabaco, pero no en los usuarios exclusivos de cigarrillos electrónicos.

Conclusiones/Recomendaciones: Los usuarios de cigarrillos electrónicos presentan concentraciones detectables de todos los biomarcadores estudiados, y fueron mayores entre los usuarios duales. El uso dual de cigarrillos electrónicos y convencionales compromete la supuesta reducción de daños atribuida al uso de cigarrillos electrónicos.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (FIS PI12/01114 y RTICC, RD12/0036/0053).

353. EVOLUCIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO DURANTE LA GESTACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS. ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO

M.R. Román-Gálvez, C. Amezcua-Prieto, R. Olmedo-Requena, I. Salcedo-Bellido, A. Bueno-Cavanillas

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; Universidad de Granada; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Fumar durante el embarazo es un importante problema de salud pública en los países desarrollados y un factor de riesgo modificable que repercute a nivel ambiental en los 'no nacidos'. Los objetivos de este trabajo fueron analizar la prevalencia e intensidad de exposición al tabaco (activo y pasivo) en cada trimestre de la gestación, y los factores asociados con el hábito durante la gestación.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo realizado en Atención Primaria, en diferentes zonas de Andalucía, con 518 gestantes sanas, de las que se recogió información en cada trimestre. La variable dependiente fue el consumo de tabaco, medido antes y en cada trimestre del embarazo; adicionalmente se recogieron datos de consumo de tabaco de la pareja, y datos sociodemográficos obstétricos y de estilos de vida de la gestante: edad, nacionalidad, nivel socioeconómico y estudios, ocupación laboral, fórmula obstétrica, consumo de alcohol, dieta y actividad física. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de variables cualitativas; y la media, desviación estándar y rango de variables cuantitativas con distribución normal. Se calculó la prevalencia puntual e IC95% de gestantes fumadoras, así como la frecuencia de abandono durante la gestación. Se calcularon regresiones logísticas multivariantes para conocer los factores asociados al consumo de tabaco durante la gestación.

Resultados: La prevalencia de fumadoras activas fue 14,04%, 12,39% y 11,92% en los sucesivos trimestres del embarazo, mientras que la prevalencia de fumadoras pasivas fue de 25,49%, 21,33% y 21,96%, en el primer, segundo y tercer trimestre. El consumo medio de cigarrillos al día fue de 8,71 IC95% (7,10-10,31) en el primer trimestre, 5,51 IC95% (4,58-6,44) en el segundo y 5,51 IC95% (4,58-6,44) en el tercero. El 32,2% de las mujeres entrevistadas eran fumadoras, con

una tasa de abandono del 61,1% durante el embarazo. Los factores que se asociaron con la permanencia en el hábito tabáquico fueron: ser joven (por cada año más de la mujer gestante, disminuía en un 8% la probabilidad de seguir fumando), un bajo nivel socio-económico (OR = 3,97; IC95% [1,19-13,18] y el consumo de tabaco de la pareja (OR = 3,90; IC95% [1,94-7,82]. Una mayor adherencia a la dieta mediterránea se asoció negativamente con el hábito tabáquico durante la gestación (OR = 0,87; IC95% [0,73-1,04].

Conclusiones/Recomendaciones: El embarazo es con frecuencia un importante detonante para el abandono del hábito tabáquico, aún así casi la mitad de las gestantes fumadoras continúa fumando, en particular las mujeres más jóvenes, con peores hábitos dietéticos y de menor nivel socioeconómico, así como aquellas que conviven con una pareja fumadora.

Financiación: Proyecto Plan Propio UGR-PP2015.01.

789. VARIABLES SOCIOECONÓMICAS QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE TABACO EN EL ALUMNADO UNIVERSITARIO

A. Lozano Polo, A.B. Maldonado Cárceles, J.J. Árense Gonzalo, E. Herrera Gutiérrez, F. Martínez Moreno, J.J. Gutiérrez García, A.M. Torres Cantero

Servicio de Promoción y Educación para la Salud, Consejería de Sanidad, Región de Murcia; Oficina de Universidad Saludable (REUS-UMU), Universidad de Murcia; Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: Identificar las variables socioeconómicas que influyen en el consumo de tabaco del alumnado de la Universidad de Murcia (UMU), enmarcándose en el Proyecto “Universidad Saludable” de la UMU.

Métodos: Estudio transversal realizado en 2012 a una muestra aleatoria por conglomerados, mediante cuestionario adaptado de la Universidad de Navarra. Se calculó porcentajes e intervalos de confianza al 95% (IC95%) y ji-cuadrado para analizar la relación con variables socioeconómicas (curso, disciplina a estudio, nacionalidad, discapacidad, situación personal, situación laboral y de progenitores, nivel de estudios de progenitores, disponibilidad económica, recibir beca y religión). Se realizó regresión logística binaria para determinar las variables que influyen en el consumo de tabaco. Base de datos en SPSS V-21.

Resultados: Se obtuvieron 946 cuestionarios (tasa de respuesta: 95,4%). Un 29,7% (IC95%: 26,8-32,8) del alumnado fuma, diariamente un 16,4% (IC95%: 14,1-18,9) y esporádicamente un 13,4% (IC95%: 11,3-15,7), sin diferencias por sexo. Los análisis reflejan que el consumo es superior ($p = 0,027$) en estudiantes de ≥ 24 años [45,5% (IC95%: 37-54,3)] y que estudiantes solteros fuman (28,8%) en menor proporción ($p = 0,010$) que los casados o con pareja (40,4%) y que los divorciados o viudos (71,4%). El alumnado que trabaja fuma más (52,3% vs 27,3%; $p < 0,001$). Fuman menos aquellos que menor disponibilidad económica refieren ($p < 0,001$). Por rama de conocimiento fuman menos ($p = 0,007$) en Arquitectura e Ingenierías (10,5%), seguido de Ciencias de la Salud (24,3%) y más en Arte y Humanidades (34,6%). La regresión logística identifica que las variables sociales determinantes en el consumo de tabaco son la disponibilidad económica, la nacionalidad, la situación laboral, el nivel educativo alcanzado por progenitores y la rama de estudio, presentándose una menor probabilidad de fumar entre extranjeros (OR: 0,2; IC95%: 0,06-0,68) y siendo protector el hecho de tener progenitores con estudios, especialmente secundarios (OR: 0,15; IC95%: 0,38-0,64).

Conclusiones/Recomendaciones: 1. La prevalencia tabáquica es similar a la población general, aunque superior a la de otras universidades españolas. 2. Las variables sociales que más influyen en el consumo de tabaco en universitarios están relacionadas con los estudios, los ingresos, el nivel educativo de progenitores y con la nacionalidad.

3. Es necesario impulsar acciones dirigidas a reducir el tabaquismo en la Universidad con perspectiva de equidad.

Financiación: Fundación CajaMurcia. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias.

459. FUMADORES DE BAJO NIVEL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. PROYECTO UNIHOS

L.F. Valero-Juan, R. Mateos-Campos, C. Amezcua-Prieto, C. Ayán-Pérez, L. Vilorio-Marqués, G. Proyecto uniHcos

Universidad de Salamanca; Universidad de Granada; Universidad de Vigo; Universidad de León.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, se ha descrito un cambio en el patrón de consumo de tabaco, con un aumento en la prevalencia de fumadores ocasionales y de fumadores habituales que consumen un bajo número de cigarrillos. El objetivo del estudio fue caracterizar estos patrones de consumo en estudiantes universitarios del Estudio uniHcos.

Métodos: La población de estudio fueron los estudiantes universitarios de primer año y primera matrícula de grado de cualquier titulación impartida en las universidades colaboradoras del proyecto uniHcos. Un total de 4166 estudiantes participaron en el estudio. A través de un cuestionario online se registró información sobre diferentes estilos de vida, incluido el consumo de tabaco. Consideramos como fumadores de bajo nivel a los estudiantes que declaraban fumar ≤ 10 cigarrillos. Analizamos, entre otras variables, la motivación del estudiante para dejar de fumar (test de Richmond), los intentos de abandono del hábito realizados y el éxito de los mismos (tiempo que estuvo sin fumar: < 7 días, 7-30 días, 1-6 meses y > 6 meses).

Resultados: El 14,7% de los universitarios eran fumadores habituales y el 7,9% fumaban de forma ocasional (8,4% en mujeres y 6,8% en varones), no encontrando diferencias significativas en función del sexo en ninguno de los dos grupos. El 82,6% de los fumadores referían consumir menos de 10 cigarrillos al día. Presentaron un bajo nivel de consumo, el 83,7% de las mujeres y el 79,8% de los hombres. La prevalencia fue significativamente mayor en los estudiantes más jóvenes (87,4%; $p < 0,01$). No encontramos diferencias entre los estudiantes de ciencias de la salud y otras titulaciones (83% y 81%, respectivamente). La puntuación media del test de Richmond fue de 4,7 para los fumadores de bajo nivel y de 4,3 para los de alto nivel. En los fumadores de bajo nivel: el 37,9% habían intentado en serio dejar de fumar (OR = 0,5; IC95%: 0,3-0,7; $p < 0,01$) y el 87% habían estado sin fumar durante más de una semana (OR = 2,58; IC95%: 1,5-4,6; $p < 0,01$).

Conclusiones/Recomendaciones: La prevalencia de fumadores de bajo nivel de consumo es elevada entre los estudiantes universitarios de primer curso de nuestro estudio. La motivación para dejar de fumar no es significativamente diferente a la de los fumadores con mayor consumo; sin embargo, tienen porcentajes mayores de éxito en el abandono y durante un período de tiempo superior. No están exentos de riesgo de presentar problemas de salud (mayor que en los no fumadores) por lo tanto, deben de ser objeto de las intervenciones para el control del hábito tabáquico. No obstante, se requieren más investigaciones para conocer mejor las características y comportamientos de estos subgrupos de fumadores.

520. FACTORES ASOCIADOS CON LA INTENCIÓN DE FUMAR EN ESCOLARES DE PRIMER Y SEGUNDO CURSO DE SECUNDARIA

M. Lima-Serrano, A.M. Vargas-Martínez, J.M. Martínez-Montilla, J.S. Lima-Rodríguez

Universidad de Sevilla; Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental; Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla; Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del trabajo ha sido conocer los factores asociados con la intención de fumar en escolares de primer y segundo curso de secundaria del norte y sur de España.

Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal con 484 estudiantes matriculados en Educación Secundaria de Cataluña y Andalucía. La recogida de datos se llevó a cabo entre 2013-2014, mediante un cuestionario autoadministrado validado a nivel internacional. Se solicitó consentimiento informado a padres y alumnos y aprobación al Comité Ético de investigación de la Universidad de Sevilla. Apoyados con el software estadístico R versión 3.2.0, se realizaron análisis descriptivos, bivariados, y multivariados, mediante modelos generalizados de regresión logística binaria, usando un procedimiento hacia atrás guiado por el investigador. Se determinaron los Odds Ratio (OR).

Resultados: La prevalencia de consumo fue del 7,5% (36), siendo la edad media de inicio de 13,61 $\pm$ 1,13 años. El 8,1% tenía intención de fumar en el futuro (36). En el análisis bivariado, se encontraron asociaciones significativas ($p < 0,05$) de la intención de fumar y tener pareja, permisividad en algún área del instituto, accesibilidad para la compra cerca del instituto, permisividad en casa, funcionamiento familiar (test de Apgar), así como con factores motivacionales: actitud, opinión de los demás o norma social, modelo de consumo del entorno, presión social y autoeficacia o capacidad para decir no. En el modelo ajustado, la intención se asoció significativamente con accesibilidad cerca del instituto (OR = 3,22 Sí y OR = 3,28 Dudoso, vs No), funcionamiento familiar (OR = 0,84), actitud desfavorable al tabaco (OR = 0,93), y autoeficacia (OR = 0,88), controladas por: relación de pareja, permisividad en el instituto, norma social, modelo de consumo del entorno y presión social, que no resultaron estadísticamente significativas.

Conclusiones/Recomendaciones: Dado que la experimentación del consumo de tabaco suele iniciarse en los primeros cursos de secundaria, se presentan los principales factores asociados a la intención de fumar en una muestra de escolares de estas etapas. Una actitud favorable al tabaco y una baja autoeficacia han sido los principales factores asociados. Se recomienda seguir instaurando medidas legales y de salud pública de lucha contra el tabaquismo, siendo de interés evitar el acceso a la compra de tabaco cerca de entornos escolares y la realización de programas de promoción de la salud escolar y familiar que refuercen los factores que pueden evitar el inicio de este consumo.

Financiación: Plan Propio de Investigación de la Universidad de Sevilla.

535. TABAGISMO E CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, BRASIL

E.Z. Martínez, N.A. Terada, F.M. Giglio, A.S. Silva, M.L. Zucoloto

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Antecedentes/Objetivos: O tabagismo e o uso nocivo do álcool são importantes fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. O tabagismo é considerado a principal causa isolada de mortes precoces evitáveis em todo o mundo, e o alcoolismo tem sido reportado como potencial causa de interações psiquiátricas e aposentadorias por invalidez, sendo ainda associado a acidentes de trabalho e de trânsito. O objetivo deste estudo é investigar os padrões de consumo de tabaco e álcool em serviços de atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, município brasileiro com população de aproximadamente 600 mil habitantes.

Métodos: Estudo transversal baseado em uma amostra aleatória estratificada composta por 1.054 participantes. A população abrange indivíduos adultos, de ambos os sexos, moradores de Ribeirão Preto,

usuários das unidades de atenção primária à saúde do município. Os participantes foram entrevistados nas salas de espera das unidades, enquanto aguardavam por atendimento médico, por três entrevistadoras devidamente treinadas. Para a identificação e estratificação do alcoolismo foi utilizado o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). A análise estatística baseou-se em modelos de regressão logística multinomial.

Resultados: Observou-se uma prevalência de 21% de fumantes e 22% de ex-fumantes entre os homens, e de 12% de fumantes e 23% de ex-fumantes entre as mulheres. Os principais preditores associados ao uso atual de tabaco foram: sexo masculino, estado civil divorciado, hipertensão e alcoolismo. Os indivíduos evangélicos são aqueles com menor prevalência de tabagismo (7%) quando comparados com as demais crenças. A categorização de risco do AUDIT classificou 72,6% dos participantes de sexo masculino no nível 1, considerado de baixo risco, seguido do nível 2 com 23,2% (médio risco), nível 3 com 1% (uso nocivo) e nível 4 com 3,2% (prováveis portadores de síndrome de dependência). As participantes de sexo feminino foram assim classificadas: 89,4% no nível 1, 8,7% no nível 2, 1,3% no nível 3 e 0,6% no nível 4. O alcoolismo mostrou-se mais presente entre os homens e menos presente entre os idosos e evangélicos. Observou-se associação entre o alcoolismo e a hipertensão e diabetes.

Conclusiones/Recomendaciones: Os serviços de atenção primária à saúde são apontados pela literatura como importantes espaços para oportunidades de rastreamento e uso de estratégias de redução dos problemas causados pelo tabagismo e pelo uso excessivo do álcool. O presente estudo mostrou uma importante associação entre o alcoolismo, hipertensão e diabetes, o que chama a atenção para a importância de estratégias de prevenção de doenças crônicas com ênfase a grupos populacionais específicos.

Financiación: CNPq, FAPESP.

767. CAMBIOS EN LA EXPOSICIÓN PERCIBIDA AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO TRAS LA MODIFICACIÓN DE LA LEY DEL TABACO (2006-2011)

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

Unidad de Control del Tabaco, Institut Català d'Oncologia; Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge; Departament de Ciències Clíniques, Universitat de Barcelona; Direcció General de Salut Pública, Xunta de Galicia; Departament de Medicina Preventiva y Salut Pública, Universidade de Santiago de Compostela; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá; Agência de Salut Pública de Barcelona; Instituto de Investigación Biomédica de Sant Pau.

Antecedentes/Objetivos: En España, la legislación parcial de espacios sin humo se amplió en 2011 para incluir a todos los establecimientos de hostelería sin excepciones y algunas áreas al aire libre. Nuestro objetivo fue evaluar cambios en la prevalencia de exposición percibida al humo ambiental del tabaco (HAT) en la población adulta no fumadora.

Métodos: Estudio transversal mediante una misma encuesta telefónica a dos muestras independientes y representativas a nivel nacional de la población adulta (= 18 años), administradas en 2006 ($n = 2.522$), antes de la reforma de la ley y en 2011 ($n = 2.504$), tras la ampliación de la ley. Calculamos la prevalencia de la exposición percibida al HAT (e intervalo de confianza del 95%; IC) estandarizada por edad mediante el método directo en diversos ámbitos (hogar, lugar de trabajo/estudio, tiempo libre, transportes), así como las correspondientes razones de prevalencia (RP) e IC95% ajustadas por edad mediante regresión log-binomial.

Resultados: Globalmente, la exposición percibida al HAT se redujo del 71,9% (IC95% 70,1-73,7%) en 2006 al 45,2% (IC95% 43,1-47,3%) en

2011 (RP 0,43; IC95% 0,39-0,47). La reducción fue mayor entre el grupo de más edad y no hubo diferencias por sexo. La exposición autodeclarada disminuyó significativamente en el hogar (de 29,2% a 12,7%; RP 0,36; IC95% 0,31-0,42), en el lugar de trabajo/estudio (de 35,0% a 13,0%; RP 0,40; IC95% 0,33-0,49), durante el tiempo libre (de 56,2% a 32,2%; RP 0,44; IC95% 0,39-0,48) y en los transportes (vehículos y estaciones; de 40,6% a 12,7%; RP 0,24; IC95% 0,21-0,29).

Conclusiones/Recomendaciones: La prevalencia de exposición autodeclarada al HAT en la población no fumadora ha disminuido con la implementación de una ley del tabaco sin excepciones. Además de la reducción esperada en los entornos regulados por la ley, se ha producido una disminución de la exposición en entornos no regulados, como los hogares.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III y Fondo Europeo de Desarrollo Regional (PI10/00400 y RD12/0036/0053).

934. FUMANDO ESPERO... ¿EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN PARADAS DE AUTOBUSES?

M. Fu, D. Puga, M.J. López, G. Muñoz, F. Centrich, E. Fernández

Institut Català d'Oncologia; Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge; Universitat Pompeu Fabra; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La ley 42/2010 prohíbe fumar en todos los espacios públicos cerrados y en algunos espacios abiertos específicos (de recintos sanitarios, educación infantil y parques infantiles). En algunas encuestas poblacionales se mencionaban las paradas de autobuses entre los lugares de exposición habituales al humo ambiental del tabaco (HAT). Por ello, se desea describir objetivamente la exposición al HAT en paradas de autobuses en la vía pública.

Métodos: Estudio transversal realizado en 2014 en una muestra aleatoria de 20 paradas de autobuses de una zona céntrica de Barcelona. Se midió simultáneamente las partículas PM_{2,5} y la nicotina en el aire como marcadores de exposición al HAT durante 30 minutos con un monitor de partículas SidePak y un monitor de nicotina conectado a una bomba de aire. Se registraron diversas variables de interés (tipo de parada, densidad del tráfico, señales de consumo, número de personas fumando en la parada, número de cigarrillos fumados, etc.). Adicionalmente se midieron 11 puntos de control a priori libres de humo de tabaco. Se calcularon las medianas y los rangos intercuartiles (RI) de la concentración de PM_{2,5} y de nicotina de manera global y estratificadas por las variables de estudio y se compararon mediante el test de Kruskal-Wallis. Se calculó la correlación entre ambos marcadores aéreos (rho de Spearman).

Resultados: Se detectó nicotina en 16 paradas y en 4 puntos de control. La concentración mediana global de PM_{2,5} en todas las paradas fue 13,52 µg/m³ (RI: 9,62-17,68 µg/m³), mientras que la concentración mediana global de nicotina fue 0,17 µg/m³ (RI: 0,07-0,40 µg/m³). En los puntos control, la concentración mediana global fue 12,15 µg/m³ (RI: 9,40-21,23 µg/m³) y 0,09 µg/m³ (RI: 0,09-0,63 µg/m³), respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la concentración de PM_{2,5} ni de nicotina según las variables estudiadas, excepto en la concentración de PM_{2,5} según había evidencia de consumo de tabaco (8,84 µg/m³, RI: 7,80-9,88 µg/m³ cuando no había evidencia vs 14,04 µg/m³, RI: 11,96-18,72 µg/m³ cuando había evidencia de consumo). La correlación entre ambos marcadores aéreos fue alta (rho = 0,557).

Conclusiones/Recomendaciones: La exposición al HAT en esta muestra de paradas de autobuses es muy baja, lo que podría explicarse por la mayor concienciación respecto al consumo de tabaco en espacios públicos tras la actual legislación del tabaco.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III y Fondo Europeo de Desarrollo Regional (refs. RD12/0036/0053 y PI1102054).

CO14. Mortalidad

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 1.1

Moderadora: Inmaculada Melchor Alós

527. MORTALIDADE NAS 70 PRINCIPAIS CIDADES EUROPEIAS E PERCEÇÃO DOS RESIDENTES SOBRE O AMBIENTE URBANO

A.I. Ribeiro, S. Fraga, H. Barros

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

Antecedentes/Objetivos: Cerca de 80% dos europeus reside em áreas urbanas, muito diferentes em termos de dimensão, demografia, ambiente físico e socioeconómico, sendo expectável que tal se reflita em diferenças em saúde. A abordagem mais comum para compreender assimetrias geográficas usa indicadores objetivos e relaciona-os com desfechos em saúde. Porém, a percepção dos cidadãos sobre o local de residência pode ser tão ou mais relevante, pois captura experiências subjetivas dos indivíduos, dimensões que os indicadores objetivos não são capazes de medir, e diferenças socioculturais. **Objetivo:** Comparar os níveis de mortalidade de 70 áreas urbanas europeias e avaliar a associação com a percepção dos residentes sobre aspectos essenciais da vida urbana.

Métodos: Usou-se o Inquérito Europeu de Percepção de Qualidade de Vida Urbana promovido pela Comissão Europeia. É composto por cerca de 50 itens, expressando os inquiridos o grau de satisfação (muito satisfeito; bastante satisfeito; bastante insatisfeito; muito insatisfeito) em relação a cada um. Para cada item e área urbana calculou-se a proporção de indivíduos que se mostraram muito ou bastante insatisfeitos. Os itens foram agrupados em domínios – ambiente físico, económico, social, infraestruturas e serviços de saúde – e para cada área urbana obteve-se uma pontuação global. Calculou-se a Razão de Mortalidade Padronizada para a idade (RMP) com base no número de óbitos e população. As associações foram estimadas usando modelos lineares generalizados.

Resultados: 31 das áreas urbanas apresentaram RMP acima da média (EU28 = 100), a maioria na Europa do Leste (ex. Miskolc RMP = 154; Sófia, 137), embora nesta lista surjam também cidades como Glasgow (120), Manchester (109), ou Liège (109) e 39 apresentaram RMP abaixo da média, registando-se os quatro valores mais baixos em Madrid (73), Genebra (74), Paris (79) e Barcelona (81). Braga e Lisboa apresentaram RMP de 88 e 93, respectivamente. Globalmente existe uma relação positiva e significativa entre a RMP e a insatisfação com o ambiente físico ($\beta = 0,35$) e com os serviços de saúde ($\beta = 0,50$). Mas as associações diferiram de acordo com a região europeia. Na Europa Oriental houve um maior número de variáveis que se associaram com a mortalidade (ambiente social, económico e serviços de saúde). No Sul o número de variáveis associadas foi menor (ambiente económico).

Conclusiones/Recomendaciones: Existem grandes diferenças nos níveis de mortalidade das cidades europeias associadas ao grau de insatisfação dos residentes em relação a aspetos do ambiente urbano. Porém, os domínios do ambiente urbano que se associaram com a mortalidade diferiram por região europeia.

620. CAMBIOS EN LA DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS EXCESOS DE MORTALIDAD ATRIBUIBLE A LA GRIPE ESTACIONAL Y PANDEMICA EN ESPAÑA (2002-2013)

F. Vallejo, I. León, C. Delgado, D. Gómez, J. Oliva, S. de Mateo, A. Larrauri

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

Antecedentes/Objetivos: La estimación de los excesos de mortalidad atribuibles a gripe es útil para determinar el coste y los beneficios asociados a sus estrategias de prevención. La mortalidad asociada a gripe varía por grupo de edad y tipo/subtipo de virus predominante. El objetivo de este estudio es estimar los excesos de mortalidad atribuible a gripe en España comparando el patrón de mortalidad por edad de la pandemia de 2009 con las diferentes ondas estacionales de gripe anteriores y posteriores a la misma.

Métodos: Las cifras de defunciones diarias por todas las causas y por neumonía y gripe (CIE10: J09-J18) se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística. Las tasas de incidencia semanal de gripe se obtuvieron del Sistema centinela de Vigilancia de la Gripe en España. La serie de temperaturas medias diarias de 95 estaciones españolas se obtuvieron del Federal Climate Complex (NOAA). Todas las series fueron agregadas a nivel semanal. Se estimó el número de defunciones atribuibles a gripe por todas las causas y por neumonía y gripe, para las temporadas gripales (semana 40 a 20) de 2002-03 a 2008-09, 2009-10 (pandémica) y 2010-11 a 2012-13, mediante un modelo multiplicativo de regresión de Poisson (FluMoMo) con incidencia de gripe como covariable y ajustado por temperatura. Se calcularon intervalos de confianza al 95% (IC) y tasas de excesos defunciones atribuibles a gripe/100.000 hab.

Resultados: Para la temporada pandémica, se estimaron 376 defunciones por gripe y neumonía atribuibles a gripe (IC: 300-449), frente al promedio anual de 571 y 753 de las temporadas pre y post pandémicas (max. en 2004-05: 2109, IC: 1.834-.2251). La tasa anual media de excesos de defunciones fue de 1,4, 0,8 y 1,6, en los periodos pre-pandémico, pandémico y post-pandémico, respectivamente. El análisis estratificado por grupo de edad muestra un cambio en el patrón etario: mientras que en los periodos pre y post pandémicos los mayores de 64 acumulan el 91% y el 86% de las defunciones, esta cifra disminuye a 51% durante la temporada pandémica. Para las defunciones por todas las causas las tasas de excesos de defunciones fueron de 12,3, 10,0 y 16,8, respectivamente, mostrando un patrón etario similar.

Conclusiones/Recomendaciones: Las estimaciones de las defunciones atribuibles a gripe muestran un evidente cambio en el patrón etario de la mortalidad, observándose un mayor impacto en los menores de 65 años durante la pandemia de 2009. La estimación del impacto de la gripe en la mortalidad por grupos de edad es crucial para optimizar una respuesta de salud pública adecuada y guiar las políticas de control de la enfermedad en las epidemias estacionales y pandemias de gripe.

57. MORTALIDAD ATRIBUIBLE A LAS OLAS DE CALOR Y FRÍO SEGÚN PROVINCIAS DE ESPAÑA: UN ESTUDIO COMPARATIVO

R. Carmona, J. Díaz, I.J. Mirón, C. Ortiz, C. Linares

Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; Distrito de Salud Pública de Torrijos, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha.

Antecedentes/Objetivos: Las olas de frío son un fenómeno que ha atraído mucha menos atención que las olas de calor, debido probablemente al hecho de que su influencia en la mortalidad es menos pronunciada y a largo plazo y que existen otros factores invernales concomitantes de origen infeccioso. Sin embargo, su impacto sobre la mortalidad es al menos comparable. Los estudios realizados hasta la fecha difieren en los resultados. Se plantea como objetivo analizar la mortalidad atribuible a ambos extremos térmicos en cada provincia española en el periodo 2000-2009, realizando una estimación del coste económico asociado para mostrar la rentabilidad de la implementación de los Planes de Prevención ante las bajas temperaturas.

Métodos: Se utilizaron datos de mortalidad diaria por causas naturales (CIE X: A00-R99), circulatorias (CIE X: I00-I99) y respiratorias (CIE X: J00-J99), ocurridas en las 52 provincias de España en el perio-

do 2000-2009. Las temperaturas máximas y mínimas diarias corresponden al Observatorio Meteorológico de cada capital. Mediante modelos ARIMA se determinaron las temperaturas umbrales de definición de ola frío/calor en cada capital, y con GLM link regresión Poisson se cuantificaron los Riesgos Relativos y Atribuibles (%) asociados a la mortalidad diaria en cada capital. La mortalidad diaria atribuible a ambos extremos térmicos se calculó mediante el sumatorio de exceso/déficit de grados en cada capital y el número de días de olas de calor/frío. Para la estimación económica se supuso una efectividad del 68% de los planes de prevención.

Resultados: Para toda España en el periodo considerado es superior el número de días de olas de calor (4.373) que el de olas de frío (3.006), sin embargo, la mortalidad media diaria para cada capital atribuida al calor es inferior (3 muertes/día) a la atribuida al frío (3,48 muertes/día). En cuanto a la repercusión económica, cada día que se activara el plan de prevención ante ola de frío se evitarían 2,37 muertes, lo que económicamente supone 0,29M. Mientras que cada día que se activara el plan del calor se evitarían 2,04 muertes, ahorrándose 0,25M. El coste económico de la mortalidad atribuible al frío en todo el periodo sería de 871,7M, mientras que el del calor es 1093,2 M.

Conclusiones/Recomendaciones: El efecto sobre la mortalidad diaria de las olas de calor y de frío es similar en el periodo estudiado para toda España. El menor número de días con olas de frío hace que la mortalidad diaria atribuible al frío sea mayor que la del calor. Esto hace que los planes de prevención frente a las bajas temperaturas sean más rentables en cuanto a mortalidad evitable que los del calor.

Financiación: FIS ENPY 1001/13. SEPY 1037/14 del FIS.

627. EXCESOS DE MORTALIDAD DURANTE LAS OLAS DE CALOR DE 2003 Y 2015 EN MADRID Y BARCELONA

I. León-Gómez, F. Vallejo, D. Gómez-Barroso, C. Delgado-Sanz, J. Oliva, S. de Mateo, A. Larrauri

Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; Ciber en Epidemiología y Salud Pública, ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: El sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria por todas las causas en España (MOMO) permitió detectar en el verano de 2015 excesos de mortalidad coincidentes con la ola de calor. Para valorar específicamente la mortalidad asociada a exceso de temperatura se ha desarrollado el modelo MOMOCalor. El objetivo es comparar los resultados de MOMO y MOMOCalor en los veranos 2003 y 2015 en Madrid y Barcelona.

Métodos: Los datos de mortalidad se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística y del Ministerio de Justicia. La información climatológica de la Agencia Estatal de Meteorología. MOMO estimó la mortalidad basal eliminando tendencia lineal y estacionalidad (medias móviles históricas). MOMOCalor estimó la mortalidad asociada a calor mediante regresión de Poisson utilizando tendencia lineal, estacionalidad (seno y coseno), temperatura (superación de la temperatura sobre un umbral y número de días en que la temperatura supera dicho umbral) y sus retardos hasta tres días. El método CUSUM estimó el número de días por encima del umbral de alerta. Para detectar los periodos de exceso se comparó la mortalidad observada (MOMO) o asociada a calor (MOMOCalor) con la basal.

Resultados: En el verano de 2015 MOMO identificó en Madrid una alerta de exceso de mortalidad el 13 de julio, que se concretó para el periodo 26 junio-27 julio en un total de 681 defunciones observadas (Razón de mortalidad (RM): 1,36; IC95%: 1,31-1,42). En el verano de 2003, el exceso de defunciones fue relativamente menor (RM: 1,12; IC95%: 1,09-1,15). En Barcelona, solo en 2003 se observó un exceso de mortalidad (RM: 1,17; IC95%: 1,13-1,2). El modelo MOMOCalor, aplicado al verano de 2003, habría estimado un exceso de 427 defunciones asociadas a calor en Madrid, y 534 en Barcelona. En el verano de 2015, MOMOCalor habría identificado en Madrid un periodo de exceso (20

junio-24 julio) de 466 defunciones asociadas a calor (RM: 1,21; IC95%: 1,16-1,27). MOMOCaLor habría identificado precozmente esta alerta (29 de junio), permitiendo la predicción de un exceso de 48 defunciones para los 5 días siguientes. En Barcelona no se identificaron excesos en el verano 2015. Las estimaciones para el resto de provincias están en proceso.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados de MOMOCaLor concuerdan con lo descrito en 2003 y con MOMO en 2015, si bien el exceso estimado es menor al tratarse de estimaciones atribuibles a calor. La utilización de modelos predictivos de mortalidad asociada a exceso de temperatura, en los sistemas de vigilancia de la mortalidad diaria, contribuye a una valoración más rigurosa y precoz del impacto de las olas de calor. Se prevé pilotar MOMOCaLor dentro del Plan Nacional de acciones preventivas contra los efectos del exceso de temperaturas sobre la salud 2016.

13. ANÁLISIS DEL EXCESO DE MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE CÁDIZ Y SAN FERNANDO ENTRE 1981 Y 2012

N. López Ruiz, J. Nieto Vera, V. de la Cruz Calderón, M.V. García Palacios

Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda; Hospital Universitario Puerta del Mar.

Antecedentes/Objetivos: Los estudios de sobremortalidad muestran qué territorios son más susceptibles, dándonos información de dónde es necesaria una intervención sanitaria. Nuestro objetivo es identificar las causas de exceso de mortalidad en el municipio de Cádiz y San Fernando en el período 1981-2012, así como la tasa específica por grupo de edad y sexo, la tasa comparada con la española y la tendencia temporal.

Métodos: Estudio ecológico en el que la unidad territorial de análisis es el municipio de Cádiz y San Fernando. La fuente de información utilizada ha sido el Atlas Interactivo de Mortalidad de Andalucía (AIMA). Los municipios con exceso de mortalidad significativa son aquellos que en la comparativa con la tasa española presentan una tasa específica de mortalidad superior de 0.95 de probabilidad. Como principales causas de muerte se consideraron aquellas que actualmente representan más del 1% de todas las defunciones registradas para cada sexo.

Resultados: En el municipio de Cádiz las causas de mortalidad con un exceso significativo y que además tienen una tendencia decreciente-creciente o creciente son, el cáncer de estómago en hombres de 65 a 74 años, el cáncer de colon, recto y ano en hombres de 45 a 64 años, el cáncer de hígado en hombres de 15 a 64 años, cáncer de laringe en hombres de 75 a 84 años y cirrosis en mujeres de 15 a 44 años de edad. El VIH en mujeres de 15 a 44 años, aunque tiene un exceso de mortalidad, y una tasa mayor a la española, tiene una tendencia creciente-decreciente. La cirrosis en el grupo de mujeres de 75 a 84 años de edad, tiene un exceso de mortalidad, y una comparativa con España superior (3,513) pero una tendencia no significativa. En el municipio de San Fernando las causas de mortalidad con un exceso significativo y con una tendencia decreciente-creciente o creciente son, el VIH en hombres de 45 a 64 años y el cáncer de estómago en hombres de 45 a 64. La cirrosis en el grupo de mujeres de 75 a 84 años de edad, tiene un exceso de mortalidad y una tasa comparada a la española superior, aunque una tendencia no significativa.

Conclusiones/Recomendaciones: Conocer las causas del exceso de mortalidad en el municipio de Cádiz y San Fernando es fundamental para dirigir los recursos sanitarios a los grupos de población que lo necesitan. En el municipio de Cádiz es preocupante la sobremortalidad en hombres por cáncer de estómago, cáncer de colon, recto y ano, cáncer de hígado y cáncer de laringe. En mujeres llama la atención la sobremortalidad por cirrosis. En el municipio de San Fernando hay sobremortalidad en hombres por VIH y por cáncer de estómago. Una

vez identificadas las causas de exceso de mortalidad con tendencia creciente, se pueden realizar intervenciones dirigidas específicamente al grupo de edad, sexo y patología correspondiente.

886. TENDENCIA Y DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIOS POR NIVEL DE ESTUDIOS EN ANDALUCÍA, 2002-2013

M. Ruiz Ramos, R. Cánovas Balboa, V. Montañes Cobo, J.C. Fernández Merino, F. Viciano Fernández

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En Andalucía se han realizado trabajos sobre la mortalidad por suicidios desde el punto de vista espacial y temporal pero en pocos de ellos se han incluido el máximo nivel de estudios alcanzado y se han elaborado indicadores con una perspectiva longitudinal, este es el objetivo de este trabajo.

Métodos: Con las defunciones por suicidios los residentes andaluces de treinta y más años y las correspondientes persona tiempo procedentes de la Base de Datos Longitudinal de Población de Andalucía, cohorte personas censadas en 2001 e inscritas en los padrones municipales andaluces al indicio del 2001, seguidas durante 12 años, se han estimado modelos de regresión de Poisson. La variable independiente ha sido la mortalidad y las explicativas el sexo, la edad, el año defunción factorizada en cuatro trienios (2002-04, 2005-07, 2008-10 y 2011-13), los municipios de residencia agregado en las zonas del Plan de Ordenación del Territorio de Andalucía (POTA) y el máximo nivel educativo alcanzado agrupado en sin estudios, estudios primarios y estudios medios y superiores.

Resultados: En el modelo con sexo, edad y trienio de defunción se apreciaba un ligero aumento del riesgo de suicidio a medida que pasaban los trienios pero no es estadísticamente significativo (riesgos relativos de 1,02, 1,03 y 1,02). Las mujeres presentan menor mortalidad que los hombres y a medida que aumenta la edad se incrementa el riesgo de mortalidad por suicidio. Al introducir el nivel de estudio, el incremento de la mortalidad en los dos últimos trienios se hace estadísticamente significativa, con riesgos relativos de morir un 9% y un 10% respectivamente de más mortalidad que el primer trienio. No se modifica los efectos atribuibles al sexo y la edad. La introducción de interacción entre educación y periodo, muestra un claro incremento en el cuarto trienio de la mortalidad en la población sin estudios o con estudios incompletos. Al introducir el área POTA aparece el patrón geográfico conocido en la mortalidad por suicidios de Andalucía, con el más alto riesgo relativo ajustado por edad, sexo, nivel educativo de 3,05 veces en la depresión geográfica de Antequera y Granada que la zona de referencia (el centro regional de Sevilla).

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados de este trabajo muestran una relación entre el nivel de estudios y la mortalidad por suicidios en Andalucía en el periodo analizado con un incremento en la tendencia temporal por el aumento de la mortalidad en la población sin estudios. En cuanto al patrón espacial se constata las zonas de alta mortalidad por suicidios en el centro geográfico de Andalucía bien establecida por otros estudios.

737. TENDENCIAS DE MORTALIDAD POR CAÍDAS ACCIDENTALES EN POBLACIÓN MAYOR EN ESPAÑA, 1988-2013

A. Padrón-Monedero, T. López-Cuadrado, J. Damián, R. Fernández-Cuenca

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid; University of Miami Miller School of Medicine, Florida; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Un tercio de la población de 65 y más años sufre alguna caída al año con importantes consecuencias en la mortalidad. Sin embargo escasos estudios han analizado la evolución temporal de la mortalidad por caídas accidentales en mayores. El objetivo del estudio es analizar tendencias nacionales (1988-2013) de mortalidad por caídas accidentales en población de 65 y más años y sus diferentes subpoblaciones.

Métodos: Se seleccionaron fallecidos con códigos CIE correspondientes a caídas accidentales de la Estadística de Defunciones del Instituto Nacional de Estadística (INE). Para cada sexo se calcularon tasas de mortalidad (por 100.000) ajustadas por edad para la población = 65 años y tasas de mortalidad específicas para cada categoría etaria (65-74, 75-84 y = 85). El análisis de tendencias se realizó mediante modelos de regresión de joinpoint para identificar puntos de inflexión, porcentajes anuales de cambio (PAC) de las tendencias y Porcentajes Anuales Medios de Cambio (PAMC) para analizar diferencias entre subgrupos poblacionales.

Resultados: Entre 1988-2013 se identificaron 29.251 defunciones por caídas en mayores. Las tasas de mortalidad aumentaron del 13,5 al 28,1 en hombres y del 11,4 al 21,1 en mujeres. En hombres fueron significativos cambios de tendencia entre 1988-1996 (PAC 5,8%) y 2008-2013 (PAC 8,3%). En mujeres fueron significativos cambios entre 1988-1997 (PAC 6,9%) y 2009-2013 (PAC 9,5%). No se objetivaron diferencias significativas entre los sexos. En hombres de 65-74 años no hubo cambios de tendencia, (PAC de 0,5%). Los de 75-84 años presentaron cambios significativos entre 1988-1997 (PAC 5,5%) y 2006-2013 (PAC 6,3%). Los = 85 presentaron todos los periodos de cambio de tendencia significativos: 1988-1997 (PAC 6,2%), 1997-2008 (PAC -2,8%) y 2008-2013 (PAC 12,0%). En hombres, el incremento de tendencia para los de 75-84 y = 85 años fue significativamente mayor que para los de 65-74. En mujeres de 65-74 años no hubo incrementos de tendencia significativos. Las de 75-84 presentaron cambios significativos entre 1988-1997 (PAC 7,0%) y 2009-2013 (PAC 8,1%). Las = 85 presentaron 3 tramos significativos: 1988-1996 (PAC 8,2%), 1996-2007 (PAC -3,9%) y 2007-2013 (PAC 10,4%). En este grupo de edad no hubo diferencias significativas entre sexos.

Conclusiones/Recomendaciones: En los últimos años las tendencias de mortalidad por caídas accidentales han aumentado significativamente en hombres de 65 y más años y mujeres de 75 y más años. El mayor incremento es en los de 75 y más años y para ambos sexos. Estos datos harían recomendable implementar programas preventivos específicos.

801. IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES EN LA ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA TRAS UNA FRACTURA ACCIDENTAL DE CADERA EN POBLACIÓN MAYOR

A. Padrón-Monedero, T. López-Cuadrado, R. Fernández-Cuenca

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid; University of Miami Miller School of Medicine, Florida; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La mortalidad tras una fractura accidental de cadera en población = 65 años aparentemente aumenta con la edad. Sin embargo ningún estudio ha analizado si dichas diferencias se mantienen tras controlar el posible efecto confusor de numerosas comorbilidades tomadas como variables individuales. La poca información existente sugiere que al aumentar el número de comorbilidades empeora la supervivencia y que las poblaciones de mayor edad presentan un mayor número de comorbilidades. Adicionalmente se ha sugerido que cada comorbilidad independiente puede presentar asociaciones individualizadas con la mortalidad. El objetivo del estudio consiste en analizar si la posible relación existente entre la edad y

la mortalidad tras una fractura de cadera en población mayor se mantiene tras ajustar por las comorbilidades individuales del índice de Elixhauser.

Métodos: Estudio de corte de población = 65 años con el diagnóstico principal de fractura de cadera debida a una caída accidental con ingreso urgente recogida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de España durante el año 2013 consistente en 27.019 pacientes. La asociación entre la mortalidad y los grupos etarios (65-74, 75-84, = 85) se analizó mediante modelos de regresión logística con ajuste por variables demográficas y comorbilidades de Elixhauser introducidas como variables individuales.

Resultados: El 5,6% de los pacientes fallecieron durante el ingreso. Comparados con aquellos de 65-74 años los odds ratio (OR) multivariantes de mortalidad para aquellos de 75-84 y de = 85 años fueron de 2,26 (IC95% 1,68-3,03) y 4,61 (IC95% 3,45-6,16) respectivamente. Los hombres presentaron unas OR de mortalidad con respecto a las mujeres de 1,84 (IC95% 1,63-2,08). Las comorbilidades con mayores OR de mortalidad fueron la insuficiencia cardíaca congestiva 4,17 (IC95% 3,63-4,78), presencia de metástasis 3,74 (IC95% 2,40-5,83), desequilibrios hidroelectrolíticos 3,08 (IC95% 2,54-3,73), coagulopatías 3,00 (IC95% 2,14-4,21) y hepatopatías 2,66 (IC95% 1,97-3,60).

Conclusiones/Recomendaciones: La asociación entre una mayor edad y la mortalidad tras una fractura de cadera se mantiene tras ajustar por numerosas comorbilidades. Los hombres presentan un mayor riesgo de mortalidad que las mujeres. Independientemente de la edad algunas comorbilidades potencialmente controlables están asociadas a una mayor mortalidad. Un adecuado control de dichas patologías podría resultar beneficioso para la supervivencia tras una fractura de cadera en población mayor.

676. UNA PEOR SALUD AUTOPERCIBIDA SE ASOCIA A UN MAYOR RIESGO DE MUERTE EN ADULTOS DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD

A. Beti-Aguirrebengoa, M. García de la Hera, E.M. Navarrete-Muñoz, S. González-Palacios, D. Valera-Gran, L. Torres-Collado, J. Pérez-Ramírez, L. Notario-Barandiaran, J. Vioque

CIBERESP; EPINUT-UMH.

Antecedentes/Objetivos: Una peor salud auto-percibida se ha asociado a una mayor mortalidad. Sin embargo, esta asociación ha sido poco estudiada en España en adultos de 65 y más años de edad. En este estudio hemos analizado la asociación entre la salud auto-percibida y la mortalidad total en adultos de 65 y más años de edad de la Comunidad Valenciana.

Métodos: Se han usado los datos de los 894 hombres y mujeres (56%) de 65 y más años de edad que participaron en la Encuesta de Nutrición y Salud de la Comunidad Valenciana de 1994 y en el estudio transversal EUREYE realizado en 2000-01. Los participantes fueron agrupados en tres categorías según su salud auto-percibida: 1) excelente, muy buena y buena (referencia), 55% 2) regular, 35% y 3) mala y muy mala, 10%. Los datos sobre estado vital se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística desde el inicio de cada estudio hasta 31/12/2013. Se usó regresión de Cox para estimar hazard ratios (HR) entre la salud auto-percibida y la mortalidad total ajustando por edad, sexo, nivel educativo, índice de masa corporal, consumo de alcohol, práctica regular de actividad física, tabaco y enfermedad previa, eliminando el primer año de seguimiento.

Resultados: Un total de 477 personas del total de 894 sujetos fallecieron en el periodo de estudio con una mediana de seguimiento de 11,6 años. La supervivencia a los 5, 10 y 15 años fue del 85,5%, 64,5% y 47% respectivamente. Tras ajustar por posibles factores confusores, se observó una asociación significativa entre la salud auto-percibida y la

mortalidad. En comparación con los que percibían su salud “Excelente, muy buena y buena”, los percibían una salud “regular” y “mala y muy mala” presentaron mayor riesgo de muerte por todas las causas, HR = 1,28 (IC95%: 1,05-1,57) y HR = 1,30 (IC95%: 0,95-1,77) respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: Una peor salud auto-percibida resulta un predictor significativo de la mortalidad a medio-largo plazo en adultos de 65 años y más años de edad en la Comunidad Valenciana. Estos resultados concuerdan con algunos estudios previos, aunque no existe consistencia plena. Por tanto, son necesarios más estudios que aporten una mayor evidencia y garanticen una mayor solidez a los resultados.

Financiación: FIS- FEDER PI13/00654.

675. LA ACTIVIDAD FÍSICA DISMINUYE EL RIESGO DE MORTALIDAD TOTAL Y CARDIOVASCULAR EN ADULTOS DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD

F.J. Gómez Romero, E.M. Navarrete-Muñoz, M. García de la Hera, D. Valera-Gran, S. González-Palacios, L. Torres-Collado, L. Compañ Gabucio, A. Oncina Cánovas, J. Vioque

CIBERESP; EPINUT-UMH.

Antecedentes/Objetivos: La actividad física (AF) se ha asociado de forma consistente a un menor riesgo de mortalidad. En España son pocos los estudios que han explorado la relación entre AF y mortalidad en adultos de 65 años y más edad. El objetivo de este estudio fue explorar el efecto de la AF auto-referida sobre el riesgo de mortalidad total, cardiovascular y cáncer.

Métodos: Se utilizó información de 597 personas de 65 y más años (273 hombres y 324 mujeres) que participaron en el estudio transversal EUREYE en 2000-2001. La AF auto-referida se recogió con la pregunta “Globalmente, ¿cómo se considera Vd. con relación a la actividad física en la actualidad?” y se clasificó a los participantes en: sedentario, poco activo y moderado/bastante activo. Los datos sobre estado vital se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística desde el inicio del estudio hasta 31/12/2013. Se usó regresión de Cox para estimar hazard ratios (HR) entre AF auto-referida y la mortalidad total, cardiovascular y cáncer ajustando por edad, sexo, índice de masa corporal, consumo de alcohol, horas de sueño, circunferencia cintura y enfermedad crónica previa.

Resultados: Un 17,2% de participantes se consideró sedentario, un 65,8% poco activo y un 17% moderado/bastante activo. En una mediana de seguimiento de 11,6 años se observaron un total de 253 muertes, 99 por causa cardiovascular y 59 por cáncer. Se observó una asociación inversa entre AF auto-referida y mortalidad. En comparación con los sedentarios, los poco activos (HR: 0,53; IC95%: 0,39-0,72) y los moderado/bastante activos (HR: 0,41; IC95%: 0,25-0,67) presentaron un menor riesgo de mortalidad total. Al analizar por causas, los poco activos (HR: 0,49, IC95%: 0,31-0,79) y los moderado/bastante activos (HR: 0,25, IC95%: 0,10-0,62) mostraron un menor riesgo de mortalidad cardiovascular comparados con sedentarios. Se observó también un menor riesgo de mortalidad por cáncer, aunque la asociación no fue significativa. Al excluir los dos primeros años de seguimiento, los efectos observados se mantuvieron significativos aunque se atenuaron ligeramente.

Conclusiones/Recomendaciones: Una mayor AF se asocia con un menor riesgo de mortalidad total y cardiovascular en adultos españoles de 65 y más años de edad. Estos resultados aportan evidencia a favor de promocionar la AF para prevenir mortalidad en adultos de edad avanzada.

Financiación: FIS- FEDER PI13/00654.

C015. Obesidad y diabetes

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 1.2

Modera: Iñaki Galán Labaca

211. PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS EN LA COMUNIDAD DE MADRID: ESTUDIO PREDIMERC 2

A. Gandarillas, V. del Pino, M. Ordobás, E. Donoso, C. Izquierdo, P. Nogales, F. Arrieta, H. Ortíz, B. Zorrilla

Servicio de Epidemiología, DG de Salud Pública; Servicio de Bioquímica, Hospital Puerta de Hierro; CS Las Águilas; Servicio de Endocrinología, Hospital Ramón y Cajal.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes mellitus (DM) es un problema prioritario de salud pública a nivel mundial, por su evolución al alza y por ser prevenible en el 80% de los casos. En la Comunidad de Madrid (CM) se realizó en 2007 el primer estudio de prevalencia y desde entonces, la DM y los estados prediabéticos (EPD) se han redefinido por la Asociación Americana de Diabetes (ADA). El objetivo es estimar la prevalencia poblacional de DM y EPD en 2015, analizar si se modifica por las nuevas definiciones, y describir su evolución desde 2007.

Métodos: Estudio transversal realizado en 2015 en una muestra representativa de población de 30 a 74 años de la CM. El marco muestral fue la tarjeta sanitaria y el muestreo por conglomerados bietápico, con estratificación de las unidades de primera etapa, las zonas básicas de salud. La estratificación se realizó en función de un índice de privación socioeconómica del censo de 2011. El trabajo de campo incluía entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI), exploración antropométrica y analítica de sangre y orina. Utilizamos dos definiciones de DM y EPD, la usada en el estudio de 2007 (de ADA1997/OMS1999) y la aceptada actualmente (de ADA2003/2010/2013). En la primera, se define DM = glucemia basal (GB) $\geq$ 126 mg/dl o DM autorreferida en la encuesta (DM-AR), y EPD = GB $\geq$ 110 y < 126 mg/dl en sujetos sin DM-AR. En la segunda, se define DM = (GB) $\geq$ 126 mg/dl o HbA1c $\geq$ 6,5% o DM-AR y EPD = GB $\geq$ 100 y < 126 mg/dl o HbA1c $\geq$ 5,7% y < 6,5% en sujetos sin DM-AR. Se estiman prevalencias de DM y EPD por sexo y su intervalo de confianza al 95% (IC95%) tras ponderación y ajuste del efecto de diseño.

Resultados: Analizamos los resultados de 2.322 personas que completaron el estudio, lo que supone una tasa de respuesta del 57,2%. En 2007, con la primera definición, la prevalencia de DM fue del 10,2% (IC95% 8,6-11,8) y 6% (IC95% 4,6-7,3) para hombres y mujeres respectivamente. En 2015, según la primera definición, el 11,4% de los hombres (IC95% 9,4-13,3) y el 6% de las mujeres (IC95% 4,9-7,1) presenta DM, y EPD el 6,2% (IC95% 4,8-7,6) y 3,9% (IC95% 2,7-5,1) respectivamente. Según la definición actual, en 2015, el 12,3% de los hombres (IC95% 10,3-14,4) y el 6,4% de las mujeres (IC95% 5,2-7,6) tiene DM y para EPD el 32,5% (IC95% 28,9-36,1) y 27,4% (IC95% 23,8-31,0) respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: Se observan pequeñas diferencias en la evolución de la prevalencia de DM en los últimos 8 años. El cambio de definición apenas modifica la prevalencia de DM, mientras que los EPD se incrementan de 5 a 7 veces. La alta prevalencia y la efectividad de las medidas preventivas indican la necesidad de invertir mayores esfuerzos en programas integrados de prevención y promoción de salud.

395. DIABETES: DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NA POPULAÇÃO PORTUGUESA EM 2014

J.R. Santos, I. Kislaya, A.J. Santos, M. Neto, A.P. Rodrigues

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Antecedentes/Objetivos: A Diabetes é considerada como um dos maiores problemas de saúde pública. Em Portugal, estima-se que a prevalência seja de 13.1% na população entre os 20-79 anos, dos quais cerca de 44% não tem conhecimento do diagnóstico. A par das diferenças observadas entre géneros (maior prevalência no sexo masculino) é necessário equacionar potenciais desigualdades socioeconómicas particularmente em grupos mais desfavorecidos. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência da diabetes auto-reportada por género, grupo etário, nível de escolaridade e determinar as desigualdades socioeconómicas na distribuição da diabetes na população adulta portuguesa.

Métodos: Foram analisados dados de Inquérito Nacional de Saúde de 2014, cuja amostra é representativa da população residente e é constituída por 18204 indivíduos selecionados por amostragem probabilística, por grupos em três etapas, estratificada por região. Para este estudo a análise incidiu em indivíduos com 25 ou mais anos ($n = 16.786$). Calcularam-se estimativas da prevalência da diabetes total e estratificada por variáveis de caracterização socioeconómica. Para testar associações foi utilizada a estatística F-modificada variante do ajustamento de 2ª ordem do Qui-Quadrado de Rao-Scott. O grau de desigualdade socioeconómica foi estimado através do índice relativo de desigualdades e a curva de concentração. Todas as estimativas foram ponderadas para o desenho amostral.

Resultados: Em 2014, a prevalência da diabetes em Portugal foi de 10,6% IC95% = [9,9%; 11,3%] sendo superior nos grupos etários de 55-64 anos 14,5% IC95% = [12,9%; 16,3%] e 65 e mais anos 23,5% IC95% = [21,7%; 25,1%], e na população com ensino básico 14,8% IC95% = [13,8%; 15,8%]. O índice relativo de desigualdade evidenciou desigualdades a favor dos grupos com um maior nível de escolaridade, sendo 0,33 IC95% = [0,19; 0,60] para os homens e 0,1 IC95% = [0,05; 0,21] para as mulheres.

Conclusiones/Recomendaciones: Os resultados evidenciam desigualdades de género e desigualdades educacionais. A desigualdade educacional na prevalência da diabetes é superior nas mulheres, o que sugere que a aposta na melhoria do nível de educação, em especial no sexo feminino poderá ter um efeito favorável na adoção de comportamentos mais saudáveis e consequente redução da carga da doença. A educação permanece um pilar central no desenvolvimento de intervenções para a promoção da saúde. O planeamento destas intervenções deve, por isso, prever as diferenças de género e o seu impacto na educação.

327. ATLAS DE DIABETES MELLITUS EN ASTURIAS, 2015

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

Consejería de Sanidad; Universidad del País Vasco.

Antecedentes/Objetivos: Dentro de los objetivos de las Estrategia de Salud en Diabetes Mellitus (DM) así como en las de Cronicidad, Cardiopatía Isquémica y de Ictus está la necesidad de profundizar en el conocimiento de los niveles de prevalencia de DM que mejoren la promoción y prevención de la salud y la asistencia integral. Nuestro objetivo es aumentar la información sobre la prevalencia de la DM en Asturias y facilitar la planificación sanitaria.

Métodos: Estudio poblacional transversal, descriptivo, de la situación de la DM en una CA. Se ha extraído y recogido de la base de datos de AP de toda Asturias la presencia de registro de diagnóstico de DM en los sistemas de Atención primaria de Asturias en agosto de 2015. Se han recogido datos personales, y otros factores en atención a esta enfermedad: niveles de seguimiento, y presencia de cofactores como la obesidad, IMC, etc. El análisis de la información se realizó con STATA v12. Se comparan mediante regresión logística y t de Student. Se analizan a nivel geográfico con mapas realizados con Geodata por ZBS, concejo y Área Sanitaria. Se realizan tablas por grupo etario y sexo.

Resultados: Se obtuvieron resultados de situación de un total de 1.048.575 personas. Durante 2015 se realizaron glucemias a 567.349 personas. En los sistemas de información hay registrados y diagnosticados 74.425 personas como diabéticas (7,1% del total de población). Un 52,3% de ellas son hombres (38.913 H y 35.512 M). La prevalencia en H es 7,8% y en M el 6,5%. Aumenta con la edad, siendo de un 20% en > 74 años (22% en H). Existen 730 casos menores de 30 años (0,6% de la población de esa edad). 15.227 personas enfermas están siendo tratadas con insulina y 42.920 con metformina. Un 45,8% de los pacientes tiene asimismo dislipemia (18,8 en no DM) ($p < 0,000$) (un 44,6% en H y 47% en M, $p < 0,000$). y un 59,5% HTA (16,2% en no DM) ($p < 0,000$) (un 57% en H y 64% en M, $p < 0,000$). Aumentan estas proporciones con la edad. Un 25,1% de los casos tienen registrado antecedentes familiares de DM. Un 41% de DM están polimedicados con > 6 fármacos (un 6,4% en no DM) y un 11% con más de 10 fármacos (un 1% en no DM). Se analizan los resultados por lugar de residencia por ZBS, Área sanitaria y concejos lo que permite conocer un mapa de la presencia de diferentes tipos de DM, concentrándose las DM II en aquellas zonas en que el nivel de envejecimiento es mayor. A su vez, se clasifican los resultados por niveles de riesgo y se describen por zona geográfica (Área, ZBS, concejo), sexo y edad.

Conclusiones/Recomendaciones: Gracias a este estudio se ha logrado profundizar en el conocimiento de la prevalencia de la DM en Asturias. Los resultados son similares a los obtenidos mediante encuesta de salud o a otras estimaciones. Una limitación es que se han analizado solo los resultados de las personas que habiendo acudido a su facultativo han sido diagnosticadas como enfermos de DM.

705. IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL ÁREA SANITARIA I DE ASTURIAS, 2015

E. García Fernández, M.J. Margolles Martins, P. Margolles García, M.P. Alonso Vigil

Servicio de Salud de Asturias; Consejería de Sanidad; Universidad del País Vasco.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes mellitus es una enfermedad con gran impacto, tanto en la salud como en la calidad de vida de la población de nuestro entorno. El coste de la atención de los pacientes diabéticos supone alrededor del 7% del gasto sanitario total. Se trata de una patología que se asocia a un número más alto de hospitalizaciones, una tasa más elevada de reingresos y una mayor duración de la estancia hospitalaria que la población general. Nuestro objetivo es valorar la situación de la hospitalización de los pacientes diabéticos en un área sanitaria de Asturias.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, poblacional de la hospitalización de diabéticos en el área sanitaria I, zona occidental del Principado de Asturias, en el año 2015. Se incluyen las altas hospitalarias que tienen en alguno de los registros de diagnóstico (C1 a C13) un código 9MC: 250. La información se obtiene a partir los datos del alta hospitalaria, CMBD, procesados con el analizador estadístico clínico-asistencial decisys®.

Resultados: La población del área sanitaria es de 46.863 habitantes. El número de altas hospitalarias totales en 2015 es de 4.228, de las que 688 son de pacientes diabéticos, un 16%. El nº de pacientes diabéticos hospitalizados fue de 513, de los que el 74% (379) tenían 1 alta hospitalaria, el 21% (106): 2 altas, el 4% (21): 3 altas, el 0,5% (3): 4 altas y el 0,4% (2) tienen 5 y 6 altas respectivamente. La mediana de estancia hospitalaria en días fue de 7 (0 a 39) frente a 5 días de las estancias totales. El 54% son hombres y la mediana de edad es de 78 años frente a la de altas totales, 71 años. Por grupos etarios: 1-14 años: 0,2% (1), 15 a 44: 2% (6), 45 a 64: 16% (85), 65 a 74: 23% (116) y ≥ 75 : 59% (305). Motivo de alta: alta voluntaria: 1 (0,1%), domicilio 591 (86%), exitus 63 (9%), traslado a centro sociosanitario: 5 (1%), traslado a otro centro

sanitario: 28 (4%). Las hospitalizaciones potencialmente evitables de complicaciones agudas de diabetes fueron 1,07 por 104 habitantes. De los diagnósticos al alta más frecuentes, el 31% (213) fueron por patología cardiocirculatoria, el 19% (134) del sistema respiratorio y el 10% (71) enfermedades digestivas. Casi el 2% (12), tienen como diagnóstico principal un código de diabetes, 10 un código inespecífico de diabetes tipo II (250.80, 250.90, 250.92) y 2 el 962.3: "envenenamiento por insulina y agentes diabéticos".

Conclusiones/Recomendaciones: Los diabéticos suponen un alto porcentaje de los pacientes que requieren hospitalización. La estancia media hospitalaria es mayor que la de la población general. Aunque en general requieren mayor hospitalización los hombres, el grupo más numeroso de pacientes ingresado es el de mujeres mayores de 75 años. La patología cardiocirculatoria es la causa más frecuente de ingreso.

702. ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE LÁCTEOS Y EXCESO DE PESO EN NIÑOS DE 4-6 AÑOS DEL ESTUDIO DE COHORTE INMA

D. Valera-Gran, E.M. Navarrete-Muñoz, S. González-Palacios, C. Rodríguez-Delhi, P. Amiano, S. Fernández-Barrés, C. Íñiguez, M. Torrent, J. Vioque

UMH; CIBERESP; UMI FISABIO-UJI-UV.

Antecedentes/Objetivos: La obesidad infantil se ha convertido en un problema de salud pública mundial. Aunque se ha indicado que la ingesta de lácteos puede ejercer un papel protector frente a la obesidad, la evidencia es todavía inconsistente, especialmente en niños donde los estudios son escasos. En este estudio evaluamos la asociación entre el consumo de lácteos y el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) o el índice de masa corporal (IMC) en niños de 4-6 años.

Métodos: Se estudiaron 2109 niños de 4-6 años de edad del estudio prospectivo de cohortes madre-hijo INMA. La ingesta de lácteos se evaluó mediante cuestionario de frecuencia alimentaria. Se estimó el consumo total de lácteos y de los principales alimentos específicos del grupo (leche, leche entera (LE) y baja en grasa (LBG), yogur, queso y postres lácteos). Se usó como variable dependiente el exceso de peso definido según valores estandarizados (z-score) del IMC en forma continua, y como categórica a partir del percentil 85, propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se utilizaron modelos de regresión lineal y logística múltiple y técnicas meta-analíticas para obtener estimaciones globales y explorar heterogeneidad entre áreas. Las ingestas de lácteos se expresaron por cada 100 g/día de ingesta.

Resultados: Más de un tercio de los niños (n = 666) presentaban exceso de peso a la edad de 4-6 años. La ingesta media del consumo total de lácteos fue 559 g/día y la de los subgrupos (leche, LE, LBG, yogur, queso y postres) fue 364, 214, 150, 120, 12,2 y 44,7 g/día respectivamente. Tras ajustar por posibles factores de confusión, se observó una asociación positiva entre el IMC y el consumo total de lácteos y de LBG ($\beta = 0,03$, IC95% 0,00, 0,05; $p = 0,024$ y $\beta = 0,03$, IC95% 0,01, 0,06; $p = 0,002$, respectivamente), y una asociación negativa con el consumo total de postres ($\beta = -0,16$, IC95% = -0,27, -0,38; $p = 0,010$). En el modelo logístico, el exceso de peso se asoció positivamente con el consumo de LBG (OR = 1,10, IC95% = 1,00, 1,16; $p \leq 0,001$), y negativamente con la ingesta de LE (OR = 0,95, IC95% = 0,90, 1,00; $p = 0,040$). No se observaron asociaciones significativas en los otros lácteos.

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudio sugiere que la ingesta de lácteos puede asociarse con el exceso de peso a la edad de 4-6 años. La ingesta de LE mostró un efecto protector y la ingesta de LBG se relacionó con un aumento del IMC y con un mayor riesgo de exceso de peso. Se deberían confirmar estos resultados y evaluar si el efecto diferencial de la ingesta de lácteos sobre el exceso de peso en niños persiste a más largo plazo.

Financiación: FIS-FEDER, CIBERESP.

823. ADIPOSIDADE E RISCO CARDIOMETABÓLICO EM CRIANÇAS NASCIDAS LEVES E GRANDES PARA A IDADE GESTACIONAL

A.C. Santos, H. Barros

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

Antecedentes/Objetivos: O peso à nascença assim como a idade gestacional são importantes determinantes da saúde metabólica na vida adulta. As crianças nascidas leves (LIG) ou grandes para a idade gestacional (GIG) têm maior risco de desenvolver diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares. No entanto, há ainda pouca informação sobre o seu perfil cardiometabólico durante a infância. Assim, este estudo pretende avaliar numa coorte de nascimentos portuguesa, a associação entre ter nascido LIG, com peso adequado para a idade gestacional (AIG) e GIG e indicadores de saúde cardiometabólica na infância.

Métodos: Este estudo incluiu crianças da coorte Geração XXI, recrutadas ao nascimento e seguidas aos 7 anos de idade. Foram consideradas como elegíveis partos únicos e as crianças foram classificadas como LIG (n = 794), AIG (n = 4.624) e GIG (n = 203), utilizando as curvas propostas Kramer. Foram calculados z-scores para os valores aos 7 anos de índice de massa corporal (IMC), perfil lipídico, metabolismo da glicose e pressão arterial e sua associação com LIG, AIG e GIG estimada usando modelos de regressão linear, ajustados para a idade materna, IMC pré-gravidez e consumo de tabaco durante a gravidez.

Resultados: As categorias de peso à nascença para a idade gestacional associaram-se significativamente com IMC e pressão arterial, sistólica e diastólica, aos 7 anos de idade. Os z-scores de IMC associaram-se positivamente com ter nascido GIG, e os z-scores de pressão arterial sistólica e diastólica com ter nascido LIG. As crianças nascidas GIG, e após ajuste, apresentavam média de z-score de IMC significativamente mais elevada que as AIG e LIG (0,92; IC95%: 0,94-1,07 vs 0,77; IC95%: 0,74-0,81 vs 0,47; IC95%: 0,39-0,55, respectivamente, $p < 0,001$). Os z-scores de pressão arterial diastólica estavam inversamente associados às categorias de peso ajustadas para idade gestacional [LIG: 1,15 (1,02-1,20); AIG: 1,03 (1,00-1,05); GIG: 0,99 (0,90-1,09), $p < 0,001$. Tanto o perfil lipídico, indicadores do metabolismo da glicose e a pressão arterial sistólica não estavam associados às categorias de peso à nascença ajustados para a idade gestacional.

Conclusiones/Recomendaciones: As crianças GIG apresentavam aos 7 anos de idade z-scores de IMC mais elevados. Por outro lado, as crianças nascidas LIG apresentavam níveis mais elevados de z-scores de pressão arterial diastólica. Aos 7 anos de idade, não foram encontradas associações entre ter nascido LIG ou GIG e os níveis de lipídeos sanguíneos e de glicose.

328. ATLAS DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN ASTURIAS, 2015

M. Margolles Martins, P. Margolles García, R. Saiz Fernández, E. García Fernández, I. Donate Suárez

Consejería de Sanidad; Universidad del País Vasco; SESPA.

Antecedentes/Objetivos: Dentro de los objetivos de las Estrategia de Salud en Diabetes Mellitus (DM), en Cronicidad, Cardiopatía Isquémica e Ictus está la necesidad de profundizar en el conocimiento de niveles de sobrepeso y obesidad como factores de riesgo para múltiples enfermedades para poder aplicar medidas que mejoren la promoción y prevención de la salud y sus factores de riesgo y la asistencia integral. Nuestro objetivo es aumentar la información sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en Asturias y facilitar la planificación sanitaria y educativa.

Métodos: Estudio poblacional transversal, descriptivo, de la situación del sobrepeso y la obesidad en una CA. Se ha extraído y recogido

de la base de datos de AP de toda Asturias la presencia de la última medición de peso y talla, así como el registro de IMC y la presencia de comorbilidades en los sistemas de registro de AP de Asturias en 2015. Se han recogido datos personales y otros factores en atención a estos procesos. Se categorizan los casos según la clasificación de la OMS para adultos y en relación al p95 para cada sexo y edad en población infantil. El análisis de la información se realizó con STATA v12. Se analizan a nivel geográfico con mapas realizados con Geodata por ZBS, concejo y Área Sanitaria. Se realizan tablas por grupo etario y sexo.

Resultados: Se obtuvieron mediciones de talla y peso en 585.017 personas en población de 1.065.000h. Los valores promedio de IMC son 26,23 (IC95% 26,22-26,55) con valores de 26,31 (IC95% 26,28-26,33) en hombres y 26,23 (IC95% 26,21-26,25) en mujeres ($p < 0.000$). Atendiendo a los criterios de SEEDO 2007, un 11,3% de la población tiene bajo peso (12,5% en H, 10,4% en M). Un 35,9% tiene sobrepeso (28,7% en H, 31,95% en M) Un 25,57% tiene obesidad (25,51% en H, 25,63% en M). Un 2% de la población tiene obesidad mórbida y un 0,2% extrema. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad aumentan con la edad hasta los 80 años de edad tanto en H como en M. Se analizan los resultados por lugar de residencia dando resultados por ZBS, Área sanitaria y concejos lo que permite conocer un mapa de la presencia de diferentes tipos de sobrepeso y obesidad. A su vez, se clasifican los resultados por niveles de riesgo y se describen por zona geográfica (Área, ZBS, concejo), sexo y edad. Se realiza, por otra parte, al ser un estudio poblacional un cuadro con percentiles de los niveles de sobrepeso e IMC por sexo, grupo etario y Área sanitaria.

Conclusiones/Recomendaciones: Gracias a este estudio se ha logrado profundizar en el conocimiento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en Asturias. Los resultados son similares a los obtenidos mediante encuesta de salud o a otras estimaciones. Una limitación es que se han analizado solo los resultados de las personas que habiendo acudido a su facultativo han sido pesadas, talladas y registrados sus resultados.

229. UN MÉTODO SIG PARA CARACTERIZAR EL ENTORNO OBESOGÉNICO EN ÁREAS URBANAS: UNA PROPUESTA MULTIVARIABLE

A. Cebrecos, J. Díez, P. Gullón, U. Bilal, M. Franco, F. Escobar

Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá; Departamento de Geología, Geografía y Medio Ambiente, Universidad de Alcalá; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: En respuesta a la actual epidemia de obesidad, surgen nuevas estrategias centradas en promover cambios en las características del entorno urbano que puedan influir en la distribución de los factores de riesgo de esta enfermedad. Una metodología que integre información espacial de diversas fuentes es necesaria para evaluar el entorno obesogénico en áreas urbanas. El propósito del estudio fue diseñar e implementar un método multivariable basado en Sistemas de Información Geográfica (SIG) para caracterizar y evaluar el entorno obesogénico en relación a dos factores contextuales urbanos: el entorno alimentario y el entorno de actividad física.

Métodos: El estudio se llevó a cabo en 12 secciones censales contiguas del Distrito de Ciudad Lineal (Madrid). Se trata de un área que representan una zona de Madrid sociodemográficamente mediana en términos de densidad de población, nivel educativo, población extranjera y mayores de 65 años. Se midieron todas las tiendas de alimentación y todos los segmentos de calle para obtener un índice de acceso a alimentación saludable y un índice de caminabilidad. Mediante análisis de densidad de Kernel se generaron medidas continuas para ambos entornos y se integraron en un índice sintético. El rango del índice es de 0 a 100, siendo 0 el valor menos saludable.

Resultados: Se encontró una distribución heterogénea de este entorno urbano saludable. El 75% del área se encuentra con una puntua-

ción por debajo de 36,8 y el 50% por debajo de 25,5. Esto se traduce en que un 6,08% de la población se encuentra en un área caracterizada como saludable mientras que el 36,51% lo hace en un espacio muy poco saludable. La mayoría de la población (57,3%) se encuentra en un área con una calificación media.

Conclusiones/Recomendaciones: El índice obtenido y las representaciones cartográficas asociadas a él constituyen un paso importante, tanto en la descripción espacial del fenómeno, como en la provisión de información necesaria de cara a futuras intervenciones urbanísticas que conduzcan a paliar el problema. La falta de estrategias que consideren al entorno urbano como promotor o limitador de comportamientos saludables puede encontrarse detrás de los insuficientes resultados de las medidas actuales de prevención de obesidad.

840. RIESGO DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA: ADIPOSIDAD COMO MEDIADOR

M. Garrido Miguel, C. Álvarez Bueno, D.P. Pozuelo Carrascosa, I. Caverro Redondo, M. Solera Martínez, N. Arias Palencia, M. Sánchez López, R. Gullías Gómez, M.J. González López

Centro de Estudios Sociosanitarios.

Antecedentes/Objetivos: Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son un importante problema sociosanitario en nuestra comunidad, teniendo mayor prevalencia en mujeres adolescentes con antecedentes de obesidad. La adolescencia es una etapa crucial para el desarrollo de la madurez ósea, por este motivo, los objetivos de este estudio fueron: i) analizar la asociación entre el riesgo del trastorno del comportamiento alimentario (RTCA), la densidad mineral ósea (DMO) y el porcentaje de grasa corporal (%GC), y ii) examinar si esta última media la relación entre RTCA y DMO en adultos jóvenes.

Métodos: Estudio observacional transversal que incluyó a 683 estudiantes universitarios de edades comprendidas entre 18 y 30 años del Campus Universitario de Cuenca, España. Mediciones principales: El cuestionario auto-administrado SCOFF se utilizó para la determinación del RTCA. Los valores de la DMO y del %GC se obtuvieron mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA).

Resultados: Las diferencias en la DMO por categorías de %GC y de RTCA se testaron con análisis de covarianza, obteniendo valores significativamente superiores de DMO aquellos estudiantes que tenían RTCA y niveles más altos de %GC. Para examinar si la asociación entre el RTCA y la DMO estaba mediada por el %GC, se realizaron modelos de regresión lineal con procedimientos de bootstrapping utilizando el macro PROCESS para SPSS (Preacher and Hayes). El %GC resultó ser un mediador parcial entre el RTCA y la DMO al 28,15% ($Z = 3,11$, $p = 0,002$).

Conclusiones/Recomendaciones: El %GC media la relación entre el RTCA y la DMO en adultos jóvenes. En general, el RTCA se asocia con mejores niveles de DMO cuando se acompaña de un exceso de grasa corporal.

280. CAPACIDAD CARDIORRESPIRATORIA Y PRESIÓN ARTERIAL EN ESCOLARES: OBESIDAD COMO MEDIADOR

D.P. Pozuelo Carrascosa, I. Caverro Redondo, C. Álvarez Bueno, M. Garrido Miguel, M. Martínez Andrés, B. Rodríguez Martín, A.J. Cerrillo Urbina, L. Ruiz Hidalgo, M.J. González López

Centro de Estudios Sociosanitarios (CESS); Universidad de Castilla-La Mancha.

Antecedentes/Objetivos: Tanto la obesidad como la presión arterial elevada son factores de riesgo cardiovascular que pueden continuar hasta la edad adulta. Una buena capacidad cardiorrespiratoria (CCR) se asocia con un menor riesgo cardiovascular; sin embargo todavía no está claro si la obesidad puede actuar como un confusor o

como una variable mediadora. Los objetivos de este estudio fueron: i) analizar la relación entre el índice de masa corporal (IMC), la CCR y la presión arterial, y ii) examinar si la obesidad se comporta como un mediador entre la CCR y la presión arterial en niños.

Métodos: Se diseñó un estudio transversal que incluyó 1.604 escolares de 4 a 7 años, pertenecientes a 21 colegios de las provincias de Cuenca y Ciudad Real, España. Se recogieron variables antropométricas (IMC, porcentaje de grasa corporal y perímetro de cintura), parámetros de presión arterial (presión arterial sistólica y diastólica) y condición física. Mediante coeficientes de correlación de Pearson se comprobó la relación entre las variables de composición corporal, CCR y presión arterial media (PAM). Las diferencias entre los parámetros de presión arterial según categorías de IMC y CCR, se testaron mediante análisis de covarianza, controlando por diferentes confusores. Finalmente, se llevó a cabo un análisis de mediación para examinar si el IMC media la relación entre la CCR y la PAM.

Resultados: El IMC, el porcentaje de grasa corporal y el perímetro de cintura se asociaron positivamente con la PAM y negativamente con la CCR ($p < 0,05$). Los valores de presión arterial fueron significativamente mayores en aquellos escolares que tenían exceso de peso y peor CCR. Además, el IMC resultó ser mediador total en la relación entre CCR y PAM en niños en un 62,28% ($z = -5,433$, $p = 0,001$) y mediador parcial en niñas en un 35,24% ($z = -5,246$, $p = 0,001$).

Conclusiones/Recomendaciones: Una buena CCR se asocia con menores cifras de presión arterial en escolares de 4 a 7 años de edad, especialmente cuando se acompaña con un menor IMC. El IMC es un mediador en la relación entre la CCR y PAM, por ello es importante del mantenimiento de un IMC saludable para la prevención de cifras elevadas de presión arterial en niños.

CO16. Violencia

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 1.3

Moderan: Diana Gil González y Silvia Jesús Silva Fraga

267. VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES Y SALUD MENTAL DE SUS HIJAS E HIJOS. ESTUDIO EN POBLACIÓN GENERAL

M. Sonogo, M. Pichiule, A. Gandarillas, C. Polo, M. Ordobás

Universidad de Trieste, Italia; Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid; Servicio de Salud Mental de Hortaliza, Hospital Ramón y Cajal.

Antecedentes/Objetivos: Los hijos y las hijas de las mujeres expuestas a la violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) pueden tener un mayor riesgo de problemas de salud mental. En España no hay estudios en la población general. Este trabajo pretende determinar si existe una asociación entre exposición a VPM y salud mental de las hijas y los hijos.

Métodos: Los datos proceden de la "Encuesta sobre VPM en la Comunidad de Madrid" de 2014. Las mujeres que cumplían con la definición de caso de VPM, basada en la Conflict Tactic Scale 1 y la Enquête Nacional sur les Violences envers les Femmes en France, contestaron al cuestionario SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) sobre la salud mental de uno/a de sus hijos/as entre 4 y 16 años elegido/a aleatoriamente. Se seleccionó entre las madres-hijos/as libres de VPM un grupo control de tamaño doble, de forma tal que la proporción de niños y niñas y de grupos de edad (4-7, 8-11 y 12-16)

fuera la misma que en el grupo expuesto. A través del análisis multi-variante, se calcularon razones de prevalencia (RP) expuestos/controles con intervalo de confianza al 95% (IC95%), para valorar si las hijas y los hijos de mujeres maltratadas tenían mayor probabilidad de tener una puntuación límite/anormal (indicativa de riesgo de problemas de salud mental) en el SDQ total y en cuatro sub-escalas (problemas emocionales, de relación con los/as pares, de conducta y de inatención/hiperactividad). Como variables de ajuste se incluyeron: nivel de estudios y país de origen de la madre, edad de los hijos/as.

Resultados: Se analizaron 209 diadas madre-hijo/a: 64 expuestas a la VPM y 145 libre de VPM. Después de ajustar por las variables confusoras, la exposición a la VPM se asoció con un SDQ límite/anormal con una RP de 3,6 (IC95% 1,2-10,3) en las niñas y de 2,4 (IC95% 1,1-5,1) en los niños. En las niñas, además, la exposición a la VPM se asoció significativamente con problemas de conducta (RP 2,9; IC95% 1,4-6,0) y de inatención/hiperactividad (RP 2,2; IC95% 1,1-4,7).

Conclusiones/Recomendaciones: La exposición a la VPM está asociada con un aumento del riesgo de problemas de salud mental en niños y niñas. Las niñas presentan además una asociación significativa con problemas de conducta y de inatención/hiperactividad. Este trabajo subraya la necesidad de explorar la salud mental de las hijas y los hijos de mujeres maltratadas. Refuerza además la recomendación de realizar estudios con datos desagregados por sexo.

377. VIOLENCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER NO BRASIL: ESTUDO DE CASOS E CONTROLES

L.P. García, E.C. Duarte, G.D. Silva, L.R. Freitas

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Universidade de Brasília; Ministério da Saúde do Brasil.

Antecedentes/Objetivos: A violência contra a mulher é um importante problema de saúde pública no Brasil. Este estudo teve como objetivo identificar fatores associados ao atendimento por violência doméstica e familiar entre vítimas do sexo feminino atendidas em serviços de urgência e emergência no Brasil.

Métodos: Trata-se de estudo de casos e controles com dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2011. Foram incluídos dados coletados em 69 serviços de urgência e emergência considerados de referência para atendimento de causas externas, localizados em 24 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Foram selecionadas mulheres com 18 anos ou mais de idade vítimas de violência doméstica e familiar (casos) em comparação com aquelas vítimas de acidentes (controles). As razões de odds ajustadas (RO) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados por regressão logística não condicional.

Resultados: Foram incluídos 623 casos e 10.120 controles. Quase a totalidade das vítimas sofreu violência física (97,4%) tendo como meios de agressão predominantes a força corporal/espancamento (60,7%), objeto perfurocortante (20,9%) e objeto contundente (11,9%). Entre os prováveis autores das agressões, predominaram companheiros ou ex-companheiros (51,5%) e indivíduos do sexo masculino (74,1%). O local mais frequente da ocorrência foi a residência (63,6%). Na análise ajustada, foram fatores associados à maior chance de atendimento por violência doméstica e familiar contra a mulher: idade jovem (18-29 anos), escolaridade de até 8 anos de estudo (OR 1,96; IC95% 1,62 a 2,37), não exercer atividade remunerada (OR 1,34; IC95% 1,12 a 1,61), consumo de bebida alcoólica (OR 4,49; IC95% 3,59 a 5,59); procura de atendimento em outro serviço (OR 1,28; IC95% 1,05 a 1,57), ocorrência em final de semana (OR 1,33; IC95% 1,10 a 1,59) e ocorrência durante a noite (OR 2,02; IC95% 1,57 a 2,61) ou madrugada (OR 2,82; IC95% 2,06 a 3,88), em comparação com a manhã.

Conclusiones/Recomendaciones: Entre as vítimas de violência doméstica e familiar, predominaram mulheres jovens e com pior situação socioeconômica. A violência doméstica e familiar teve o consumo de

bebida alcohólica como o fator mais fortemente associado. Os resultados indicam necessidade de adequação dos serviços de atendimento às vítimas, quanto ao preparo para o atendimento e períodos de funcionamento, de modo a garantir o acesso das vítimas aos serviços de saúde, seu acolhimento e a responsabilização por seu cuidado.

438. VIOLENCIA DOMÉSTICA DURANTE EL EMBARAZO: ACTITUDES DE LOS/AS MATRONAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

S. Amigó Naranjo, V. Escribà Agüir

Servei de Promoció de la Salut i Prevenció en les Etapes de la Vida, Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universidad de Valencia, Facultad de Enfermería y Podología, Departamento de Enfermería.

Antecedentes/Objetivos: La violencia de género (VG) durante el embarazo es un problema de salud pública emergente, tendente a crear consecuencias en la salud de la madre y el feto. Los/as matronas se encuentran en una posición privilegiada para la identificación, pero, son pocos los estudios a nivel internacional y nulos en España, los que valoran las actitudes que predisponen su futura intervención. Los objetivos fueron: describir las actitudes que presentan los/as matronas de la Comunidad Valenciana sobre VG y analizar qué características socio-profesionales predisponen actitudes desfavorables.

Métodos: Estudio transversal realizado sobre un muestreo por conveniencia cuya población fue de 134 matronas de la Comunidad Valenciana. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario auto-administrado vía on-line depositado en la web de la Direcció General de Salut Pública, cuya difusión fue realizada por la "Asociació de Comares de la Comunitat Valenciana" por medio de su página web y grupo de Facebook. Las variables respuestas fueron 25 actitudes (preguntas tipo Likert), mientras que las variables explicativas fueron 7 características socio-profesionales. Con el fin de agrupar las actitudes por dimension se constituyeron 5 factores de análisis por medio de un análisis factorial exploratorio (EFA), analizándose su CI calculando el coeficiente alfa de Cronbach. Se calculó las Odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: La prevalencia de los/as matronas que presentan actitudes desfavorables en torno a la capacidad de actuación ante un caso de VG durante el embarazo es de un 65%. El no disponer de una formación previa sobre VG condiciona la aparición de actitudes desfavorables en torno a la capacidad de actuar ante un caso de VG (OR = 3,769; IC95% = 1,66-8,54), el respeto de la autonomía de la víctima (OR = 2,3; IC95% = 1,11-4,77) y el uso y contacto de los recursos en la comunidad (OR = 5,1; IC95% = 2,3-11,3). Los/as matronas de atención primaria son los/as que tienen una mayor probabilidad en presentar actitudes favorables de sensibilización ante la problemática de la VG (OR = 0,43; IC95% = 0,190-0,99) así como hacer un mayor uso y contacto de los recursos disponibles en la comunidad (OR = 0,39; 2,3-11,26), siendo un factor protector.

Conclusiones/Recomendaciones: El no disponer de una formación previa sobre VG predispone a la aparición de actitudes desfavorables, mientras que el trabajar en atención primaria las reduce. La instauración de estrategias de formación en sanitarios y futuros profesionales podría reducir la prevalencia de estas actitudes.

700. CRIBADO DE VIOLENCIA DE PAREJA EN MUJERES JÓVENES

M. Pichiule, A. Gandarillas, M. Ordobás

Dirección General de Salud Pública, Servicio Madrileño de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) es elevada en población juvenil y a estas edades el teléfono

móvil y el correo electrónico pueden utilizarse como instrumentos para ejercer el control. El objetivo es analizar y comparar el comportamiento de dos cuestionarios en la detección de VPM en mujeres jóvenes.

Métodos: Los datos proceden de la encuesta poblacional de VPM de 2014 realizada a una muestra representativa de la Comunidad de Madrid. Se analiza la información de mujeres de 18 a 24 años. Como 'gold estándar' usamos la definición de VPM en los últimos 12 meses, violencia psicológica, física y sexual, según el cuestionario de 26 preguntas basado en el Conflict Tactic Scale 1 y la Enquête Nacional sur les Violences envers les Femmes. Como cuestionarios de cribado analizamos, por un lado la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) formado por dos preguntas con tres opciones de respuesta ('En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?: mucha, alguna o sin tensión' y 'Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: mucha, alguna o sin dificultad'), considerando caso a alguna respuesta extrema (mucha tensión o mucha dificultad). Por otro lado, un cuestionario propio de ciberacoso formado por dos preguntas ('Se sintió acosada/agobiada a través de mensajes de móvil o de correo electrónico' y 'se sintió agobiada debido a que su pareja o expareja le controlaba las llamadas o mensajes'), con 5 opciones de respuesta: nunca, rara vez, algunas veces, muchas veces, siempre. Se consideró caso cuando respondió a alguna de las dos preguntas: algunas veces, frecuentemente o siempre. Se calculó la prevalencia (P) con intervalos de confianza al 95% (IC) y los índices de validez: sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), razón de probabilidad positiva (RPP) y negativa (RPN) y eficiencia global de la prueba (Eff).

Resultados: Se analizaron 268 mujeres: el 34,7% estudiantes, se exploró la relación con pareja en 79,9% y con la expareja en el 20,1%. El 19,4% convivieron durante la relación. La P de VPM fue de 11,9% (IC: 8,0-15,8). La P según WAST fue del 14,2% (IC: 10,0-18,4) y los índices de validez: S: 43,8% (IC: 25,6-61,9); E: 89,8% (IC: 85,9-93,7); VPP: 36,8% (IC: 20,8-52,9); VPN: 92,2% (IC: 88,7-95,7); RPP: 4,30; RPN: 0,63 y Eff: 84,3% (IC: 79,9-88,7). Y según ciberacoso la P fue 7,8% (IC: 4,6-11,1), S: 62,5% (IC: 44,8-80,2); E: 99,6% (IC: 98,7-100,0); VPP: 95,2% (IC: 85,3-100,0); VPN: 95,1% (IC: 92,4-97,8); RPP: 147,5; RPN: 0,38 y Eff: 95,15% (IC: 92,5-97,7).

Conclusiones/Recomendaciones: El patrón de la VPM en población juvenil aconseja desarrollar instrumentos de cribado adaptados. El cuestionario propio de ciberacoso presentó mejores índices de validez que el WAST en la detección de VPM en mujeres jóvenes y podría valorarse su uso como cuestionario de cribado.

863. INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND SOCIAL SUPPORT: RESULTS FROM THE DOVE STUDY

N.G. Carneiro, D. Costa, J. Soares, E. Hatzidimitriadou, E. Ioannidi-Kapolou, J. Lindert, O. Sundin, O. Toth, H. Barros

EPIUNIT-Institute of Public Health, Porto, Portugal; Mid Sweden University; Faculty of Health and Social Care Sciences, Kingston University; St George's, University of London, UK; National School of Public Health Athens, Greece; University of Emden, Germany; Brandeis University, USA; Institute of Sociology, Hungarian Academy of Sciences, Hungary.

Antecedentes/Objetivos: Violent relationships can trigger a social isolation process, sometimes promoted as an abusive tactic control of the abuser, moreover it can inhibit the search for help to solve relational conflicts. Social support has positive effects on physical and mental health if people were involved in a violent environment. This study aims to evaluate the perception of social support and the occurrence of intimate partner violence among adults from six countries in Europe.

Métodos: Cross-sectional multicenter study including individuals from six European cities: Athens (Greece), Budapest (Hungary), Lon-

don (United Kingdom), Östersund (Sweden), Porto (Portugal) and Stuttgart (Germany). Data collection was carried out between September 2010 and May 2011, after approval of their Ethics Committees. 3,496 adults aged between 18 and 64 years were randomly selected from the general population of the eight European cities. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) was used to assess intimate partner violence. Social support was assessed by the Multidimensional Scale of Perceived Social Support Scale (MSPSS).

Resultados: The perception of social support was on average higher in women, younger, and those with university degree and who were married or cohabiting. London and Budapest presented higher social support mean scores, and Östersund and Stuttgart were the cities that had the lowest mean scores. It was observed that the perception of social support was on average (mean (standard deviation) lower in women who reported having been victims of psychological violence in the last 12 months (women: 70.12 (13.29) vs 71.97 (12.98), $p < 0.001$) compared with those who were not victims. This relationship was not statistically significant for men ((69.56 (12.32) vs 68.54 (15.16), $p = 0.565$)). Participants who reported having been victims of physical violence (women: mean = 66.10 (standard deviation = 13.96) vs 71.68 (12.90), $p < 0.001$; men: 67.14 (13.69) vs 69.52 (13.52), $p = 0.002$) and sexual violence (women: 69.11 (14.03) vs 71.31 (12.97), $p < 0.005$; men: 68.00 (13.29) vs 69.35 (13.62), $p = 0.021$) had significantly lower perception of social support compared with those who were not victims.

Conclusiones/Recomendaciones: Our results show that the experience of a violent relationship undermine the perception of social support. The identification of vulnerability factors may contribute to the planning of support and intervention strategies on the issue of violence.

Financiación: EU Commission [20081310]; FCT: UID/DTP/04750/2013; SFRH/BPD/97015/2013.

820. WOMEN, VIOLENCE AND CLIMATE CHANGE: DOES GENDER REALLY MATTER?

G. Ortiz-Barreda, M. Carrasco-Portiño, M.T. Ruiz-Cantero

MC Venues in Health, Gender and Social Justice Research Group, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway & Doctoral Program of Public Health, University CES, Colombia; Department of Obstetrics and Puericulture, Faculty of Medicine, University of Concepción, Concepción, Chile; Director of Public Health Research Group, University of Alicante, Spain, CIBERESP, COST Network genderSTE, European Union.

Antecedentes/Objetivos: Climate change (CC) causes severe natural disasters which have profound social and health effects on human life. Women and girls have been recognized as the most vulnerable due to social norms and gender constructs. Various studies have highlighted the gendered impacts of CC, but the problem of violence against women (VAW) has received little attention. For that reason the aim of this study was to explore the scientific literature regarding the relationship between climate change and violence against women.

Métodos: We conducted a scoping review. 4 databases were selected: Medline, Web of science, Science Direct and ProQuest. We developed 2 thematic filters: a) Filter about CC-direct/indirect effects: climate change, global warming, climate risk, climate hazard, climate impact, drought, flood, extreme weather, heatwaves, storms, hurricane, environmental hazards, water supply, water scarcity, water insecurity, food insecurity, food security; b) Filter related to VAW: Intimate Partner Violence, Violence against women, Domestic violence, Sexual abuse, Sexual violence, Sexual Harassment, Spouse Abuse, Battered women, Gender violence, Gender based violence, Exposure to violence. Only papers which explained the role of gender

norms in influencing the exposure of women/girls to violence episodes were selected.

Resultados: Of 121 studies identified, 10 studies were included to the final analysis. Mainly qualitative or mixed methods studies (8) addressed the gender vulnerability of women to Floods (5), Water scarcity (1) and others CC related-events (4). Low social economic and educational status, ethnicity, rurality, culture and gender were highlighted as factors which interfere with CC increasing the exposure of women to VAW. During the disaster and post-disaster, women and girls were exposure to all type of VAW-harassment, sexual assaults, Intimate partner violence, abductions- from their partners' y/o strangers.

Conclusiones/Recomendaciones: CC exacerbates gender inequalities increasing women's vulnerability to VAW. Gender norms interact with other factors that shape experiences of women. Women and girls faced difficult conditions during and after extreme weather events. Given the recent attention to this topic, future studies need to explore the association of these phenomena.

38. AVALIAÇÃO DAS AÇÕES RELACIONADAS À VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL

S.M. Carolina, F.M. Dinair, L.C. Elen Rose

UNESP.

Antecedentes/Objetivos: A violência é um complexo fenômeno social com impacto significativo na saúde dos indivíduos, devido aos casos de morbimortalidade. Um dos principais desafios para os serviços de saúde brasileiro é a prevenção e detecção precoce já no primeiro nível de atenção. Diante do exposto se faz necessário avaliar o desempenho de serviços de atenção primária a saúde nas ações de enfrentamento à situações de violência.

Métodos: Trata-se de um estudo de avaliação de serviços de saúde, focada nas práticas relacionadas à violência, desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) de uma região do Estado de São Paulo, Brasil. A avaliação dos serviços e análise dos resultados estão sendo realizadas a partir da eleição e a categorização de questões do Questionário de Avaliação da Atenção Básica – QualiAB, nas respostas dos serviços às questões escolhidas e dados secundários de características dos municípios e da rede local ou regional instalada. Os critérios adotados para a seleção de questões são: prevenção, detecção, assistência à violência e intersetorialidade.

Resultados: Participaram da pesquisa 163 serviços de 41 municípios. A análise preliminar aponta, em relação à intersetorialidade, que 97,5% dos serviços de saúde possuem serviço de apoio, entretanto este se mostrou concentrado no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS (91,4%). Sobre a prevenção, nas ações de educação em saúde 19% dos serviços de saúde incluíram a temática da violência nas atividades expandidas para a comunidade, e 20,2% nas atividades realizadas no próprio serviço de saúde. Na detecção da violência, a principal estratégia compreendeu identificação de sintomas, queixas físicas e psicológicas, onde: crianças e adolescentes em 71,2% dos serviços de saúde, mulheres 62%, e idosos 66,26%. Referente à assistência à situações de violência, as ações envolveram a identificação e acompanhamento de casos de violência doméstica e sexual como estratégia central (37,4% crianças, 19,6% adolescentes, 33,7% mulheres 25,8% adultos). Com relação à saúde do homem, foco no uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas (44,2%). Encaminhamento a serviços de referência foi a conduta adotada pela maioria dos serviços de saúde (mulheres 36,8%, crianças e adolescentes 78,5%, idosos 62,6%).

Conclusiones/Recomendaciones: Apesar da importância da atenção primária nas ações relacionadas a violência, os dados apontam para fragilidade na rede intersetorial, pouca diversidade tanto de temas voltados a violência nas ações de educação em saúde, quanto de estratégias para detecção de violência, concentrando-se na identi-

ficação de sintomas e queixas e no encaminhamento para serviços de referência em casos identificados.

207. NOTIFICACIONES DE MALTRATO INFANTIL EN LA COMUNITAT VALENCIANA Y COMPARACIÓN CON OTRAS CCAA

L.R. Ciancotti Oliver, M.L. Carpio Gesta, M.J. Redondo Gallego, C. Martín García, J.A. Lluch Rodrigo

Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en las Etapas de la Vida, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Aunque hay un Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) aún no tenemos datos comparables en España. En la Comunitat Valenciana (CV) se utiliza la Hoja de Notificación (HN) del ámbito sanitario desde 2006 para solicitar la intervención a otros profesionales de cualquier ámbito. Los objetivos son describir el perfil del maltrato infantil (MI) notificado desde el ámbito sanitario en la CV y compararlo con los perfiles de otras CCAA.

Métodos: Análisis descriptivo de las notificaciones de MI realizadas en la CV en 2010-2014. Selección y clasificación de los indicadores con los criterios del RUMI y comparación de proporciones según tipo de maltrato, sexo y grupos de edad entre nuestra HN (2010-2014) y los resultados enviados al RUMI por 2 CCAA: Registro de casos de MI de la Región de Murcia (ámbito sanitario, 2003-2014) y Sistema de Información sobre MI de Andalucía "SIMIA", (todos los ámbitos, 2014).

Resultados: En la CV se han realizado 3.383 notificaciones de MI, predominantemente en niñas (57%) y en menores de 5 años (43,5%). Los indicadores más frecuentes son los de tipo familiar (61,51%), físicos (20,50%), comportamentales (10,24%) y abuso sexual (4,45%). Al seleccionar los indicadores incluidos en el RUMI, las notificaciones descienden a 1781. Se evidencia predominio de niñas en las 3 CCAA comparadas, con proporción significativamente mayor en la CV (56,4%) respecto a Andalucía (50,24%). El 50% de las notificaciones ocurren en niños pequeños (0-6 años) en Murcia y en la CV, en cambio, en Andalucía solo el 30% son menores de 6 años. Hay un número significativamente menor de notificaciones en adolescentes en Murcia respecto a la CV y a Andalucía. La tipología de MI en la CV presenta diferencias significativas con las otras 2 CCAA ($p < 0,001$). Entre CV y Murcia, hay diferencias significativas en todas las tipologías, con mayor proporción en la CV de maltrato físico, emocional y negligencia y menor proporción de abuso sexual. En la CV hay mayor proporción de notificaciones por maltrato físico y abuso sexual respecto a Andalucía, y menor proporción de maltrato emocional, sin diferencias significativas en negligencia.

Conclusiones/Recomendaciones: El perfil de notificaciones de MI es diferente en la estructura de edades y en la tipología de indicadores, influyendo los ámbitos de notificación y el diferente papel de las HN en las CCAA para la comunicación y abordaje del MI. La HN de la CV es más sensible al incorporar indicadores familiares sobre condiciones y determinantes sociales de riesgo de MI, impulsando la promoción del buen trato y la prevención e intervención precoz en los servicios sanitarios.

412. LAS ARMAS DE FUEGO Y SU IMPACTO EN LA ESPERANZA DE VIDA: UNA COMPARACIÓN ENTRE MÉXICO Y ESPAÑA

G.J. González-Pérez, M.G. Vega-López, M.E. Flores-Villavicencio, M.A. Valle-Barbosa, A. Muñoz

Universidad de Guadalajara, México.

Antecedentes/Objetivos: Ni en México ni en España existen estudios que, desde una perspectiva epidemiológica, aborden la mortali-

dad por armas de fuego (AF) y su relación con la esperanza de vida (EV). Este estudio busca determinar el impacto de la mortalidad por AF en la EV de México y España entre los trienios 2000-02 y 2010-12, compararlo con otras causas e identificar la participación de los diferentes grupos etarios en la pérdida de años de EV por esta causa.

Métodos: Este es un estudio observacional, de carácter transversal y descriptivo, basado en fuentes oficiales de información. La mortalidad por AF se clasificó en base a la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades: accidentes por AF (W32-W34), suicidios por AF (X72-X74), homicidios por AF (X93-X95) y eventos de intención no determinada por AF (Y22-Y24, Y35.0). Se construyeron tablas de vida por sexo para los trienios analizados y mediante el método de Arriaga se calcularon tanto la esperanza de vida temporaria (EVT) entre los 15 y 75 años como los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) entre ambas edades debido a la mortalidad por AF, comparándolos con los AEVP por algunas de las principales causas de muerte de ambos países: diabetes mellitus, tumores malignos, accidentes de tráfico y enfermedades isquémicas del corazón.

Resultados: En México, la EVT femenina se incrementó 0,16 años entre 2000-02 y 2010-12, la de los hombres se redujo 0,5 años. En ambos casos, los AEVP debidos a la mortalidad por AF se incrementaron relativamente más que los AEVP por cualquiera de las otras causas estudiadas. Los AEVP por AF en el sexo masculino en 2010-12 (0,85) fueron más que los AEVP por cualquier otra causa estudiada y representaron el 12% del total de AEVP. En España, la EVT femenina aumentó 0,41 años entre ambos trienios, la de los hombres creció 1,29 años. En ambos sexos, los AEVP debidos a la mortalidad por AF se redujeron sustancialmente. Los AEVP por AF en hombres y mujeres en 2010-12 fueron menores que los AEVP por cualquier otra causa estudiada y representaron menos del 1% del total de AEVP en ambos casos. En México se incrementaron los AEVP por AF entre los 20 y 34 años en ambos sexos, en España las cifras disminuyeron.

Conclusiones/Recomendaciones: El impacto de la mortalidad por AF en la EV de España y México es diametralmente opuesto: en España, la reducción de la mortalidad por AF ha contribuido al aumento de la EV en hombres y mujeres; en México, por el contrario, su incremento ha sido factor para la disminución de la EV masculina y la ralentización del aumento de la EV femenina, por lo que es necesario -entre otros aspectos- diseñar políticas preventivas que ayuden a disminuir la mortalidad por AF, en especial en las edades más jóvenes y generar un debate que analice la legislación vigente sobre el uso y posesión de AF en el país.

905. MORTES VIOLENTAS DE JOVENS EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA: UMA TRAGÉDIA HUMANA E SOCIAL

E.R. Souza, A.P. Ribeiro, C.A. Sousa, K. Njaine

Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil.

Antecedentes/Objetivos: O homicídio, morte causada por violência interpessoal, atinge preferencialmente os jovens de 15 a 29 anos, do sexo masculino, em todo o mundo. Entre os países de renda média e baixa, a região das Américas encontra as maiores taxas de mortalidade por essa causa. O presente trabalho analisa o perfil epidemiológico dos homicídios de jovens em quatro países da América Latina.

Métodos: Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo da mortalidade da população por homicídios em países da América Latina (Argentina, Brasil, México e Venezuela) de 1990 a 2010. Analisaram-se óbitos por agressões, codificados nas 9ª e 10ª revisões da CID, incluindo as variáveis sexo, faixa etária e meio usado na agressão. Apresentam-se números, proporções e taxas ajustadas de mortalidade por homicídios.

Resultados: No período estudado, morreram 683.622 jovens por homicídio nos quatro países, sendo 70,4% no Brasil, 16,6% no México,

COMUNICAÇÃO RETIRADA

10,7% na Venezuela e 2,3% na Argentina. Os homens jovens foram as vítimas preferenciais (92%), assim como o grupo de 20 a 24 anos de idade (39,8%). Considerando o ano inicial e o final da série histórica, as taxas padronizadas de homicídio entre jovens sofreram acréscimos importantes em três desses países, passando de 41,6 em 1990 para 54,4/100 mil habitantes no Brasil, de 22,4 para 33,8/100 mil habitantes no México, de 27,0 para 72,2/100 mil na Venezuela. Na Argentina essas taxas permanecieron em patamares semelhantes no início e no final da série: 7,2 em 1990 e 7,7/100 mil em 2010. A arma de fogo foi o meio mais usado para perpetrar a agressão que resultou na morte dos jovens em todos os anos estudados: em 2010, 73,8% das mortes no Brasil, 49,9% na Argentina, 77,7% no México e 91,3% na Venezuela.

Conclusiones/Recomendaciones: As taxas de homicídio entre jovens encontradas em três dos quatro países estudados são muito mais elevadas que a taxa global, que em 2012 foi de 18,9/100 mil; assim como os percentuais de morte provocadas por arma de fogo (48% no mundo) (OMS, 2014). Vale ressaltar que as taxas de homicídio mundiais para a população geral vêm apresentando tendência decrescente ao longo das últimas décadas, mas entre os jovens essa tendência é crescente, como se observa nos quatro países da América Latina, aqui apresentados. A multicausalidade desses homicídios revela a necessidade de um olhar sistêmico no planejamento e implementação de ações de prevenção dessa tragédia humana e social. A concentração de pessoas nas periferias sem infraestrutura, a imagem negativa da juventude reforçada pela mídia, a fragilidade e o desamparo familiar, a ausência de equipamentos sociais, o tráfico de drogas e circulação de armas, as gangues de jovens, os conflitos com a polícia e o sentimento de impunidade são questões que podem ter influência direta na vida e na morte desses jovens.

CO17. Calidad de vida relacionada con la salud

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 1.4

Moderador: Itziar Vergara Mitxelorena

442. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

L. Cortés, S. Schmidt, M. Ferrer, A. Pont, O. Garin

Departamento de Investigación en Servicios de Salud, Instituto del Hospital del Mar de Investigaciones Médicas; Deutsche Gesellschaft für Urologie e V.

Antecedentes/Objetivos: Las nuevas modalidades quirúrgicas y de radioterapia como cirugía robótica o radioterapia de intensidad modulada (IMRT) se han empezado aplicar con todavía evidencia limitada de sus teóricas ventajas. El objetivo de este estudio es describir la evolución de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con cáncer de próstata localizado durante el primer año después del diagnóstico, y comparar diferentes modalidades de tratamiento.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo multicéntrico, realizado en el Departamento de Urología de 7 hospitales (5 comunidades autónomas). Se incluyeron 315 pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de próstata localizado (octubre 2010 - septiembre 2011). Se registraron variables sociodemográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas. La evaluación de CVRS se realizó después del diagnóstico, a los 6 y 12 meses de seguimiento, mediante autoadministración del SF-36 y el Expanded Prostate Index Composite (EPIC). Para el análisis

de datos se utilizó estadística descriptiva, y T test de datos apareados para comparar la evaluación basal con la de seguimiento en cada grupo de tratamiento.

Resultados: La edad media fue 67 años (DE = 7,1), 62% tenían estudios de primaria o secundaria, y 54% no tenían comorbilidades. A los 12 meses de seguimiento, independientemente del tratamiento aplicado se observó estabilidad en componentes sumarios del SF-36, excepto un deterioro de -5,5 puntos ($p < 0,001$) en el componente físico del grupo tratado con radioterapia externa. En los 172 pacientes operados, el tratamiento inicial fue cirugía laparoscópica (46,8%), retropúbica (35,4%), robótica (8,2%), y otras (9,6%). Estas tres modalidades presentaron similares efectos secundarios de incontinencia urinaria y disfunción sexual (-8,5, $p = 0,003$ y -21,7, $p < 0,001$ puntos EPIC, respectivamente). Los 101 pacientes de radioterapia, se trataron con braquiterapia (46,4%), 3D-conformacional (45,2%), o IMRT (8,4%). De estas modalidades, la 3D-conformacional y la IMRT mostraron similares efectos secundarios intestinales y sexuales (-5,4, $p = 0,051$ y -19,0, $p < 0,001$ puntos EPIC, respectivamente), mientras que la braquiterapia no presentó deterioro en ninguno de los dominios ($p > 0,05$).

Conclusiones/Recomendaciones: Nuestro estudio no apoya los mejores resultados esperados en CVRS para la cirugía robótica y la IMRT respecto a las modalidades tradicionales. El tratamiento con braquiterapia es el que mostró mejores resultados en CVRS. Estos resultados pueden ayudar a la toma de decisiones por parte de los pacientes, profesionales de la salud y planificadores sanitarios.

Financiación: Instituto Carlos III. PS09/01204/PS09/01619/PS09/02139/PS09/02555. CIBERESP.

625. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

M. Ávila, L. Patel, S. López, O. Garin, A. Pont, M. Ferrer

IMIM; CIBERESP; UPF; James Cook University; UAB.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de próstata es el más común en hombres en Europa y en la mayoría de casos se diagnostica en estadios localizados. Su tratamiento incluye diferentes técnicas quirúrgicas o radioterápicas con altas tasas de supervivencia, pero sus efectos secundarios pueden afectar considerablemente la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El objetivo de este trabajo fue sintetizar la evidencia disponible sobre el impacto que tienen los tratamientos primarios del cáncer de próstata localizado en la CVRS de estos pacientes.

Métodos: El protocolo se registró en PROSPERO (CRD42015019747). Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados entre 2005-2015 en MEDLINE sobre la CVRS en pacientes con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo-intermedio. Dos investigadores realizaron la revisión de títulos, resúmenes y artículos completos, y un tercero resolvió las discrepancias. Criterios de inclusión: estudios observacionales longitudinales y ensayos clínicos (con al menos 1 año de seguimiento), midiendo la CVRS antes y después de algún tratamiento primario con intención curativa. Para sintetizar la evidencia encontrada se realizaron meta-análisis de las medias del cambio en las puntuaciones de CVRS estandarizadas (pre-post intervención/desviación estándar (DE)): grande $> 0,8$ DE; moderado 0,5-0,8 DE; y pequeño 0,2-0,5 DE. La heterogeneidad fue evaluada con los estadísticos Q e I².

Resultados: De los 3.722 artículos identificados, se revisaron 1.899 resúmenes y 380 artículos a texto completo, 101 cumplieron los criterios de inclusión y 49 contenían información para el meta-análisis: 32 cohortes de prostatectomía radical, 14 de radioterapia externa, 18 de braquiterapia, 6 de radioterapia estereotáctica corporal y 3 de protonterapia. Los meta-análisis del año post-intervención mostraron: para la cirugía un deterioro grande en la dimensión sexual (-1,32 IC95% = -1,55; -1,10) e incontinencia (-1,12 IC95% = -1,35; -0,90); para la radioterapia externa deterioro moderado intestinal (-0,57 IC95% =

-0,81; -0,32) y sexual pequeño; para la protón-terapia deterioro grande intestinal (-1,01 IC95% = -1,16; -0,87) y moderados síntomas urinarios irritativos-obstrutivos (-0,52 IC95% = -0,65; -0,38); para la braquiterapia moderada incontinencia (-0,64 IC95% = -0,84; -0,43) y pequeños deterioros intestinales, sexuales e irritativos-obstrutivos; y para la estereostática deterioro pequeño en varias dimensiones.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados muestran un patrón característico de efectos secundarios, distintivos de tratamiento. La moderada heterogeneidad en la mayoría de meta-análisis sugiere que no hay variaciones importantes por modalidad dentro de cada grupo de tratamiento, aunque deberá confirmarse mediante meta-análisis por subgrupos.

Financiación: PI13/00412; PI1/00412; AGAUR 2014 SGR 748.

453. PREDICTORES DE CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA. REVISIÓN Y METAANÁLISIS

A. Rivera Sequeiros, M.R. Trenado Rodríguez, A. Gómez Vázquez, M.V. Ruiz Romero

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Antecedentes/Objetivos: La identificación de predictores de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) específicos para la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) nos permitiría adaptar intervenciones específicas para recuperar su estado de bienestar. Nos planteamos revisar sistemáticamente los determinantes de CVRS en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal diferenciando por patologías.

Métodos: Se empleó el método Prisma para la revisión sistemática. La búsqueda se realizó en WOS, PubMed, Scopus, CINAHL y Cochrane Library hasta abril del 2015, sobre factores socio-demográficos, clínicos, psicológicos, relacionados con el tratamiento y sociales, asociados significativamente con la CVRS ($p < 0,05$). La calidad metodológica de los artículos seleccionados se evaluó individualmente según la escala "MinCir Pr". Además se realizó un meta-análisis para cuantificar la correlación entre la actividad clínica y la CVRS.

Resultados: Se incluyeron finalmente 60 artículos de los 1.534 identificados. La mayoría de los estudios fueron transversales, con moderada-alta calidad metodológica. Además de la actividad clínica, la ausencia de apoyo social, la depresión, la ansiedad, ser mujer, fumar y menor de 45 años contribuyeron al empeoramiento de la CVRS, sobre todo en la EC. Los determinantes para la CU son clínicos y psicológicos fundamentalmente. Los corticoides actúan como variables confusoras del tratamiento. El coeficiente de correlación entre la actividad clínica y la CVRS fue de -0,68 (IC95%: -0,58 a -0,76).

Conclusiones/Recomendaciones: La actividad clínica contribuye solamente en un 46% al deterioro de la CVRS en la EII, señalando la existencia de otros determinantes clínicos, psicológicos y sociales que afectan a la CVRS y que además son potencialmente modificables. Los más frecuentes son las recaídas en el último año, las manifestaciones extraintestinales, la depresión, la falta de apoyo social y familiar. La actuación enfermera debe enfocarse en la valoración y modificación de los predictores psicológicos y sociales en la EC y de los predictores clínicos y psicológicos en la CU.

269. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES GESTANTES EN RIESGO DE EXCLUSIÓN

J.M. Vázquez Lago, M.J. Lozano Lorenzo, M.J. Vilela Ferro

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; Complejo Hospitalario de Pontevedra; Freelance.

Antecedentes/Objetivos: Las mujeres embarazadas en riesgo de exclusión social son uno de los colectivos de mayor vulnerabilidad. Esta

condición repercute negativamente en su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Es importante implantar intervenciones con abordaje multidisciplinar para mejorar su CVRS. Nos proponemos analizar si la intervención multidisciplinar diseñada incrementa los resultados de la CVRS de las mujeres gestantes en riesgo de exclusión social, qué dimensiones de la CVRS presentan mayor mejoría y si esa mejoría se mantiene su efecto en el tiempo.

Métodos: Estudio antes-después de dos años seguimiento de una cohorte de mujeres embarazadas en situación de riesgo social. La intervención multidisciplinar se realizó de forma protocolizada; incidiendo en la capacitación de las mujeres para lograr mayor autonomía e integración comunitaria y mejorar así su relación con el sistema sanitario. La CVRS fue estimada mediante el cuestionario SF-12 en tres cortes temporales: (1) antes de la intervención psicosocial, (2) al cabo de 2 meses después de la misma, y (3) 2 años después. El SF-12 valora 8 dimensiones de la CVRS: función física-rol físico-dolor corporal (componente sumario físico-CSF); salud general; vitalidad; función social-rol emocional-salud mental (componente sumario mental-CSM). Se realizó un análisis antes-después para conocer los cambios en la CVRS.

Resultados: Completaron el estudio 29 mujeres con factores de riesgo de exclusión social. Media de edad $29,45 \pm 7,59$ años. La salud física percibida (CSF) de su CVRS asciende de $39,77 \pm 8,45$ antes de la intervención a $48,98 \pm 7,48$ dos meses después de la intervención ($p < 0,01$). La salud mental percibida (CSM) de su CVRS asciende de $39,47 \pm 10,8$ a $47,98 \pm 9,2$ ($p < 0,01$), respectivamente. Comparando el CSF y el CSM a los 2 meses de la intervención y a los 2 años de la misma, se observa que el CSF pasa de $48,98 \pm 7,48$ a $46,83 \pm 8,51$ ($p = 0,1$) y el CSM pasa de $47,98 \pm 9,2$ a $45,46 \pm 9,1$ ($p = 0,3$).

Conclusiones/Recomendaciones: La intervención psicosocial presenta efectos positivos y beneficiosos en la población estudiada. Existen grandes cambios en las puntuaciones de los CSF y CSM de la CVRS antes y dos meses después de la intervención, y ese efecto se mantiene en el tiempo. La intervención mejora por lo tanto la CVRS y alivia la situación social en la que se encuentran estas mujeres. La intervención ayuda a las mujeres en situación de riesgo a realizar cambios en sí mismas e incrementa su empoderamiento posibilitándoles tomar las mejores decisiones en torno a su vida y su salud.

781. QUALITY OF LIFE OF MOTHERS AND FATHERS 4-6 MONTHS AFTER BIRTH: THE EFFECT OF A VERY PRETERM DELIVERY

E. Alves, M. Amorim, M. Kelly-Irving, S. Silva

EPIUnit (UID/DTP/04750/2013), Institute of Public Health, University of Porto; University of Porto Medical School, Portugal; INSERM; Université Toulouse, France.

Antecedentes/Objetivos: The occurrence of a very preterm delivery, before the 32 weeks of gestation, constitutes a disruptive life event. Such events may have repercussions on parental quality of life (QoL), with families reporting poorer family functioning and higher family burden, 2 years after birth, compared to families of term born infants. Therefore, we intended to assess the effect of a very preterm delivery on gender-specific perception of QoL.

Métodos: A total of 58 mothers and 52 fathers of very preterm infants, hospitalized at birth in a level III NICU located in Northern Health Region of Portugal (November 2013–December 2014), and 108 mothers and 96 fathers of never hospitalized term infants (February 2015–June 2015) participated in this study, 4 to 6 months after delivery. Data on sociodemographic and reproductive characteristics, anxiety, depression, and QoL were collected through structured questionnaires. The Portuguese version of the World Health Organization Quality of Life – BREF Inventory was applied, which includes a facet of overall QoL and 4 domains (physical, psychological, social re-

relationships and environment). Scores were transformed to reflect a 0 to 100 scale. Linear regression models, stratified by gender, were adjusted for the variables significantly associated with QoL.

Resultados: The mean (SD) of overall QoL ranged between 72.0 (13.8) among mothers of term infants and 73.9 (12.7) among mothers of very preterm infants. The highest scores were observed in the physical and psychological dimensions. The perception of QoL was not significantly different by gender, although parents of very preterm infants tended to classify their QoL better than parents of term infants. After adjustment for subjective social class and anxiety, having a very preterm delivery was not significantly associated with any domain of QoL, among mothers. An increase in the social relationships domain was observed among fathers with a very preterm infant, after adjustment for education and anxiety ($\beta = 5.64$; 95%CI: 0.45 to 10.84).

Conclusiones/Recomendaciones: Fathers of very preterm infants had a better perception of their QoL regarding the social relationships than father of never hospitalised term infants. No differences were observed on the evaluation of QoL between the two groups of mothers. Research focused on how parents of very preterm infants enact coping strategies is needed to understand the unexpected effects of a very preterm delivery on parents' perceptions of QoL.

Financiación: FCOMP-01-0124-FEDER-019902; SFRH/BPD/103562/2014; PD/BD/105830/2014; IF/00956/2013.

147. PREDICTORES DE LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CORONARIOS

A. Salazar, M. Dueñas, H. de Sola, I. Failde

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Cádiz; CUE Salus Infirmerum, Universidad de Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es un indicador importante de efectividad del tratamiento y de evolución clínica en pacientes coronarios (PC). El objetivo es identificar los factores asociados a la evolución de la CVRS en PC.

Métodos: Estudio observacional prospectivo (basal, 3 y 6 meses) en el que participaron 250 pacientes con diagnóstico confirmado de infarto agudo de miocardio o angina inestable procedentes de dos hospitales universitarios de la provincia de Cádiz. Además de los datos sociodemográficos, al inicio del estudio se recogió el diagnóstico, hipertensión, colesterol, diabetes, episodio de angina, antecedente de cardiopatía y realización de actividades físicas cardiovasculares (AFC). La salud mental (GHQ-28) y la CVRS (SF-36) se midieron a lo largo del seguimiento. Se analizaron las 8 dimensiones del cuestionario SF-36, y las dos componentes resumen: componente física (PCS) y componente mental (MCS). Se realizó un análisis descriptivo, se usó el test de Friedman y la eta-cuadrado parcial para analizar los cambios en las puntuaciones durante el seguimiento. Se utilizaron modelos GEE ponderados para identificar los predictores de la evolución de la CVRS.

Resultados: Todas las dimensiones del SF-36 mejoraron durante el seguimiento, salvo la función física. En la evolución se observó que, a mayor edad, menor vitalidad ($B = -0.3$) y dolor corporal ($B = -0.5$). Las mujeres tuvieron de media 23,9 puntos menos en el rol emocional y 7 menos en MCS. Ser viudo afectó negativamente a la función física ($B = -23.2$) y a la función social ($B = -29.8$), y estar soltero/separado afectó negativamente a la salud mental ($B = -23.3$), salud general ($B = -14.5$) y función social ($B = -14.1$), respecto a los casados. Tener antecedentes coronarios predijo una peor función física ($B = -12.5$) y peor PCS ($B = -5.2$), mientras que la hipertensión afectó negativamente a la vitalidad ($B = -8.9$) y al rol físico ($B = -19.8$). Por otra parte, la realización de AFC dio lugar a una mejora en la función física ($B = 13.9$). Finalmente, la puntuación GHQ-28 tuvo un impacto negativo en la mayoría de las dimensiones del SF-36, implicando peor función física ($B = -3$), rol fi-

sico ($B = -2.8$), dolor corporal ($B = -3.1$), vitalidad ($B = -3.8$), función social ($B = -2.6$) y PCS ($B = -1.2$).

Conclusiones/Recomendaciones: La CVRS mejora con el tiempo, y los cambios dependen de distintos factores según la dimensión considerada. Con el fin de mejorar la CVRS en pacientes coronarios, sería necesario un enfoque global, incluyendo la identificación y el tratamiento de posibles problemas relacionados con la salud mental.

478. SOBRESFUERZO, APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS DEPENDIENTES

C. Bernabéu Álvarez, I. Domínguez Sánchez, M. Lima Serrano, J.S. Lima Rodríguez

Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad o dependencia de un miembro de la unidad familiar forma parte de la vida familiar, produciendo cambios estructurales, procesuales y emocionales. El 88% del tiempo total dedicado al cuidado se provee en el ámbito doméstico, siendo asumido generalmente por una sola persona, casi siempre una mujer, que dedica, en la mayoría de los casos, las 24 horas del día al cuidado. El cuidador, poco a poco, va descuidando sus necesidades para ocuparse del enfermo, pudiendo poner en peligro su salud física, psíquica (riesgo de ansiedad y de trastornos depresivos) y social (aumento del aislamiento) por la gran dedicación al cuidado. Se propuso conocer la sobrecarga, el apoyo social y la calidad de vida de cuidadores familiares de personas dependientes de las provincias de Sevilla, Huelva y Cádiz.

Métodos: Estudio piloto, observacional descriptivo transversal sobre 18 cuidadores mayores de edad y que cuidan a un familiar dependiente. Se midió el Índice de esfuerzo del cuidador (IEC), el apoyo social percibido (Cuestionario MOS), la calidad de vida relacionada con la salud (EuroQol-5D) y el nivel de dependencia del receptor de los cuidados (Índice de Barthel). Se realizó análisis descriptivo de los datos, se estudiaron las relaciones entre el IEC con el apoyo social y calidad de vida del cuidador y dependencia del receptor de cuidados. Se pidió consentimiento informado y autorización al Comité Ético de Investigación.

Resultados: El 89% de los cuidadores presentó sobreesfuerzo del cuidador. El 22% percibía escaso apoyo social. El 50% presentó baja calidad de vida relacionada con la salud, con valores inferiores a 50 sobre 100. Respecto al nivel de dependencia del receptor de los cuidados, el 33% presentaba dependencia total, el 50% grave y el 17% moderada. Los cuidadores que presentaron mayor nivel de sobreesfuerzo eran los que contaban con menor apoyo social, peor calidad de vida percibida y que cuidaban a personas con mayor nivel de dependencia.

Conclusiones/Recomendaciones: La mayoría de los cuidadores atienden a personas con un alto nivel de dependencia, soportan un elevado sobreesfuerzo, perciben baja calidad de vida relacionada con la salud y un bajo apoyo social, que podría mejorar integrándolas en Grupos de Ayuda Mutua para cuidadores. Este estudio es el inicio de otro, longitudinal y controlado, que estudia el efecto sobre los cuidadores de la pertenencia a dichos grupos de ayuda mutua.

959. ESTRUTURA DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇAS NEUROLÓGICAS E METABÓLICAS: ANÁLISE MULTIGRUPPO

E. Vilhena, J.L. Pais Ribeiro, L. Pedro, I. Silva, R. Meneses, H. Cardoso, A. Martins da Silva, D. Mendonça

IPCA, Escola Superior de Tecnologia, Barcelos; EPIUnit-ISPUP, Universidade do Porto; FPCE, Universidade do Porto; UIIPES, Lisboa; ESTESL, IP, Lisboa; Universidade Fernando Pessoa; UMIB/ICBAS e Hospital Santo António/CHP; ICBAS, Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: A qualidade de vida (QdV) é construto transversal que contribui para o bem-estar do indivíduo e para o ajustamento a uma doença. Indica o nível das condições básicas e suplementares do indivíduo envolvendo o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional. A identificação dos indicadores da QdV pode ajudar a determinar a eficácia comparativa dos diferentes tratamentos e avaliar o seu impacto sobre a vida quotidiana dos doentes. O objetivo do presente estudo é, usando análise multigrupo, avaliar a invariância estrutural da qualidade de vida, composta por três fatores (bem-estar geral, saúde física e saúde mental) de indivíduos portadores de doenças neurológicas e metabólicas.

Métodos: Estudo transversal, no qual foi avaliada uma amostra de 365 doentes neurológicos e 199 metabólicos, voluntários, recrutados nos principais hospitais de Portugal. Os doentes foram avaliados em consulta tendo como critérios de inclusão: (1) diagnóstico de doença metabólica ou neurológica, (2) idade superior ou igual a 17 anos, (3) nível educacional de 6 ou mais anos, (4) ter vida estável com doença controlada; (5) sem perturbações cognitivas. Os participantes responderam a um questionário autorresposta, estruturado, que incluía um conjunto de variáveis sociodemográficas, assim como variáveis da QdV. Foi utilizada a dimensão “bem-estar geral” (BEG) resultante do projeto IQOLA, no qual foi encontrado um fator de segunda ordem, com três componentes do SF-36 [BEG, saúde física (SF) e saúde mental (SM)].

Resultados: Primeiro, os modelos foram ajustados individualmente para cada um dos grupos com base no Lagrange Multiple Test. Os resultados encontrados indicaram um bom ajustamento dos mesmos: CFI = 0,97, RMSEA = 0,08; CFI = 0,98 e RMSEA = 0,074, para o grupo dos doentes neurológicos e metabólicos, respetivamente. Aplicou-se Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (para os grupos independentes), com restrições de igualdade entre os grupos, de forma testar a invariância dos modelos de medida e estrutural, para a estrutura da QdV. Os valores dos índices de ajustamento encontrados sugerem que os modelos se ajustam bem aos dados (modelo de medida, CFI = 0,972, RMSEA = 0,055; modelo estrutural, CFI = 0,97, RMSEA = 0,055).

Conclusiones/Recomendaciones: Concluiu-se que a estrutura da QdV está bem representada pelos três fatores e que existe invariância estrutural entre os grupos em estudo. Trata-se assim de um construto bem desenhado, mostrando-se adequado a diferentes patologias, sendo bem demonstrada as suas propriedades de medida, reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a alterações.

496. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD FAMILIAR (AESFA5)

J.S. Lima-Rodríguez, I. Domínguez-Sánchez, N. Jiménez-Picón, M. Lima-Serrano

Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: La salud familia puede definirse como un proceso dinámico relacionado con la capacidad de la familia para contribuir al desarrollo de sus miembros, mediante la satisfacción de sus necesidades y la adaptación a los acontecimientos vitales estresantes que se le presenten a lo largo de su ciclo vital. Para hacer operativo el concepto consideramos la existencia de cinco dimensiones fundamentales en la salud familiar como son el clima, la integridad, el funcionamiento, la resistencia y el afrontamiento, familiar. Existen diferentes escala para medir distintos aspectos relacionados con la familia, pero ninguna aborda estas cinco dimensiones. Por ello nos propusimos desarrollar la escala de autopercepción del estado de salud familiar.

Métodos: Estudio instrumental, sobre 425 familias para la validación instrumento clinimétrico. Se validó el contenido, mediante panel de expertos, se realizaron análisis factorial, exploratorio, se estudió

de la consistencia interna, validez de criterio concurrente con el test APGAR familiar y la escala FACES IV, y la estabilidad temporal con el coeficiente Intraclass.

Resultados: La escala final, está formada por 42 ítems distribuidos en cinco factores: Clima social familiar (nueve ítems), integridad familiar (ocho ítems), funcionamiento familiar (nueve ítems), resistencia familiar (diez ítems) y afrontamiento familiar (seis ítems). El análisis de la consistencia interna de la escala obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0,89. La validez de criterio concurrente con la escala FACES, mostró correlaciones estadísticamente significativas ($r = 0,50$; $p < 0,01$) y con el test APGAR familiar ($r = 0,49$; $p < 0,01$). Finalmente observó la estabilidad temporal test-retest mediante coeficiente de correlación intraclass con valor promedio CCI = 0,98.

Conclusiones/Recomendaciones: Se presenta un instrumento para medir la autopercepción del estado de salud familiar que ha demostrado una alta consistencia interna, una adecuada validez de criterio y una excelente estabilidad temporal. Estos resultados son de interés para las disciplinas relacionadas con las ciencias de la salud, en la medida en que le permiten disponer de una herramienta que puede resultar útil para la práctica clínica, la docencia y la investigación. Así mismo, se abren nuevas líneas de investigación para continuar profundizando en la comprensión de la salud familiar y sus determinantes.

Financiación: PI-0444-2013.

114. FACTORES ASOCIADOS A LAS LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

A. Salazar, S. Gómez, H. de Sola, I. Failde

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Observatorio del Dolor, Fundación Grünenthal-Universidad de Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: El dolor crónico es un importante problema de salud que produce graves consecuencias en los individuos que lo sufren, limitando las actividades de la vida diaria (AVD). El objetivo es identificar los factores asociados a las limitaciones de las AVD en pacientes con dolor crónico.

Métodos: Estudio transversal en una muestra representativa de la población general española = 18 años, incluyendo 325 sujetos con dolor crónico (más de 3 meses de duración, y sufrido al menos 3-4 días a la semana según criterio de la IASP). Se recogió información sociodemográfica, localización, intensidad y duración del dolor, comorbilidades psiquiátricas, calidad/cantidad de sueño y limitaciones en AVD a causa del dolor. Estas limitaciones se agruparon en: actividades básicas (levantarse, sentarse, lavarse, bañarse, peinarse, vestirse y tareas domésticas) (F1), y actividades de intensidad mayor (andar fuera de casa, subir-bajar escaleras, agacharse, arrodillarse, ponerse en cuclillas, coger peso y realizar actividades físicas) (F2), mediante análisis factorial. Estos factores se puntuaron entre 0 y 100, donde 100 indica la mayor limitación posible en estas actividades a causa del dolor. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y dos modelos de regresión lineal múltiple para analizar las variables asociadas a estos dos factores.

Resultados: 75,4% eran mujeres, y la edad media fue de 56 años (DT = 15). La duración media del dolor fue de 10 años (DT = 11). 45,4% sufren un dolor localizado en más de un punto, frecuentemente en extremidades y/o articulaciones (35,9%) y en la espalda (23,5%). Casi la mitad (49%) afirmaron que el dolor era de mucha intensidad o insoportable. Además, el dolor afectó a la calidad y cantidad de sueño (72,9%), les produjo tristeza (71,2%) y ansiedad (68,5%). Las variables que se asociaron a las limitaciones de las AVD básicas (F1) fueron: mayor edad (0,224), trastornos del sueño ($B = 22,876$) y tristeza ($B = 9,576$). Por otra parte, por cada mes de aumento en la duración del dolor, las limitaciones de la AVD básicas se aumentaban un 3,6%. Las

variables asociadas a las limitaciones en las AVD de intensidad mayor (F2) fueron: mayor edad (0,344), alteraciones del sueño (23,18), tristeza (B = 9,356). Asimismo, las personas que presentaban más de una localización del dolor vieron más limitadas (B = 6,958) estas AVD.

Conclusiones/Recomendaciones: La mayor edad, el estado de ánimo y los trastornos del sueño afectaron a las AVD de cualquier intensidad. Sin embargo, la mayor duración del dolor afectó más a las AVD básicas, mientras que el número de localizaciones tuvo un mayor impacto en las AVD más intensas.

SESIÓN DE PÓSTERS

CP09. Vigilancia epidemiológica (II)

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Pantalla 1

Modera: Juan Pablo Alonso Pérez de Ágreda

2. CARACTERÍSTICAS Y COSTES SANITARIOS ASOCIADOS CON LOS CASOS DE TOS FERINA DECLARADOS Y CONFIRMADOS POR LOS SERVICIOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y ASOCIADOS CON LOS CASOS DETECTADOS EN CONTACTOS DOMICILIARIOS EN CATALUÑA

P. Plans, M. Company, J. Ferràs, R. Rodríguez, C. Arias, N. Camps, C. Rius, M. Vilanova, R. Torra

Agencia de Salud Pública de Cataluña, Departament de Salut; Agencia de Salud Pública de Barcelona; Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La tos ferina continúa siendo una enfermedad prevalente en España, a pesar de disponer de vacunas acelulares para adultos. El objetivo del estudio ha sido evaluar las características y costes sanitarios directos asociados con los casos de tos ferina declarados a y confirmados por los servicios de vigilancia epidemiológica y los casos detectados entre los contactos domiciliarios en Cataluña en 2012-13.

Métodos: Se incluyeron los casos declarados y confirmados con contactos domiciliarios (n = 641) y los casos detectados entre los contactos domiciliarios (n = 422). Se utilizó la prueba de chi-cuadrado y la odds ratio (OR) para comparar los porcentajes y la prueba t para comparar los costes en diferentes grupos, con una $p < 0,05$ estadísticamente significativa.

Resultados: Los casos de tos ferina confirmados por los servicios de vigilancia epidemiológica tuvieron un porcentaje más alto de casos primarios (OR = 3,9, $p < 0,001$), hospitalizaciones (OR = 32,2, $p < 0,001$), enfermedad severa (OR = 27,7, $p < 0,001$), niños < 1 año (OR = 23,2, $p < 0,001$) y confirmación por laboratorio (OR = 31,4, $p < 0,001$) que los casos detectados entre los contactos domiciliarios. El coste sanitario medio fue mayor ($p < 0,01$) en los casos confirmados por los servicios de vigilancia epidemiológica que en los casos detectados en los contactos domiciliarios, para todos los casos estudiados (1.248 € vs 170 €) y para los casos graves (4.546 € vs 1073 €), moderados (204 € vs 165 €), y leves (153 € vs 133 €). El coste sanitario medio fue mayor en los niños menores de 1 año (2.988 €) que en otros grupos de edad. Los casos declarados a y confirmados por los servicios de vigilancia epidemiológica (65% del total) generaron el 92%, 77% y 73% de los costes

totales de tratamiento, detección y quimioprofilaxis de la tos ferina, respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: El impacto de la tos ferina en Cataluña era alto en términos de costes sanitarios, especialmente en los niños menores de un año. Se recomienda realizar actividades de vigilancia activa en los contactos domiciliarios de los casos declarados confirmados para reducir la transmisión y los costes sanitarios de tos ferina.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (FIS PI11/02557) y Fondos FEDER.

3. EFECTIVIDAD DE LAS VACUNAS ACELULARES CONTRA LA TOSFERINA ADMINISTRADAS DURANTE LA INFANCIA PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD EN LOS CONTACTOS DOMICILIARIOS DE 1-9 AÑOS EN CATALUÑA Y NAVARRA

P. Plans, M.R. Sala, M. Alsedà, G. Ferrus, M. Carol, I. Barrabeig, R. Solano, I. Jordán, J. Castilla

Agencia de Salud Pública de Cataluña; Agencia de Salud Pública de Barcelona; Instituto de Salud Pública de Navarra; Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El Plan de Salud de Cataluña propone reducir el número de casos de tos ferina hasta menos de 50, pero el número de casos confirmados supera este número desde el año 2000. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la efectividad de las vacunas acelulares contra la tos ferina administradas durante la infancia (= 6 años) para prevenir casos secundarios en los contactos domiciliarios de los casos confirmados en Cataluña y Navarra en 2012-13.

Métodos: El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM-SPSS (v. 18). La efectividad de la vacunación contra la tos ferina se evaluó comparando la incidencia de tos ferina en los contactos de 1 a 9 años vacunados (al menos 4 dosis) y en los contactos no vacunados/parcialmente vacunados (0-2 dosis). Se excluyeron del análisis los casos primarios de tos ferina. La efectividad vacunal (EV) se calculó mediante la fórmula: $EV = 1 - Odds\ Ratio$ de tos ferina. La efectividad vacunal se ajustó teniendo en cuenta el Odds Ratio de tos ferina ajustado mediante análisis de regresión logística múltiple.

Resultados: Durante el período de estudio de dos años se detectaron 94 casos de tos ferina no primarios entre 435 contactos domiciliarios de 1-9 años. 366 (84%) de los 435 contactos habían sido vacunados durante la infancia y 69 (16%) no habían completado la vacunación (0-2 dosis). La incidencia de tos ferina fue significativamente menor en los contactos vacunados que en los no vacunados/parcialmente vacunados: 19,1% vs 44,8%, $p < 0,005$. La vacunación celular contra la tos ferina se asoció con una efectividad vacunal del 55,7% (IC95%: 22-75%, $p < 0,01$) para prevenir casos secundarios entre los contactos. La efectividad vacunal ajustada para la edad y sexo fue del 51% (IC95%: 12-73%, $p < 0,05$). La efectividad vacunal ajustada para la edad, sexo y quimioprofilaxis contra la tos ferina fue del 53% (IC95%: 14-74%, $p < 0,05$).

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (FIS PI11/02557) y Fondos FEDER.

298. SITUACIÓN EPIDÉMICA DE TOS FERINA EN BIZKAIA

P. Sancho Uriarte, S. San José, N. Muniozguren Agirre

Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Dirección Territorial de Bizkaia, Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: La tos ferina es una enfermedad bacteriana aguda de las vías respiratorias altas que, en ocasiones, provoca un cuadro severo en los lactantes. La vacuna, de tipo combinado, comenzó a administrarse en la CAPV en 1965. Desde 2004 las cinco dosis del calendario vacunal son acelulares, menos reactógenas. La

incidencia de la tos ferina experimentó, desde la inclusión de la vacuna, un marcado descenso, si bien continuaron registrándose, periódicamente, picos epidémicos. Desde 2010, la incidencia de tos ferina ha aumentado en varios países del mundo, también en aquéllos con coberturas vacunales superiores al 95%. En respuesta al marcado incremento de casos, se han adoptado diferentes estrategias como la vacunación de las embarazadas, de las personas del entorno del recién nacido (cocooning) y/o la sustitución del recuerdo Td (14-16 años) por dTpa. La CAPV no ha sido ajena a dicho aumento de casos. En febrero de 2015 se adoptó la vacunación de las embarazadas con dTpa en el último trimestre de gestación. El presente documento describe la evolución y situación actual de la tos ferina en el Territorio Histórico de Bizkaia.

Métodos: Se han analizado los datos de los siguientes sistemas de información: El registro de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO). El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), seleccionando las altas con código CIE-9: 033.0 Datos poblacionales: censos y estimaciones intercensales. Eustat.

Resultados: En 2015, se declararon, en Bizkaia, 1035 casos de tos ferina (tasa de incidencia de 90,46 casos/100.000 habitantes), el 94% confirmado por PCR. Si bien desde 2011 el ascenso de casos ha sido continuo, el incremento de 2015 ha sido más acentuado. La mayor tasa correspondió a los menores de un año (676,52 casos/100.000) y el grupo de 5-9 años (570,93/100.000). Entre los adultos, los de 25-44 años han tenido la incidencia más elevada, la mayoría eran progenitores de los casos en menores. El 61% de los casos se asoció a un brote (dos o más casos con vínculo epidemiológico). El brote de mayor envergadura fue escolar y afectó a 20 alumnos/as. Del 79% de los casos se obtuvo el registro de vacunación; de ellos, el 82% (674/821) tenían cuatro o cinco dosis de vacuna; un 5% estaba sin vacunar por decisión familiar.

Conclusiones/Recomendaciones: Desde 1997, Bizkaia no experimentaba un incremento del número de casos por tos ferina como el de 2015. El aumento lo han experimentado todos los grupos de edad, si bien las mayores tasas de incidencia se registran en el grupo de 5-9 años y en los menores de un año. Pese a inducir una inmunidad temporal, la vacunación disminuye el riesgo de infección y la severidad de la enfermedad por lo que es necesario mantener las coberturas vacunales.

352. SITUACIÓN DE LA TOS FERINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, AÑOS 2010-2015

A. Pagá Casanova, I. Huertas Zarco, F. González Morán

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Doctor Peset; Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico, Dirección General de Investigación y Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Tras un periodo de baja incidencia (IA) de tos ferina (TF), ésta está aumentando en la Comunidad Valenciana (CV) al igual que en otras áreas con coberturas vacunales altas. Esto se ha atribuido a la menor eficacia de la vacuna acelular o a mejoras en la detección y notificación, entre otros. Para evitar la TF en lactantes, la CV se adhirió en enero de 2015 a la vacunación de gestantes. El objeto de este trabajo es describir la evolución de casos registrados de 2010 a 2015 y realizar una primera aproximación a la posible influencia de esos factores.

Métodos: Descripción de evolución de TF notificada a Vigilancia Epidemiológica de 2010 a 2015. Descripción de variables demográficas (edad, sexo), estado vacunal y hospitalizaciones y muertes por TF como indicadores de gravedad.

Resultados: El rango de notificaciones es de 18 (2010) a 562 (2014). La IA (casos por 105 habitantes) en 2014 (11,0) y 2015 (10,2) es muy superior a la de 2010 (0,4) y a la media de 2011-2013 (3,8). Por edad,

disminuyen los casos en menores de 3 meses (2010: 45,0% 2015: 8,9%) pero la IA no sigue una tendencia clara. En el grupo de 5-14 años en 2015 desciende por primera vez la proporción de casos y la IA (2014: 48,8% y 54,6; 2015: 38,1% y 36,7) y en el grupo de mayores de 34 se incrementa desde 2013 (2013: 9,5%; 2015: 21,3). En 2015 hay un 18,2% de casos en menores de 1 año, agrupándose estos sobre todo en 1-6 meses (16,6%). El 56,8% de casos se dan entre 1-20 años y 18,4% entre 30-60 años. Razón de IA mujer/hombre de 1,2 sin diferencias significativas entre sexos por grupos de edad. En 2015 el 53,9% de casos habían recibido = 3 dosis de vacuna (74,3% nacidos tras 2002), suponiendo una disminución frente a la tendencia previa. Por grupos de edad, estaban vacunados el 78,7% de casos de entre 13 meses y 4 años, 94,4% de entre 5-14 años, 57,9% de entre 15-34 y 2,8% de > 34. El 84,4% de los ingresados en 2015 son menores de 3 meses, con estancia media de 9,6 días, similar a 2014 (81,8% y 9,6) e inferior a años previos (medias de 2010-2013: 95% y 11,0 días). Hubo 4 muertes en 2014 y 1 en 2012.

Conclusiones/Recomendaciones: En 2014 y 2015 se dan las mayores IA de TF desde 1996. La distribución de casos coincide con la de otras zonas con coberturas vacunales altas: predominio en lactantes, adolescentes y adultos y en mujeres. Disminuyen los casos en menores de 2 meses sin que se pueda apreciar aún un impacto de la vacuna a gestantes. Alta proporción de casos en vacunados a expensas de cohortes vacunadas con vacuna acelular. La disminución de las hospitalizaciones en lactantes puede deberse a menor gravedad o mayor notificación de casos leves o atípicos.

375. EPIDEMIOLOGÍA DE *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* MEDIANTE VIGILANCIA CENTINELA EN CATALUÑA: ¿SOLO < 25 AÑOS?

E. López-Corbeto, R. Lugo, A. Avecilla, A. Vives, E. López-Grado, P. Armengol, J. Relat, J. Casabona, RITS Study Group

CEEISCAT-Departament de Salut de Catalunya; CIBER-SP; BSA-ASSIR-Badalona; Fundació Puigvert-Andrologia; Grupo Quirón, Salud Dona-Dexeus; ICS-ASSIR-Sabadell; HUVH, UITS-Vall d'Hebron-Drassanes; ICS-ASSIR-Granollers.

Antecedentes/Objetivos: La infección genital por *C. trachomatis* (clamidia) es cada vez más frecuente y tiene un impacto en la salud pública relevante. Se conoce que afecta mayoritariamente a jóvenes, sobre todo < 25 años. La tendencia creciente tanto en la prevalencia como en las conductas de riesgo entre los < 25 años en los últimos años, plantean la necesidad de preguntarnos si lo mismo sucede en la población = 25 años. Objetivos: determinar las características de vulnerabilidad entre los casos diagnosticados con infección por clamidia según grupo de edad dentro de la red centinela RITS de Cataluña.

Métodos: Datos clínico-epidemiológicos declarados por la red centinela de atención primaria y servicios en ITS que forma parte del repositorio de epidemiología de Cataluña del Departamento de Salud desde el año 2011. La información demográfica, clínica y de conducta se recoge utilizando un cuestionario estandarizado. Se analizan las variables: edad, sexo, origen, educación, orientación sexual, estudio de contactos, ITS, año ITS, ITS previas, prueba del VIH, parejas < 12 meses, nueva pareja < 3 meses, uso del preservativo, contactos sexuales en: lugares de encuentros, al extranjero, con prostitución, ser trabajador sexual y uso de drogas antes del sexo. Se realiza análisis descriptivo comparando dos poblaciones en función de la edad. Los datos se analizaron comparando dos poblaciones en función del grupo etario < 25 años utilizando el programa SPSS v.17. Las diferencias se testaron con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: Durante el 2011-2015 se registraron 1.956 diagnósticos de clamidia, de los cuales 1.335 (68,2%) se produjeron en = 25 años y 621 (31,7%) en < 25 años. Según el grupo de edad, fueron los = 25 años los que presentaron frecuencias mayores de conductas de riesgo

respecto los < 25 años. Las características significativamente ($p < 0,001$) superiores entre los = 25 años fueron: hombres que tienen sexo con otros hombres, con parejas simultáneas, un 70% con una nueva pareja sexual < 3 meses, cerca del 80% consumía prostitución. Tan solo el consumo de drogas fue significativamente superior en los < 25 años. Respecto las variables clínicas, el inicio de estudio de contactos y el cribado del VIH fue significativamente superior entre los = 25 años.

Conclusiones/Recomendaciones: Dado la mayor proporción tanto de diagnósticos de clamidia como de conductas de riesgo y sexo entre hombres dentro del grupo de = 25 años, se plantea la necesidad de profundizar estudios específicos para el abordaje de esta población.

165. MODELO BAYESIANO COM PONTO DE MUDANÇA E TERMOS AUTORREGRESSIVOS APLICADOS EM ESTUDOS DE SÉRIES TEMPORAIS DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

J.A. Queiroz, L.M. Mello, I. Previdelli, D.C. Aragon, E.Z. Martínez

Universidade Estadual de Maringá; Universidade de São Paulo.

Antecedentes/Objetivos: Neste trabalho, propõe-se uma análise Bayesiana de uma série temporal na presença de um ponto de mudança aleatório e termos autorregressivos. O desenvolvimento deste modelo foi motivado por um conjunto de dados relacionados com o número mensal de dispensação de medicamentos para asma (cápsula de aminofilina com a administração de 100 mg) por parte dos serviços de saúde pública de Ribeirão Preto, Sudeste do Brasil, de 1999 a 2011.

Métodos: Uma tendência de aumento foi observada a partir de 1999 até um ponto de mudança específico, com uma diminuição posterior até o fim da série. Para obter estimativas para os parâmetros de interesse, foi utilizado procedimento de simulação Bayesian Markov Chain Monte Carlo (MCMC), que usa o algoritmo de amostradores de Gibbs.

Resultados: O Modelo Bayesiano com termos autorregressivos de ordem 2 ajustou-se bem aos dados e permitiu estimar o ponto de mudança em novembro de 2007, provavelmente refletindo os resultados das novas políticas e programas de saúde voltados para pacientes com asma postas em prática até o ano de 2006.

Conclusiones/Recomendaciones: Os resultados sugerem que o presente modelo é útil para analisar o número mensal de medicamentos para a asma dispensados e que pode ser usado para descrever uma grande e ampla variedade de séries temporais epidemiológicas, onde um ponto de mudança é presente. Além disso, uma vantagem do modelo proposto sob uma abordagem bayesiana é a possibilidade de incluir informações de distribuições anteriores que estão à disposição dos gestores de saúde pública. Possíveis extensões do modelo, a fim de acomodar mais de um ponto de mudança deve ser abordada em trabalhos futuros.

Financiación: CAPES.

713. EVOLUCIÓN DE LOS SEROTIPOS DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA EN ANDALUCÍA, 2010-2015

V. Gallardo García, J. Guillén Enríquez, C. Montaña Remacha, E. Rodríguez Romero, E. Pérez Morilla, E. Durán Pla, G. Conejo Carrasco, J.C. Carmona Lagares, J.M. Mayoral Cortés

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, Consejería de Salud de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad neumocócica invasiva (ENI) se incluyó como enfermedad de declaración obligatoria en Andalucía en 2009. Desde el año 2009 y 2010 se dispone de la vacuna frente a 10 y 13 serotipos de neumococo que se ha utilizado de forma

privada y en el año 2015 se decidió su inclusión en el calendario sistemático infantil de vacunación antes de 2017. El objetivo del estudio es describir la evolución de los serotipos causantes de ENI en Andalucía en el periodo 2010-2015.

Métodos: Estudio descriptivo de los serotipos de cepas de neumococo causantes de ENI remitidas al Centro Nacional de Microbiología y declarados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía en el periodo 2010-2015. Se ha calculado el porcentaje de serotipos incluidos en ambas vacunas en los grupos de edad: < 5 años, 5 a 64 años y > 64 años.

Resultados: Entre 2010 y 2015 se serotiparon 76, 137, 115, 125, 103 y 113 cepas de neumococo causantes de ENI en Andalucía lo que supuso el 32%, 44%, 51%, 49%, 47% y 41% de los casos declarados de ENI cada año. En 2010 los serotipos más frecuentes fueron el 7F (17%), 3 (16%) y 19A (14%) (todos vacunales) y no vacunales más frecuentes el 11A (7%). En 2011 los serotipos más frecuentes fueron el 19A (20%), 3 (12%) y 7F (9.5%) (vacunales) y no vacunales el 35B (4%). En 2012 los serotipos más frecuentes fueron el 3 (14%), 19A (11%) y 7F (10%) (vacunales) y no vacunales el 11A (4%) y 15A (4%). En 2013 los serotipos más frecuentes fueron el 3 (12%), 19A (12%) y 14 (10%) (vacunales) y no vacunales el 8 (6%) y 23A (5%). En 2014 los serotipos más frecuentes fueron el 3 (17%), 19A (9%) y 14 (7%) (vacunales) y no vacunales el 22F (7%), 6C (7%) y 9N (7%). En 2015 los serotipos más frecuentes fueron el 3 (16%), 14 (10%) y 19A (10%) (vacunales) y no vacunales el 8 (10%), 10A (5%) y 23B (5%). El porcentaje de serotipos incluidos en la vacuna 10valente y 13valente pasó de 41% y 72% en 2010 a 19% y 44% en 2015. Por grupos de edad: en < 5 años pasa de 56% y 81% en 2010 a 9% y 27% en 2015; 5 a 64 años pasa de 38% y 71% en 2010 a 24% y 51% en 2015; en > 64 años pasa de 31% y 69% en 2010 a 15% y 40% en 2015.

Conclusiones/Recomendaciones: Los serotipos 3 y 19A se encuentran entre los tres más frecuentes todos los años desde 2010, junto con el 7F en los años 2010 al 2012 y el 14 en los años 2013 al 2015. Se ha producido un aumento en el porcentaje de serotipos no vacunales en todos los grupos de edad, fundamentalmente en los < 5 años, en el periodo 2010-2015. Es necesario aumentar el porcentaje de cepas serotipadas, sobre todo una vez que se inicie la vacunación en calendario de vacunación infantil.

739. EVIDENCIA EPIDEMIOLÓGICA EN ESPAÑA: VACUNACIÓN INFANTIL FRENTE A LA ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA

C.A. Talarico, A. Ramírez-Villaescusa, C. Clarke, M. Palmieri, M. Moreira

GSK Vaccines, Wavre, Belgium; XPE Pharma & Science for GSK Vaccines, Wavre, Belgium; GSK Vaccines, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El uso de la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente (VNC7) en la población infantil en España comenzó en el ámbito privado en 2001. Las vacunas antineumocócicas conjugadas (VNCs) extendidas, PHiD-VC y VNC13, se comercializaron en 2009 y 2010 respectivamente. Los serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F están incluidos en la VNC7. Además de estos serotipos, la PHiD-VC incluye los serotipos 1, 5, 7F y ofrece protección frente al serotipo 19A, y la VNC13 contiene los serotipos 1, 5, 7F, 3, 6A y 19A. Son escasas las Comunidades Autónomas (CAs) que financian los programas de vacunación frente a la enfermedad neumocócica invasiva (ENI). El Ministerio de Salud Pública ha recomendado la introducción de VNCs en el programa de vacunación infantil en todas las CAs para finales del 2016. Se realizó una revisión de los datos epidemiológicos en España y se comparó con el resto de países europeos para evaluar si ambas VNCs extendidas serían adecuadas para uso en España.

Métodos: Se obtuvieron datos sobre impacto de las VNCs en la ENI en niños menores de 5 años, mediante una revisión bibliográfica sistemática en inglés (artículos publica entre 2007 y 2015), y búsqueda

manual en inglés y castellano que incluyeron estudios e informes de vigilancia regionales, nacionales y del resto de Europa, publicados hasta marzo 2016.

Resultados: A pesar de los diversos niveles de cobertura de las VNCs y la variabilidad en la calidad de datos epidemiológicos, se observó una tendencia consistente en la disminución de la incidencia global de la ENI en niños menores de 5 años en todas las CAs, y poca o ninguna reducción de ENI por serotipo 3. Sin embargo, los serotipos vacunales (SVs), en particular el 1, 3, 19A, 7F y 14, todavía siguen siendo la causa del 50% de las ENI en las CA con un nivel de cobertura bajo. En Madrid, una de las CAs con mayor tasa de vacunación con la VNC13, la ENI debida a SVs disminuyó, debido sobre todo al 1 y 19A.

Conclusiones/Recomendaciones: Basado en la distribución de los serotipos predominantes en la población infantil española y el impacto inconsistente en el serotipo 3 observado en CAs donde se vacuna con VNC13, las dos VNCs extendidas aportarían un beneficio similar frente a la ENI. Así se observó en otros países europeos donde PHiD-VC o VNC13 se incluyeron en los programas de vacunación infantiles. Los estudios farmacoeconómicos basados en el impacto global de VNCs deben ser considerados para tomar decisiones. Más importante que la elección de la vacuna, para generar un impacto en salud pública, es alcanzar altas coberturas vacunales.

Financiación: GlaxoSmithKline Biologicals SA.

Conflicto de intereses: CAT, PI, CC, MP and MM are employees and shareholders of the GSK group of companies. ARV works for XPE Pharma & Science as a consultant for the GSK group of companies.

320. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN POBLACIÓN DE 65 A 70 AÑOS DEL SERVICIO GALEGO DE SAÚDE EN 2015

J. Fernández Segade, A.I. Calvo Pérez, A. García Quintáns, X. Hervada Vidal, J. Quiles del Río

Servicio de Integración Asistencial, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde; Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde; Dirección General de Salud Pública, Subdirección General de Información sobre Salud y Epidemiología, Consellería de Sanidade; Servizo de Gestión de Proyectos de Sistemas de Información, Subdirección General de Tecnologías de la Información, Secretaría General Técnica, Consellería de Sanidade.

Antecedentes/Objetivos: Antecedentes: La gripe es una enfermedad transmisible que afecta todos los años a un elevado número de personas y ocasiona una morbilidad añadida a pacientes de grupos de riesgo. La vacunación antigripal tiene como objetivo reducir el número de complicaciones, ingresos y muertes asociadas a la gripe y por lo tanto el impacto de la enfermedad en la comunidad. Durante la campaña 2015 se implementó un programa de fomento de la vacunación antigripal: "Promoción de la Vacunación Antigripal 2015" (PVGRI). Dirigido a la población de 65 a 70 años (uno de los sectores más vulnerables a padecerla), mediante la promoción activa de la vacuna por parte de los profesionales de enfermería de atención primaria. Objetivo: Ofertar activamente la vacunación antigripal en la población de entre 65 y 70 años, mediante un programa de promoción activa de la vacuna por parte de los profesionales de enfermería de atención primaria.

Métodos: La enfermera recibe en la Historia Clínica Electrónica (IANUS), automáticamente, la lista denominada "Promoción Vacuna Gripe", que se actualiza semanalmente con sus pacientes de entre 65 y 70 años que no tienen registrada la vacunación antigripal. Luego la enfermera realiza la consulta telefónica en la que informa a los pacientes acerca de la vacuna de la gripe, y les ofrece la posibilidad de acudir a vacunarse a su centro de salud. Si aceptan, se les facilita una cita presencial. A continuación se procede a la vacunación y registro en IANUS.

Resultados: El total de vacunas registradas en pacientes de 65 a 69 años, en 2015 fue de 64.983, esto supone un aumento del 6,38% al compararlo con 2014, cuyo registro fue de 61.000 vacunas. De los pacientes susceptibles de la campaña PVGRI se registraron 3.028 consultas telefónicas para promocionar la vacuna de la gripe, de los que finalmente el número de vacunaciones totales realizadas fue de 2.756, lo que supone que el 91% de las llamadas fueron efectivas. El porcentaje derivado de la vacunación del programa de PVGRI 2015 con respecto a las vacunas totales en Galicia (64.983) en el tramo de edad de 65-69 años es del 4,24%. También supone el 0,77% del total de vacunados de cualquier edad en todo Galicia.

Conclusiones/Recomendaciones: Podemos decir que se consiguió el objetivo buscado, que era aumentar el número de vacunaciones en la campaña 2015 con respecto al año anterior. La puesta en marcha de este programa no significó ningún aumento en el presupuesto del Servizo Galego de Saúde, ni un cambio sustancial en la forma de trabajar de los profesionales. Con lo cual podemos considerar que este programa además ha sido un éxito a nivel de realización. Otro aspecto positivo que cabe mencionar de este programa es su capacidad de adaptación en cualquier comunidad autónoma, dada su facilidad para llevarlo a cabo y el bajo coste que supone.

903. CARGA DE INFLUENZA EN LA COMUNIDAD DE BARRIO OBRERO. PARAGUAY, 2013

R.A. Galeano, M.A. Cabello, M. Von Horoch, D. Assis, M. Samudio

Dirección General de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo, Organización Panamericana de la Salud-Sede Paraguay; Instituto de Investigaciones en Ciencias de Salud, Universidad Nacional de Asunción.

Antecedentes/Objetivos: La influenza causa morbilidad grave y mortalidad. Estudios de cohorte de base poblacional son escasos y necesarios. Este estudio basado en la población tuvo como objetivo estimar la carga de influenza a través de la tasa de incidencia, la etiología y el uso de recursos para la gripe en un barrio de escasos recursos de Asunción, Paraguay.

Métodos: Estudio de cohorte con base poblacional llevado a cabo en un barrio de escasos recursos de Asunción, Paraguay, de julio a octubre, 2013 con muestreo aleatorio estratificado de las viviendas. Los casos de ETI (enfermedad tipo influenza) definido por presencia de fiebre con tos y/o dolor de garganta fueron monitoreados a través de llamadas telefónicas semanales. Se tomaron hisopados nasofaríngeos para identificación de los virus respiratorios por la -reacción en cadena de la polimerasa de la transcriptasa inversa a tiempo real e inmunofluorescencia indirecta.

Resultados: De un total de 8.279 viviendas, se monitorearon 401 familias (2.065 personas) por 12 semanas, y se identificaron 141 casos de ETI (tasa de incidencia: 6,8%; IC95%: 5,5-7,6%), el 55% de los casos recibió asistencia médica, el 81% de ellos en servicios de salud de la red pública. Se detectaron 19 casos de Influenza que corresponde a una tasa de incidencia de 0,92%, el 84% de casos de influenza buscó asistencia médica, y de ellos el 75% lo hizo en servicios de salud de la red pública. Los virus respiratorios identificados fueron Influenza A, B, y sincitial respiratorio; los sub tipos de influenza A fueron H3N2 y H1N1 (pandémica). En cuanto a los factores de riesgo para adquirir ETI se encontró mayor riesgo en los menores de 5 años (RR: 2,42; $p < 0,001$) comparando con los mayores de 5 años; no se encontró asociación (RR: 1,14 $p = 0,51$) entre estar vacunado y enfermar de ETI, ni tampoco de influenza (RR: 2,3 $p = 1,6$).

Conclusiones/Recomendaciones: Este es el primer estudio de cohortes con base poblacional que revela algunas características de las infecciones respiratorias en Paraguay. La incidencia de la enfermedad fue baja para esa comunidad, lo cual puede explicarse por el hecho de

que el pico de enfermedades respiratorias se presentó en el primer cuatrimestre, otoño e invierno, previo al periodo de estudio. Como era de esperarse la incidencia de ETI fue mayor en los menores de cinco años. No se encontró asociación entre estar vacunado y enfermar de ETI e Influenza, debido probablemente a la circulación en el mismo periodo de virus diferentes a los virus vacunales.

710. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS DE FIEBRE RECURRENTE POR GARRAPATAS IDENTIFICADOS EN UN ÁREA SANITARIA

A. Roldán-Garrido, M. Porras-Povedano, R. Aguilar-Alés, D.J. Lomeña-Urbano, M.C. Domínguez-Jiménez

Área de Gestión Sanitaria de Osuna.

Antecedentes/Objetivos: La fiebre recurrente transmitida por garrapatas (FRTG) es una zoonosis causada por espiroquetas del género *Borrelia*. En nuestro medio está producida casi exclusivamente por *Borrelia hispanica*. En España la incidencia de esta enfermedad está infraestimada por la baja sospecha y dificultad en el diagnóstico. Desde 2013 se ha detectado un aumento de casos de FRTG en un Área de Gestión Sanitaria (AGS), por este motivo se ha decidido realizar un estudio más profundo de los casos. **Objetivos:** estudiar la evolución de los casos de FRTG en el AGS entre 2013 y 2015. Identificar las características de presentación de la enfermedad en la población.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de FRTG notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía en un AGS entre 2013 y 2015. Se estudiaron las variables de persona, lugar, tiempo y aquellas relacionadas con criterios epidemiológicos y diagnósticos.

Resultados: Se han diagnosticado un total 30 casos de FRTG en el AGS entre 2013 y 2015 (incidencia 5,9 por 100.000 hab), cuadruplicándose en el último año. El 66,7% de los casos fueron hombres, presentaron una mediana de edad de 28,5 años (mín 4, máx 87). Los síntomas predominantes fueron fiebre (86,7%), cefalea (63,3%), artromialgias (50%), dolor abdominal (36,7%), vómitos (36,7%) y plaquetopenia (23,3%). Aunque requirieron ingreso hospitalario el 46,7% de los casos, la evolución fue favorable en el 100%. La mayor proporción de casos se localizaron en las zonas básicas de Osuna (46,7%) y Écija (33,3%). La notificación se concentró en su mayoría entre los meses de abril y octubre, presentando una demora en la declaración de 5 días (mediana). El 70% de los casos convivía con animales, acudían con frecuencia al campo (60%) y el 66,6% no habían identificado la picadura de la garrapata. El método diagnóstico de confirmación más utilizado fue la identificación en sangre (gota gruesa).

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha detectado un aumento de la incidencia de la FRTG en los últimos años. Los casos identificados siguen un patrón característico. Conocer las características de presentación de la FRTG en nuestro medio es una herramienta útil junto a los métodos diagnósticos para una detección precoz de la enfermedad y control de posibles brotes.

928. DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE ORIGEN COMUNITARIO POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

Y. Ortega López, J.P. Mazuelas Teatino, J.C. Plata Rosales, I. Roldán Alba, C. Gómez Alférez

Hospital Infanta Margarita, Servicio de Medicina Preventiva, Servicio de Microbiología.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, la prevalencia de infecciones producidas por microorganismos multirresistentes ha experimentado un aumento importante en Europa, constituyendo un problema de salud pública. A nivel hospitalario, estos gérmenes pue-

den producir brotes epidémicos, existen programas de vigilancia y control de infecciones por multirresistentes de origen nosocomial, sin embargo, muy pocos trabajos dimensionan la adquisición de estas infecciones a nivel comunitario. El objetivo de este trabajo fue conocer la frecuencia de pacientes que ingresaron durante el año 2015 en el Hospital Comarcal Infanta Margarita con diagnóstico de infección de cualquier localización por un microorganismo multirresistente cuya adquisición fuese comunitaria.

Métodos: Durante el año 2015, se realizó monitorización de todos los pacientes adultos que ingresaron con infección comunitaria producida por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA), *E. coli* productor de Betalactamasas de espectro extendido (*E. coli* BLEE), *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE, *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas, *Acinetobacter baumannii* multirresistente y *Pseudomonas* multirresistente. Retrospectivamente se comprobó que no cumplían ningún criterio para calificarlas como nosocomiales ni asociadas a cuidados sanitarios. Se calculó como indicador para dimensionar la frecuencia de la infección, la Densidad de Incidencia (DI) por mil estancias y por mil ingresos de adultos.

Resultados: De los microorganismos multirresistentes que se monitorizaron, se observaron infecciones de origen comunitario por MRSA, *E. coli* BLEE y *Klebsiella* BLEE. La DI de infecciones por MRSA fue de 0,2/1.000 estancias y 1,2/1.000 ingresos; la DI de *E. coli* BLEE fue de 0,25/1.000 estancias y 1,5/1.000 ingresos; la DI de *Klebsiella* BLEE 0,16/1.000 estancias y 0,99/1.000 ingresos. De las infecciones por MRSA, en el 63% la localización fue partes blandas y el 27% infección respiratoria. Por *E. coli* BLEE, el 64,3% fue infección del tracto urinario, el 14,3% sepsis de origen urinario y el 7% infección respiratoria. De las infecciones por *Klebsiella* BLEE el 55,5% fueron del tracto urinario, el 33% respiratorias y el 11,2% de partes blandas. La DI global por gérmenes multirresistentes de origen comunitario durante 2015 fue de 0,63/1.000 estancias y de 3,74/1.000 ingresos. La DI global de infección de origen nosocomial por multirresistentes para el mismo periodo fue de 0,28/1.000 estancias y 1,65/ingresos.

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque muchos de los gérmenes multirresistentes se originan en el ambiente hospitalario, se encuentra diseminación a nivel comunitario. En nuestro centro, la frecuencia de infecciones comunitarias por multirresistentes superó a la de infecciones nosocomiales.

270. ¿POR QUÉ NO SE VACUNAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS CONTRA LA GRIPE?

M. Porras-Povedano, A. Roldán-Garrido, V. Santacruz-Hamer, I. Oliva-Reina

AGS Osuna; Sanitas Milenium Córdoba; AGS Norte de Huelva.

Antecedentes/Objetivos: La medida más eficaz para la prevención de la gripe es la vacunación. Los profesionales sanitarios son personal de riesgo, por estar expuestos al contagio y en contacto con pacientes de riesgo, a pesar de ello las coberturas entre profesionales en nuestro país son relativamente bajas. Nuestro objetivo es analizar la actitud de los profesionales de un Hospital Comarcal frente a la vacunación.

Métodos: Estudio transversal, mediante encuesta, a través de la web EUSurvey. La población diana son los profesionales sanitarios del Hospital. Se realiza análisis descriptivo mediante software estadístico R-project.

Resultados: Respondieron 83 profesionales del Hospital (20,3%), 46 mujeres (55,4%) y 37 hombres (44,6%), con una edad media de 43,7 años y una cobertura vacunal del 33,7%, siendo del 28,3% en mujeres y del 40,5% en hombres. El 25,3% de los profesionales (21) refieren vacunarse anualmente, el 37,4% (31) lo han hecho algún año, y el 36,1% (30) nunca. Según servicio, presentan coberturas del 41,2% los servicios médicos, del 38,1% los servicios de apoyo clínico, del 29,4% los servicios médicos-quirúrgicos y del 9,1% los quirúrgicos ($p = 0,25$). Por

profesión las coberturas fueron del 36,2% en personal Facultativo, del 35% en Auxiliares/Técnicos Sanitarios y del 25% en DUE ($p = 0,71$). Se clasificó la información que recibían los profesionales por fuentes "científica", "informal", "ambas" o "ninguna información", en base a ello las coberturas fueron del 52,4% en los que recibían información "científica", del 42,9% en los que recibían información "informal", del 25,6% en los que recibían información de "ambas" vías y ninguno de los 5 profesionales que refirió no haber recibido ninguna información se vacunó ($p < 0,1$). 14 profesionales piensan que la vacuna no es necesaria (18,9%), 15 responden que solo es necesaria para personal sanitario (20,3%) y 45 (60,8%) creen que la vacunación antigripal es necesaria para todos los profesionales del Hospital. Mientras que a la pregunta de si la vacuna es recomendable, solo 3 profesionales creen que no es recomendable (3,8%), 11 piensan que solo es recomendable para personal sanitario (14,1%) y 64 trabajadores piensan que la vacunación es recomendable para todos los trabajadores (82,1%). El principal motivo para vacunarse fue la protección propia (84,6%), frente a protección de familiares (75%) y pacientes (40,3%), mientras que para no vacunarse refirieron falta de información (37,7%), miedo a reacciones (24,5%) y no haber tenido tiempo u ocasión (20,7%).

Conclusiones/Recomendaciones: Debemos aumentar las campañas de información y captación activa y dirigir las estrategias de vacunación a aquellos colectivos con menores coberturas, sin olvidar a los profesionales que sí se vacunan y que una vez captados repiten anualmente.

417. EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA EN ESPAÑA SEGÚN REGISTRO DE ALTAS HOSPITALARIAS, 1997-2012

Z. Herrador, A. Gherasim, P. Aparicio, T. Garate, A. Benito

*Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III;
Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III;
Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III.*

Antecedentes/Objetivos: La equinococosis quística (EQ) es una enfermedad parasitaria causada por el cestodo *Echinococcus granulosus*. Tiene una distribución mundial, con elevada prevalencia en área mediterránea. En España, la vigilancia epidemiológica de EQ se basa en tres sistemas: enfermedades de declaración obligatoria (EDO), declaración de brotes e información microbiológica. Se estima que la proporción de casos identificados es solo del 47-57%. Por ello, nos propusimos identificar el número de hospitalizaciones por EQ, utilizando una fuente alternativa, el conjunto mínimo básico de datos (CMBD), entre 1997 y 2012.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los registros del CMBD que incluyen la EQ como diagnóstico principal entre 1997-2012. Se calcularon las tasas de hospitalización por grupos de edad a partir de datos del INE y se describieron sus características clínicas. También se evaluó la distribución espacial y temporal durante el periodo de estudio. Se compararon las tasas de hospitalización con los datos EDO para el periodo 2005-2012.

Resultados: Se identificaron un total de 14.010 altas hospitalarias entre 1997-2012. Las afecciones de órganos más comunes fueron: hepática (78,8%), inespecífica (16,2%), pulmonar (3,3%) y otros órganos (1,6%). La mediana de edad fue de 54 años (rango 0-99). Se realizó intervención quirúrgica en el 60,1% de estas hospitalizaciones. El tiempo medio de hospitalización fue de 11 días y el coste medio de 8,439.11 €. A nivel nacional, la tasa anual de hospitalización por 100.000 habitantes fue de 2,1 (rango 1,9-2,2), mostrando una tendencia decreciente significativa a lo largo del periodo de estudio. El descenso en las tasas de hospitalización fue significativo para todos los grupos de edad. El número de altas hospitalarias con EQ como diagnóstico principal fue muy superior a los casos EDO. Respecto a la distribución geográfica, Extremadura presentaba la tasa media por 100.000 habitantes más alta (6,8), seguida de Castilla y León (5,3) y Aragón (5,1). Las co-

munidades autónomas insulares presentaron menores tasas de hospitalización.

Conclusiones/Recomendaciones: El número de altas hospitalarias con EQ como diagnóstico principal es bastante superior a los casos notificados como EDO y los informes EFSA. La distribución de hospitalizaciones resultó desigual según año y CCAA. Aunque las tasas de hospitalización por EQ han disminuido, sigue siendo un problema de salud pública por su gravedad e impacto económico. Un sistema de vigilancia epidemiológica más exhaustivo y de ámbito nacional facilitaría una imagen más precisa de la EQ, lo que ayudaría a controlar la enfermedad y sus costes asociados, así como a evaluar las acciones de control implementadas.

CP10. Cáncer (I)

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Pantalla 2

Modera: Carmen Alberich Martí

665. TASAS DE INCIDENCIA DE CÁNCER EN LOS MUNICIPIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA SEGÚN TAMAÑO DE LA POBLACIÓN

E. Hernández Arricibita, M. de la Cruz Ortega,
J. Bidaurrezaga Van Dierdonck

Delegación Territorial de Bizkaia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: El cambio de hábitos de vida es una de las estrategias para combatir el aumento del cáncer. El tamaño de la población de residencia condiciona el entorno y los hábitos de vida. Por lo tanto es lógico suponer que la incidencia de cáncer variará según el tamaño del municipio de residencia. El objetivo de este estudio es observar si existen diferencias en la incidencia de cáncer según tamaño de municipio de residencia (municipios de la CAPV).

Métodos: Se han clasificado los 251 municipios de la CAPV según tamaño de población. Los datos de incidencia de cáncer corresponden al decenio 2003-2012. Las tasas de incidencia se han ajustado por sexo y edad a la población de la Comunidad Autónoma. Se han calculado tasas ajustadas para la población agrupada según su tamaño municipal.

Resultados: A mayor tamaño poblacional mayor tasa de incidencia de cáncer (todas las localizaciones tumorales). La tasa global de incidencia anual de cáncer para el periodo 2003-2012 entre los residentes en municipios con población mayor de 100.000 habitantes fue de 601,8 por 100.000 y de 525,7 por 100.000 para los de los residentes en poblaciones de menos de 8.000 habitantes. Se han clasificado los casos según su el tamaño de sus municipios de residencia en 10 grupos, el menor de 0 a 500 habitantes, de 500 a 1.000, y así progresivamente hasta los de más de 100.000 habitantes. En las tasas para cada grupo se observa efecto "dosis-respuesta", esto es, a mayor tamaño del municipio de residencia mayor tasa de incidencia. Este aumento de las tasas según el tamaño de municipio ocurre sobre todo en los hombres, en los cuales las diferencias son significativas para los residentes en poblaciones menores de 8.000 habitantes.

Conclusiones/Recomendaciones: Hay gran variabilidad en las tasas de cáncer a nivel de municipio. Las tasas de cáncer de los hombres residentes en poblaciones menores de 8.000 habitantes son significativamente menores que las de los residentes en poblaciones de más de 100.000 habitantes de la CAPV.

731. INCIDENCIA DE CÁNCER EN NAVARRA Y PROYECCIONES A 2015

J. Etcheberria, M. Guevara, R. Burgui, M.J. Urbina, E. San Román, C. Moreno-Iribas, A. Ameijide, J. Galcerán, E. Ardanaz

Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra; Departamento de Estadística e I.O., Institute for Advanced Materials (INAMAT), Universidad Pública de Navarra; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra; Registro de Cáncer de Tarragona, Fundación Liga para la Investigación y Prevención del Cáncer (FUNCA); Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili; Universitat Rovira i Virgili.

Antecedentes/Objetivos: Desde hace algunas décadas el cáncer es una de las enfermedades de mayor importancia en salud pública. En la población navarra el cáncer es una de las principales causas de muerte junto con problemas del sistema circulatorio y respiratorio. El objetivo de este estudio es describir la evolución del cáncer en Navarra en las últimas décadas, utilizando los datos de incidencia más actuales disponibles en el momento del estudio y proporcionar proyecciones hasta 2015 como indicador de la situación actual de dicha enfermedad.

Métodos: Se consideraron los datos de incidencia del Registro de Cáncer de Navarra, correspondientes al periodo 1991-2008, a partir de los cuales se estimaron las tasas de incidencia (TI) estandarizadas por edad a la población europea por quinquenios y sexo para el total del cáncer (excepto piel no melanoma) y para las distintas localizaciones. Además, mediante un modelo log-lineal que ajustaba las TI en función del año de diagnóstico y el grupo quinquenal de edad, se proporcionó el porcentaje de anual de cambio de las TI de 1995 hasta 2008 y la predicción hasta 2015 para el total del cáncer y localizaciones más relevantes en cada sexo.

Resultados: El número total de casos observados fue de 7.922 (60% hombres). Entre los hombres el cáncer de próstata fue el más frecuente, seguido del cáncer de pulmón y vejiga urinaria. Si considerásemos los cánceres de colon y recto en conjunto, este ocuparía el tercer lugar. En mujeres, los más frecuentes fueron mama, colon y recto y cuerpo uterino. Para 2015 se estimaron 3.559 nuevos casos de cáncer (2.182 en hombres y 1.377 en mujeres), previéndose una estabilización de la incidencia en el total del cáncer para hombres y un ligero ascenso en mujeres. En los hombres las tasas previstas para 2015 indican un ligero aumento en la incidencia del cáncer de próstata y colon mientras que el cáncer de pulmón y vejiga tienden a estabilizarse. En mujeres, se prevé un ligero aumento en la incidencia de cáncer de mama, colon y cuerpo uterino, no se observa dicha tendencia para el recto. Es importante destacar una tendencia al alza de la incidencia por cáncer del pulmón en mujeres.

Conclusiones/Recomendaciones: El estudio de la evolución y situación actual del cáncer aporta información de gran utilidad que permite definir prioridades, políticas y estrategias de salud. Las proyecciones contribuyen al conocimiento de la carga de enfermedad más actualizada.

308. CÁNCER EN LA ADOLESCENCIA EN LA PROVINCIA DE GRANADA, 1985-2013

E. Molina-Portillo, Y.L. Chang-Chan, M. Rodríguez-Barranco, D. Redondo, E. Salamanca-Fernández, M.J. Sánchez

Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Registro de Cáncer de Granada; Instituto de Investigación Biosanitaria (IBS Granada), Hospitales Universitarios de Granada/Universidad de Granada; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El cáncer en la adolescencia, al igual que ocurre con el cáncer infantil, difiere del que ocurre en adultos en su origen, histología, pronóstico y respuesta al tratamiento, lo que hace necesario su estudio como una entidad diferente. **Objetivos:** describir la incidencia de cáncer en adolescentes en la provincia de Granada durante el período 1985-2013, según sexo y grupos diagnósticos, y analizar las tendencias temporales de la incidencia según sexo.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal, de base poblacional. Fuente de información: Registro de Cáncer de Granada (RCG), un registro de cáncer de población que cubre una población próxima a 900.000 hab. Sujetos de estudio: se incluyen todos los casos incidentes de cáncer en adolescentes (15-19 años), residentes en la provincia de Granada, diagnosticados por primera vez en el periodo 1985-2013. Se consideraron 12 grupos de diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Cáncer Infantil, 3ª edición (ICCC-3). Análisis estadístico: modelo de regresión loglineal (Joinpoint regression) de tasas brutas para estimar Porcentaje de Cambio Anual (PCA), IC95% y puntos de inflexión. Se presentan: número de casos nuevos y tasas brutas, expresadas por millón de chicos/as.

Resultados: Entre 1985-2013 se registraron un total de 351 casos nuevos (53% chicos y 47% chicas). El cáncer en adolescentes representó el 0,4% de todos los tumores malignos registrados en ese periodo en el RCG (excluyendo el cáncer de piel no melanoma), lo que significa, para ambos sexos, una tasa bruta de 193,9 por millón. Las tasas fueron más elevadas en los chicos (202,2 y 185,2 por millón de chicos y chicas, respectivamente). Los cánceres más frecuentes fueron los linfomas (14%), melanomas malignos y otras neoplasias epiteliales malignas (13%) y los tumores del sistema nervioso central (9%). El análisis de las tendencias temporales de la incidencia del cáncer en adolescentes en Granada para el periodo 1985-2013, muestra un aumento estadísticamente significativo tanto para chicos como para chicas, con PCA de +2,8% y +2,4%, respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: El cáncer en la adolescencia, análogamente al cáncer infantil, necesita un estudio epidemiológico específico y la colaboración del equipo de oncología pediátrica, para mejorar la atención y la supervivencia de los adolescentes con cáncer en nuestro ámbito.

566. CAMBIOS EN LA TENDENCIA DE LA INCIDENCIA DE MELANOMA CUTÁNEO EN LA REGIÓN DE MURCIA

D. Salmerón, M.D. Chirlaque, I. Valera, J. Tortosa, C. Navarro

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Consumo, IMIB-Arrixaca, Murcia; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: El melanoma cutáneo, más frecuente en hombres adultos y personas de raza blanca que viven en regiones con climatología soleada, ha estado aumentando considerablemente en las últimas décadas. El objetivo fue estudiar la incidencia y tendencia del melanoma cutáneo en la Región de Murcia en el periodo 1983-2009.

Métodos: Estudio longitudinal de casos incidentes de melanoma cutáneo en el periodo 1983-2009, del registro poblacional de cáncer de Murcia. Se seleccionaron los casos invasivos con topografía C44 y rango de histología 8720-8790, en CIE-O-3. Las variables utilizadas fueron género, grupo de edad, fecha de diagnóstico, tipo histológico, y sublocalización de la piel. Se han calculado las tasas brutas y ajustadas a la población europea estándar por 100.000 habitantes. La tendencia de las tasas ajustadas se analizó usando modelos de regresión Joinpoint, obteniendo el porcentaje de cambio anual (PCA) y su intervalo de confianza (IC) al 95%. Se usaron modelos Joinpoint para proyectar las tasas hasta 2009, usando solo los años previos a los puntos de cambio, para cuantificar el efecto del cambio de tendencia de las tasas.

Resultados: En 1983-2009 se diagnosticaron 2.253 casos. Las localizaciones más frecuentes fueron piel del tronco en hombres, y piel de las extremidades en mujeres. El melanoma de extensión superficial fue el más frecuente (53%) en 2007-2009, seguido del melanoma nodular (14%) y el melanoma maligno del lentigo (6%). El 27% de los casos fueron melanoma maligno SAI y otros melanomas. Las tasas ajustadas aumentaron globalmente de 2,7 en 1983-1987, a 9,5 en 2007-2009 en hombres, y de 3,1 a 10,9 en mujeres. El modelo detecta un punto de cambio en la tendencia de las tasas en el año 1997 para los hombres.

Hasta dicho año la tendencia fue creciente con un PCA de 9,6% (IC: 6,5 a 12,8), y después siguió aumentando pero con un PCA de 1,8% (IC: -0,2 a 3,9). Proyectando la incidencia del periodo 1983-1996, la tasa estimada en 2009 sería 14, un 51% más que la tasa observada. Las tasas en las mujeres mostraron un comportamiento similar, detectándose un cambio de tendencia en el año 1998, siendo el PCA 7,9% (IC: 4,7 a 11,2) en 1983-1998, y 0,7% (-2,1 a 3,6) en 1998-2009. Proyectando la incidencia del periodo 1983-1997, la tasa estimada en 2009 sería 22,7, un 92% más que la tasa observada.

Conclusiones/Recomendaciones: La incidencia de melanoma en la Región de Murcia ha aumentado progresivamente, encontrándose un punto de cambio en la tendencia a finales de los años 90. El grupo histológico mayoritario es el melanoma de extensión superficial y la localización más frecuente piel del tronco y piel de las extremidades.

220. DIFERENCIAS POR GÉNERO EN EL CÁNCER DE PULMÓN. SEVILLA, 2007-2012

I. Pavón Real, A. Candau Fernández, C. Durán Freire, G. Espinosa Arauz, A. Lazo Mérida, I. Martín Juárez, F. Moreno Pardo, T. Nuño Casas

Servicio Andaluz de Salud; Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Antecedentes/Objetivos: Identificar las diferencias en el diagnóstico del cáncer de pulmón, por sexos, en la provincia de Sevilla en el periodo 2007-2012.

Métodos: Se recogen los casos nuevos (incidentes) de cáncer de pulmón de las personas residentes en Sevilla, en el periodo 2007-2012. Los datos se han extraído de la aplicación del Registro de Cáncer de Andalucía. Fuentes de datos: CMBD de los hospitales públicos, e informes de anatomía patológica de los hospitales públicos y privados. La unidad de registro es el tumor. Variables recogidas en el registro: Datos demográficos, datos del tumor (fecha incidencia, morfología, topografía, grado de diferenciación, extensión, estadio y tratamientos) y de seguimiento (último contacto y fecha de defunción). La codificación se basa en las normas internacionalmente consensuadas (C103). Se ha realizado un estudio descriptivo de las variables: edad, estadio clínico y tipo de tumor.

Resultados: El número de pacientes con cáncer de pulmón es de 4.256 hombres y 694 mujeres. La media de edad en hombre es de 67 años y en mujer de 63. El 40,1% (278) de las mujeres y el 23,5% (995) de los hombres diagnosticados son menores de 60 años. Aunque no se aprecia un aumento en la incidencia de cáncer de pulmón en las mujeres, en la provincia de Sevilla, si se ha podido identificar diferencias en algunas de las variables. Si se observan diferencias en la edad, siendo la frecuencia relativa de la mujer mayor en los menores de 60 años. Existe diferencias en el tipo de tumor, en el hombre el epidermoide es el más común con un 29,5% y, en la mujer es el adenocarcinoma con un 34,4%. No se observan diferencias por estadios, en el momento del diagnóstico, entre hombres y mujeres.

Nº de casos, tasas de incidencia brutas y estandarizadas por edad						
Años	Nº		T. bruta		T. estandarizada	
	H	M	H	M	H	M
2007	735	98	78,8	10,1	70,4	8,1
2008	694	102	75,0	10,7	74,3	9,4
2009	691	109	74,1	11,3	73,0	10,5
2010	697	131	74,1	13,4	71,8	11,4
2011	717	117	75,8	11,9	72,1	9,4
2012	722	135	76,0	13,7	71,7	11,6

Estadios por sexos					
Estadio	I	II	III	IV	No consta
Hombre	408 (9,6%)	203 (4,8%)	810 (19,0%)	2.040 (47,9%)	791 (18,6%)
Mujer	67 (9,7%)	35 (5,0%)	116 (16,7%)	361 (52,0%)	111 (16,0%)

Tipo de tumor por sexo		
	Hombre	Mujer
Adenocarcinoma	837 (19,8%)	239 (34,4%)
Epidermoide	1.257 (29,5%)	90 (13,0%)
Microcíticos	675 (15,9%)	97 (14,0%)
Cel no pequeñas	595 (14,0%)	81 (11,7%)

Conclusiones/Recomendaciones: Para validar que existen un perfil diferente del cáncer de pulmón en la mujer, en la provincia de Sevilla, sería necesario analizar un periodo mayor para comparar con lo descrito en otros ámbitos.

112. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA OBSERVADA EN MUJERES DE JAÉN CON CÁNCER DE MAMA DIAGNOSTICADAS EN 2008, 2009 Y 2010: TENDENCIAS Y ANÁLISIS SEGÚN VARIABLES

M.I. Sillero Arenas, L. Muñoz Collado

Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Antecedentes/Objetivos: En 2008 se puso en marcha el Registro de Cáncer de Andalucía con sedes en cada una de las provincias andaluzas. En Jaén se han registrado los tumores de mama diagnosticados desde el año 2008 hasta la actualidad. Estudiamos la supervivencia observada a los 5 años del diagnóstico, a fin de evaluar las tendencias observadas en tres cohortes de casos consecutivos así como analizamos su comportamiento según edad, estadio del tumor y antecedente de diagnóstico por cribado para los casos del 2010.

Métodos: Caso registrable: la condición para registrar un caso en el Registro de Cáncer de Andalucía es la de residir en Andalucía y haber sido diagnosticado por primera vez de un cáncer, con posterioridad a la fecha prevista de inicio de la actividad del Registro. Además en la inclusión de un caso en el registro se utilizan criterios de topografía, morfología, base de diagnóstica, antecedente de cribado, estado del tumor y tratamiento aplicado. Supervivencia: se analiza la supervivencia observada a los 5 años desde la fecha del diagnóstico del tumor. La revisión de la fecha del fallecimiento se ha llevado a cabo tras consulta al INDEF de todos los casos registrados.

Resultados: En Jaén se han registrado 236, 238 y 248 tumores de mama invasivos diagnosticados en 2008, 2009 y 2010. La supervivencia a 5 años observada ha sido del 75,4%, 79%, y 80,24% respectivamente, en un ascenso marcado y mejorando en sucesivas cohortes. Si se considera la supervivencia de las mujeres diagnosticadas con edad de cribado, en esos mismos años, se han alcanzado valores del 85,15%, 89,32% y 88,6%, lo que supone un 10% de incremento sobre la valoración de la misma para todas las edades. A las mujeres diagnosticadas en 2010 se ha estudiado su supervivencia según el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico pasando del 92,6 para el estadio I hasta un 19,1% para el estadio IV. Para esta misma cohorte, si se considera solo las diagnosticadas en edad de cribado, aquellas detec-

tadas por el programa de cribado han presentado una supervivencia de 98,21% frente al 82,61% de las diagnosticadas fuera de cribado.

Conclusiones/Recomendaciones: El análisis de la supervivencia observada para las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama muestra una tendencia hacia la mejora en el pronóstico a lo largo de estos años. También resulta más favorable para aquellas que han sido detectadas por el programa de cribado y para las diagnosticadas en estadios menos avanzados. Estos resultados son acordes a los obtenidos tras evaluar los datos de nuestro registro y los correspondientes a la evaluación del programa de detección precoz de cáncer de mama. No obstante debería ser completado con el estudio de la supervivencia relativa también a los 5 años.

372. SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE PULMÓN EN PACIENTES TRATADOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN ZARAGOZA (ESPAÑA)

I.R. Barbosa, D.L. Souza, I.C. Costa, M.M. Bernal, J. Jerez-Roig

Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: En el siglo XX, la incidencia y la mortalidad por cáncer de pulmón ha aumentado considerablemente en la mayoría de países europeos, y esta enfermedad ha sido considerada una de las mayores epidemias del siglo pasado. En España, la incidencia global ha ido aumentando de manera ininterrumpida a lo largo del pasado siglo, especialmente en los hombres, estimándose que cada año se producen 18.500 casos nuevos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), constituye una enfermedad que se encuentra en clara progresión, con previsiones para los próximos 20 años de aumento de la mortalidad, en parte debido al aumento de la incidencia en mujeres. El objetivo de esta investigación fue estudiar la supervivencia en el cáncer de pulmón de pacientes tratados en un hospital de referencia de Zaragoza.

Métodos: La población estudiada fue diagnosticada de cáncer de pulmón en la provincia de Zaragoza, España, entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2009. La información fue recogida, analizada y seguida activamente por el Registro de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) del Hospital Universitario Lozano Blesa hasta el 31 de agosto de 2014. La supervivencia observada fue calculada por el método de Kaplan-Meier. Para calcular la supervivencia relativa se utilizó el cálculo automatizado del Instituto Catalán de Oncología. La supervivencia fue calculada y comparada teniendo en cuenta el total de casos y los factores pronósticos como sexo, el grupo de edad, el tipo histológico del tumor y la fase de la enfermedad.

Resultados: El tiempo medio de supervivencia fue de 25,74 meses. No hubo diferencia al comparar los grupos de edad ($p = 0,151$), el sexo ($p = 0,369$) y el tipo histológico del tumor ($p = 0,086$); la supervivencia por estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico reveló diferencias estadísticamente significativas (p -valor $< 0,001$). La supervivencia relativa a los 5 años del diagnóstico para el grupo de individuos analizados fue del 14%. La supervivencia fue mayor para los hombres (15,5%), en las personas menores de 60 años (16,7%) y los tumores de tipo escamoso (18,7%). La supervivencia según el estadio tumoral estaba de acuerdo con la referencia TNM Staging System for Lung Cancer.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados sugieren que la tasa de supervivencia global para el cáncer de pulmón en Zaragoza sigue siendo muy baja a largo plazo y ésta depende del estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

460. MORTALIDAD POR CÁNCER COLORRECTAL EN CANARIAS Y ESPAÑA, 1980-2013

M. Gil Muñoz, M.M. Martín Rodríguez, P.L. Lorenzo Ruano

Servicio Canario de la Salud, Dirección General de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer colorrectal es uno de los tumores más frecuentes y el tercero en mortalidad en Europa, tendiendo a aumentar su incidencia y el número de fallecimientos. En España es el más frecuente y el segundo en mortalidad tanto en hombres como en mujeres, siendo su tasa de supervivencia a los 5 años del 54%. El objetivo es describir las diferencias en la mortalidad por sexo y edad entre Canarias y España en el periodo 1980-2013.

Métodos: Los datos de defunciones y de población proceden del INE, correspondiendo al cáncer colorrectal los códigos 153-154 (CIE9) y C18-C21 (CIE10). Se calcularon las tasas de mortalidad brutas y estandarizadas por sexo y edad, tomando como población estándar la europea. Las tasas específicas por sexo y grupos decenales de edad se calcularon a partir de los 45 años. Además, se calcularon las razones de tasa entre Canarias y España. La mortalidad prematura se calculó a partir de los Años potenciales de vida perdidos (APVP), tomando las edades de 1 y 70 años como límites. Para valorar las tendencias se utilizó un modelo de regresión de joinpoint, que identifica el momento en que se producen cambios los significativos así como su magnitud (PCA: % cambio anual); se estableció un máximo de dos puntos de cambio, fijándose la significación estadística en el 0,05%.

Resultados: En el periodo 1980-2013, los tumores colorrectales representaron el 11 y el 8,8% de las defunciones debidas a tumores en las mujeres y los hombres de Canarias respectivamente (en España: 13,4 y 10,4%), aportando los hombres más del 55% en ambos territorios. En Canarias, de las 9.396 muertes por esta causa el 39% fueron prematuras (en España: 347.006, 33%), lo que supone una pérdida de 27.748 APVP (en España: 1.162.426). En los hombres, los grupos de edad donde se concentra el mayor número de muertes son los de 65-74 y 75-84 años (más del 60%) en ambos territorios; en las mujeres es el de 65 y más años (74% en Canarias y 80% en España). Los grupos de edad más avanzados aumentaron su importancia relativa con el paso del tiempo. La mortalidad en Canarias fue ligeramente inferior a la de España en ambos sexos, con unas razones de tasa del -10%. Por grupos de edad, la mortalidad fue algo superior en Canarias en los hombres de 45-54 y en las mujeres de 65-74 años. La tendencia es ascendente en ambos sexos y por grupos de edad, siendo en general más evidente en Canarias.

Conclusiones/Recomendaciones: La mortalidad por cáncer colorrectal presenta una evolución ascendente, por lo que sería necesario continuar desarrollando programas dirigidos a reducir o eliminar los factores de riesgo, así como potenciar el diagnóstico precoz a través del programa de cribado poblacional.

467. MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN CANARIAS Y ESPAÑA, 1980-2013

M. Gil Muñoz, M.M. Martín Rodríguez, P.L. Lorenzo Ruano

Servicio Canario de la Salud, Dirección General de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En Europa, el Cáncer de pulmón es el tumor más frecuente y el que más muertes ocasiona en los hombres; en las mujeres supone la 3ª causa de mortalidad. En España, su importancia se mantiene en los hombres y aumenta en las mujeres, siendo su tasa de supervivencia a los 5 años del 11%. El objetivo es describir las diferencias en la mortalidad por sexo y edad entre Canarias y España en el periodo 1980-2013.

Métodos: Los datos de defunciones y de población proceden del INE, correspondiendo al cáncer de pulmón los códigos 162 (CIE9) y C33-C34 (CIE 10). Se calcularon las tasas de mortalidad brutas y estandarizadas por sexo y edad, tomando como población estándar la europea. Las tasas específicas por sexo y grupos decenales de edad se calcularon a partir de los 35 años. Además, se calcularon las razones de tasa entre Canarias y España. La mortalidad prematura se

calculó a partir los años potenciales de vida perdidos (APVP), tomando las edades de 1 y 70 años como límites. Para valorar las tendencias se utilizó un modelo de regresión de joinpoint, que identifica el momento en que se producen cambios los significativos así como su magnitud (PCA: % cambio anual); se estableció un máximo de dos puntos de cambio fijándose la significación estadística en el 0,05%.

Resultados: En el periodo 1980-2013 alrededor del 25% de las defunciones registradas en España y en Canarias se debieron a Tumores; y dentro de ellos, los de pulmón representaron en torno al 25% en los hombres y al 6% en las mujeres. De las 17.636 defunciones en Canarias por esta causa -los hombres aportaron el 80% (87% en España)- el 56% fueron prematuras (en España 546.736, 51%), lo que supone 111.265 APVP (2.907.120 en España). El 80% de las defunciones se concentró en el grupo de 55-84 años en los hombres, y alrededor del 70% en las mujeres. Los hombres de 75 y más años y las mujeres entre 45-64 años aumentaron su importancia relativa con el paso del tiempo. Respecto a España, Canarias presentó una mortalidad ligeramente inferior en los hombres y superior en las mujeres, con unas razones de tasa del -10% y del 40% respectivamente, manteniéndose estas razones de tasas en todos los grupos de edad estudiados en general. Con alguna excepción, las tendencias fueron descendentes en los hombres y ascendentes en las mujeres en ambos territorios y en todos los grupos de edad, excepto en los hombres de 85 y más años.

Conclusiones/Recomendaciones: La mortalidad por cáncer de pulmón presenta una evolución estable en los hombres y creciente en las mujeres. Al ser evitables muchas de las muertes, y estar tan relacionadas con el tabaquismo, habría que continuar con intervenciones orientadas a su reducción, sobre todo en las mujeres.

515. MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA Y DE PRÓSTATA EN CANARIAS Y ESPAÑA, 1980-2013

M. Gil Muñoz, M.M. Martín Rodríguez, P.L. Lorenzo Ruano

Servicio Canario de Salud, Dirección General de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En Europa, el cáncer de mama es el tumor más frecuente y de mayor mortalidad en las mujeres; y el de próstata el más común en los hombres y el tercero en mortalidad. En España, la supervivencia a los 5 años es del 83 y del 66% respectivamente. El objetivo es describir las diferencias en la mortalidad por edad entre Canarias y España en el periodo 1980-2013.

Métodos: Los datos proceden del INE, correspondiendo los códigos 174,175 (CIE9) y C50 (CIE10) al C. mama y 185 (CIE9) y C61 (CIE10) al C. próstata. Se calcularon las tasas de mortalidad brutas y estandarizadas por edad; las tasas específicas por grupos decenales de edad a partir de los 45 años; y las razones de tasa entre Canarias y España. La mortalidad prematura se calculó a partir de los APVP, tomando las edades de 1 y 70 años como límites. Para valorar las tendencias se utilizó un modelo de regresión de joinpoint, que identifica el momento en que se producen cambios significativos, así como su magnitud (PCA); se estableció un máximo de dos puntos de cambio, fijándose la significación estadística en el 0,05%.

Resultados: En el periodo 1980-2013, el C. de mama representó el 18 y 16% de las defunciones debidas a tumores en las mujeres canarias y españolas, respectivamente. Las canarias aportaron 6.825 muertes, el 56% prematuras, con una pérdida de 55.692 APVP; las españolas contribuyeron con 185.127, el 54% prematuras y 1.448.103 APVP. En ambos territorios el grupo de 55-84 años concentró más del 63% de las muertes; con el paso del tiempo aumentaron su importancia relativa las de 75 y más años. La mortalidad en Canarias fue superior a la media española, con una razón de tasa del 10%, siendo esta razón superior en los grupos de 65 y más años. La tendencia general y por

grupos de edad es descendente, excepto en los de 75-84 y 85 y más años, que es ascendente, siendo más evidente en Canarias. En el periodo 1980-2013, al C. de próstata se le atribuyó un 9% de las defunciones debidas a tumores en ambos territorios, aportando los canarios 5.665 muertes, siendo prematuras el 18,1%, con una pérdida de 6.534 APVP; en España se registraron 166.256 muertes, un 15,4% prematuras y 157.201 APVP. Los mayores de 65 años contribuyeron con algo más del 90% de las muertes, aportando más del 40% el grupo de 75-84 años. El grupo de 85 y más años incrementa su importancia relativa con el paso del tiempo. La mortalidad en Canarias fue ligeramente superior a la media española, con una razón de tasa del 10%, siendo esta razón superior en el grupo de 65-74 años. La tendencia general y por grupos de edad es descendente, excepto en el grupo de 85 y más años, que asciende.

Conclusiones/Recomendaciones: La mejora en los recursos terapéuticos, la eficacia de los programas de prevención y de diagnóstico precoz y los cambios en los estilos de vida están contribuyendo al descenso de la mortalidad por estos tipos de tumores.

793. MORTALIDAD POR CÁNCER EN ESPAÑA: TENDENCIA EN LA CONTRIBUCIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS ESPECÍFICOS DE CÁNCER DESDE 1975

L. Cirera, D. Salmerón, M. Ballesta, C. Martínez, C. Navarro

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad, IMIB-Arrixaca, Región de Murcia; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Departamento de Ciencias Socio-Sanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: Desde 1975 la tendencia en España de la mortalidad por neoplasias malignas ha sido muy variable, por ello es importante saber qué tipos específicos de tumores han podido contribuir en ello. Objetivo: determinar los tumores que más han contribuido en la tendencia temporal de la mortalidad por cáncer en España.

Métodos: Se calcularon las tasas anuales por 100.000 habitantes de mortalidad general por neoplasia maligna y por neoplasias específicas entre 1975 y 2013, ajustadas por edad a la población estándar europea mediante método directo. Se midieron los cambios de tendencia lineal a través de modelos de regresión Joinpoint, se hallaron los porcentajes de cambio anual (PCA) y sus intervalos de confianza (IC) al 95%. Para cada periodo donde no hubo cambio de tendencia, los tumores específicos que tenían las mayores tasas se consideraron como los más contributivos a la mortalidad general por cáncer.

Resultados: La tasa de mortalidad por cáncer en España fue creciente hasta el año 1995 donde empezó un pronunciado descenso. Se detectaron 5 periodos con diferente tendencia: creciente en 1975-1981 (PCA = 0,1, IC: -0,2, 0,5), 1981-1988 (PCA = 1,5, IC: 1,2, 1,8), 1988-1995 (PCA = 0,3, IC: 0,0, 0,6); y decreciente en 1995-2009 (PCA = -1,3 IC: -1,3, -1,2) y 2009-2013 (PCA = -0,5, IC: -1,0, -0,1). Los tumores específicos que más contribuyeron en cada periodo fueron: estómago, tráquea-bronquios-pulmón y mama en el primer periodo; tráquea-bronquios-pulmón, estómago y mama en el segundo; tráquea-bronquios-pulmón, estómago y colon en el tercero; tráquea-bronquios-pulmón, colon y mama en el cuarto; y por último tráquea-bronquios-pulmón, colon, mama y páncreas en el quinto.

Conclusiones/Recomendaciones: El cáncer de tráquea-bronquios-pulmón y el de mama fueron los que más contribuyeron entre todos los periodos a la tendencia de la tasa de mortalidad general por neoplasias malignas, dejando de tener influencia el cáncer de estómago y tomando contribución el de colon y páncreas en los últimos años.

CP11. Desigualdades en salud

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Pantalla 3

Modera: Unai Martín Roncero

101. CRISIS ECONÓMICA Y MORTALIDAD EVITABLE TRATABLE EN ESPAÑA

E. Sanchís-Matea, J. Moncho, P. Pereyra-Zamora, N. Tamayo-Fonseca, P. Caballero, A. Nolasco

Unidad de Investigación en Análisis de la Mortalidad y Estadísticas Sanitarias, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Estudios previos sobre los efectos de la reciente crisis económica en la salud no proporcionan conclusiones claras. Algunos han asociado crisis económica con resultados de salud positivos, en controversia con otros que apuntan a que la crisis económica puede plantear graves problemas para la salud. Existen pocos estudios sobre la tendencia de la mortalidad evitable tratable y su asociación con indicadores socioeconómicos en el actual periodo de recesión económica. Se pretende, para España y por provincias, describir la evolución de los riesgos de mortalidad general (por cualquier causa de muerte) y de mortalidad tratable (por causas evitables tratables) del periodo 2002-2007 (anterior al inicio de la crisis económica) al periodo 2008-2013 (en crisis económica) así como analizar la relación de los cambios en los riesgos de muerte con indicadores socioeconómicos del impacto de la crisis a nivel provincial.

Métodos: Estudio ecológico de tendencias de mortalidad general (MG) y tratable (MT) para los periodos 2002-07 (pre crisis) y 2008-13 (crisis), para el conjunto de España y por provincias. A partir del Instituto Nacional de Estadística se obtuvieron todas las muertes en residentes en España durante los periodos a estudio y las poblaciones anuales provinciales y para el conjunto de España, por edad y sexo. Para la mortalidad general y tratable se calcularon para España y provincias las tasas estandarizadas (método directo) (TE) de cada periodo y los cambios porcentuales de las mismas del primer al segundo periodo. Se analizó la relación entre los cambios porcentuales e indicadores provinciales de impacto de la crisis (vulnerabilidades inmobiliaria, económica, social y global).

Resultados: La MT representó el 8,25% (4,71% en hombres y 3,54% en mujeres) de la MG en el periodo 2002-07 y 6,93% (3,94% en hombres y 2,99% en mujeres) en el periodo 2008-2013. En España y por provincias, en general las TE de MG y MT descendieron de un periodo a otro, tanto en hombres como en mujeres, siendo los descensos mayores en MT. Por provincias, los descensos de MT presentaron mayor desigualdad (variabilidad) que los de MG. En general, los descensos de MG y MT se asociaron directa y significativamente con los indicadores de vulnerabilidad (a mayor vulnerabilidad mayor descenso de las tasas).

Conclusiones/Recomendaciones: La MT descendió más que la MG entre los periodos a estudio, de forma desigual por provincias. Los mayores descensos se asociaron a peores indicadores de vulnerabilidad. El análisis de las tendencias de mortalidad y su relación con indicadores socioeconómicos en situaciones de crisis debe ser realizado con precaución, teniendo en cuenta posibles efectos cuantitativos de carácter procíclico. Es necesario estudiar los descensos y asociaciones según causas específicas.

769. CRECER EN UN CONTEXTO DE VULNERACIÓN SOCIOECONÓMICA. PERSPECTIVA DE ADULTOS CON MENORES A CARGO

A.L. Zamora Sarabia, R.H. Guterman, B. Sanz Barbero, A. Rico Gómez, L. Otero García

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Nuestra Señora del Prado; Sección Departamental de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Si bien no se ha visto que la crisis económica en España haya impactado en la salud de los/las menores a nivel poblacional, sí se ha visto un impacto en salud general, en salud mental y en el uso de los servicios sanitarios en grupos vulnerables (Rajmilet al., 2015; Novoa et al., 2013). El objetivo del estudio es conocer las percepciones de madres y padres que acuden a un banco de alimentos sobre 1) el impacto en salud de la situación de vulnerabilidad socioeconómica en dichos menores y 2) los recursos empleados para mantener, recuperar o mejorar la salud de sus hijos/as.

Métodos: Estudio cualitativo con 15 entrevistas en profundidad a adultos (10 mujeres y 5 hombres) con hijos/as a cargo que forman parte del Banco de Alimentos 15M de Tetuán. Las variables utilizadas para describir los perfiles fueron: sexo, lugar de origen (español; extranjero) y situación laboral (empleado/a; desempleado/a). Tanto el consentimiento oral como las entrevistas se registraron auditivamente. Se realizó un análisis del contenido clásico de los datos, usando el programa informático Open Code (v 4.02).

Resultados: Según los padres y madres, los/as menores manifiestan malestar y preocupación por la carencia material y psicosocial que viven, que afecta a su salud mental alterando el rendimiento escolar, disminuyendo su autoestima, o provocando conductas disruptivas en adolescentes. Además, consideran que la mala alimentación de sus hijos/as incide en su crecimiento y desarrollo, y provoca sobrepeso y obesidad. Los recursos para mantener, recuperar o mejorar la salud de los/as menores son limitados por el desempleo y la insuficiencia de los sistemas de ayuda. El sistema sanitario no se piensa como un lugar donde resolver los problemas de salud de sus hijos/as derivados de su situación actual. El principal recurso para asegurar la alimentación es el banco de alimentos, aunque no llega a permitir una nutrición saludable. Los padres y las madres intentan que los hijos/as se den cuenta lo menos posible de su dificultad, y tratan de tranquilizarlos/as y que se sientan queridos/as para reducir el impacto de la situación en su salud mental. Sin embargo, los/as menores son conscientes de las dificultades de su entorno, y toman parte activa en los problemas que viven.

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudio aporta información para comprender el impacto en salud en menores en situación de vulneración socioeconómica en España y para tratar de abordar la reducción de dicho impacto en salud.

816. EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA DE COLUNA NO BRASIL: CICLO VITAL, PREVALÊNCIA E DESIGUALDADE SOCIAL

D.E. Romero, D.C. Santana, J.M. Rodrigues, P.R. Souza-Junior, A.P. Marques

FIOCRUZ.

Antecedentes/Objetivos: A doença crônica da coluna (DCC) é um dos desafios que surge com a transição demográfica e epidemiológica. Por sua alta prevalência é considerada como uma nova epidemia da sociedade. A DCC tem alta repercussão na qualidade de vida, impacta no orçamento social e familiar e é uma das principais causas de absentismo laboral e de procura de consulta médica. Estudos mostram que a severidade da doença aumenta acentuadamente com a idade. Ainda assim, é uma enfermidade pouco estudada em uma pers-

pectiva epidemiológica e demográfica. O objetivo geral deste trabalho é estudar a epidemiologia da DCC no Brasil. Os objetivos específicos são estudar o ciclo de vida da DCC para propor medidas de prevenção da doença, estudar a relação entre a DCC e fatores demográficos, socioeconômicos, fatores de risco, tipo de intervenção e outras doenças crônicas e analisar o impacto da DCC nas atividades da vida diária segundo etapas do ciclo de vida.

Métodos: Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional de Saúde – (PNS) de 2013. A definição de doença crônica de coluna utilizada é: desvio, curvatura anormal ou deformidade da coluna vertebral. Estimam-se as prevalências da DCC e medidas de associação (p valor e razão de chance) com fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida, auto avaliação da saúde, outras doenças e tipo de intervenção.

Resultados: A DCC foi a doença mais prevalente entre as 14 enfermidades estudadas na PNS, com uma prevalência de 18,5%, sendo mais acentuada entre a população feminina. Foi observado um aumento acelerado da prevalência entre os 20 e 50 anos de idade, porém, posteriormente esta se mantém estável. Aproximadamente 67% das pessoas com DCC dizem sofrer alguma limitação em suas atividades habituais. Pessoas com uma má auto avaliação da saúde, do sexo feminino, com baixa escolaridade, de área rural, com depressão ou artrite são mais propensas a desenvolverem DCC. Cerca de 50% das pessoas com DCC não realizam nenhum tipo de tratamento ou utilizam medicamentos e 10% fazem somente fisioterapia.

Conclusiones/Recomendaciones: Há necessidade de conhecer a epidemiologia da DCC, levando em consideração sua frequência, distribuição, determinantes e fatores associados, com o objetivo de contribuir com o controle e prevenção da doença. É importante analisar as consequências da DCC para desenvolver estratégias de prevenção e tratamento eficientes. O acesso da população aos serviços de saúde preventivos, como a fisioterapia, constitui um aspecto importante dos estudos epidemiológicos da doença, o que reforça a necessidade de produção de novos dados e pesquisas sobre o assunto.

649. NECESITAR Y PRESTAR CUIDADO: ¿SON EL GÉNERO Y LA CLASE SOCIAL EJES DE DESIGUALDAD?

I. Mosquera, U. Martín, I. Larrañaga

OPIK Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico, Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa, Bizkaia; Departamento de Salud, Delegación Territorial de Gipuzkoa, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: La literatura muestra que entre las personas socialmente más desfavorecidas existe una mayor carga de enfermedad y un peor acceso a los servicios sociosanitarios, lo que genera una mayor necesidad de cuidado. Además se describen desigualdades de género en la provisión de cuidado, asumida principalmente por mujeres del entorno familiar. Pero pocos estudios analizan las desigualdades socioeconómicas en el cuidado, y aún menos examinan conjuntamente desigualdades socioeconómicas y de género tanto en la necesidad como en la provisión de cuidados no remunerados. El estudio analiza las desigualdades de género y de clase social (CS) entre las personas que precisan cuidados y quienes los prestan en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV).

Métodos: Estudio transversal basado en los datos de la Encuesta de Salud de la CAV de 2013. Se analizan las necesidades de cuidado y los cuidados no remunerados en la población de la CAV. En esta última variable se diferencian: los cuidados dentro del hogar, los prestados a personas de otro hogar, si la persona es la cuidadora principal y si cuida sin ayuda. Se calculan, ajustadas por edad, las razones de prevalencia (RP) por sexo y CS basada en la ocupación. Las desigualdades socioeconómicas se analizan separadamente en hombres y mujeres.

Resultados: La necesidad de cuidados fue mayor en mujeres que en hombres (RP = 1,53; IC: 1,32-1,77), así como la probabilidad de ser cuidadora (RP = 1,22; IC: 1,08-1,38), cuidar sin ayuda (RP = 1,39; IC:

1,10-1,74), ser cuidadora principal (RP = 1,56; IC: 1,28-1,90) y cuidar sin convivir (RP = 1,46; IC: 1,21-1,75). Se observó un gradiente social en los hombres que precisaban cuidados ($p < 0,01$), pero no en las mujeres. En las mujeres, al disminuir la clase social aumentó la probabilidad de cuidar, así como de ejercer de cuidadora principal o cuidar a convivientes. Cuidar solos/as no mostró un gradiente social, pero existían diferencias entre la CS más alta y la más baja (RP hombres = 2,32; IC = 1,01-5,37; RP mujeres = 2,12; IC: 1,02-4,37).

Conclusiones/Recomendaciones: Existen desigualdades de género en los cuidados, tanto en su necesidad como en su provisión, con peores resultados en las mujeres. Las desigualdades socioeconómicas mostraron un patrón diferente según sexo, de manera que se observó un patrón de clase social en la necesidad de cuidado en hombres y no en mujeres, lo contrario que la provisión. Este hecho, muestra la importancia de tener en cuenta la interacción de los diferentes ejes de desigualdad a la hora de analizar las desigualdades sociales en el cuidado, así como en el diseño de políticas sociales en el cuidado.

Financiación: Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

113. DESIGUALDADES SOCIALES EN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS MAYORES DE ESPAÑA

B. Pérez-Hernández, E. García-Esquinas, A. Graciani, P. Guallar-Castrillón, E. López-García, L. León-Muñoz, J. Banegas, F. Rodríguez-Artalejo

Universidad Autónoma de Madrid; IDiPaz; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las desigualdades sociales en la salud son diferencias injustas y evitables en el estado de salud entre grupos de la población. Las desigualdades son consecuencia de las condiciones socioeconómicas (CSE) de las personas, que afectan a la situación en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. La influencia de las CSE de la infancia sobre los FRCV en la vida adulta puede variar entre países y a lo largo del tiempo. Sin embargo, no conocemos ningún estudio que aborde de forma global las desigualdades sociales en la salud cardiovascular de los ancianos españoles. Este trabajo examina la distribución de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) según el nivel socioeconómico (NSE) en adultos mayores de España.

Métodos: Estudio transversal realizado en 2008-2010 sobre una muestra representativa de la población española no institucionalizada de 60 y más años. La PSE se valoró mediante el nivel educativo, la ocupación de los individuos y la ocupación del padre. Los FRCV se midieron de forma estandarizada, e incluyeron tanto factores conductuales como biológicos.

Resultados: En análisis ajustados por sexo y edad, al aumentar el nivel educativo aumentó la frecuencia de consumo moderado de alcohol y la actividad física en tiempo libre, y disminuyó el tiempo viendo la televisión. También se observó un gradiente educativo inverso en la obesidad (odds ratio en estudios universitarios frente a = primarios: 0,44; intervalo de confianza 95%: 0,33-0,57; p-tendencia < 0,01), síndrome metabólico (0,56; 0,43-0,71, p-tendencia < 0,01), diabetes (0,68; 0,49-0,95, p-tendencia < 0,05) y enfermedad cardiovascular (0,52; 0,29-0,91, p-tendencia < 0,05). La ocupación manual se asoció a mayor frecuencia de muchos FRCV que la ocupación no manual, y la asociación fue más fuerte que la observada para la ocupación del padre. Las diferencias en los FRCV según el NSE fueron habitualmente mayores en las mujeres que en los hombres.

Conclusiones/Recomendaciones: Existen importantes desigualdades en los FRCV de los adultos mayores en España. Reducir estas desigualdades, acercando los niveles de los FRCV de los sujetos de menor NSE hacia los de mayor NSE, podría disminuir sustancialmente la prevalencia de FRCV en los adultos mayores.

Financiación: Proyectos FIS PI12/1166 y FIS PI13/02321 (Instituto de Salud Carlos III y FEDER/SEE), Plan Nacional sobre Drogas 12/2014, FRAILOMIC (Unión Europea FP7-HEALTH-2012-Proposal nº305483-2) y Cátedra UAM de Epidemiología y Control del Riesgo Cardiovascular.

8. DESIGUALDADES SOCIALES EN LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LOS MUNICIPIOS DEL EJE CAFETERO (COLOMBIA)

D. Cardona Rivas, M.P. Cerezo Correa, H. Parra Sánchez, L. Quintero Álvarez, L.P. Muñoz Sánchez, O.L. Cifuentes Aguirre, S.C. Vélez Baena

Universidad Autónoma de Manizales; Fundación Universitaria del Área Andina; Secretaría de Salud de Armenia.

Antecedentes/Objetivos: El Plan Decenal de Salud en Colombia (2014-2021), posiciona en la agenda pública la perspectiva de determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales para la planeación, seguimiento y evaluación de la planificación territorial. Por ello la caracterización de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares a nivel territorial y su relación con indicadores económicos de medición de la pobreza se constituye en base para la toma de decisiones y formulación de políticas. Objetivo Determinar las desigualdades sociales en la mortalidad por las enfermedades cardiovasculares en los municipios del Eje Cafetero (2009-2011).

Métodos: Estudio ecológico realizado para medir las desigualdades sociales en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares tomando como variables independientes el Producto Interno Bruto y las Necesidades Básicas Insatisfechas. Se calcularon de Medidas de desigualdad basadas en rangos, Medidas de desproporcionalidad y Medidas basadas en la regresión. El análisis de las desigualdades fue realizado a través de EPIDAT 3.1.

Resultados: Desigualdades en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares según PIB: No se identificó un patrón fijo de desigualdad asociado con el PIB en las medidas basadas en rangos; sin embargo el índice de regresión acotado sugiere que los riesgos de morir por estas causas son mayores en los municipios más pobres (con menor PIB per cápita). Desigualdades en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares según NBI: Se observa un patrón de asociación entre las muertes por enfermedades cardiovasculares y la pobreza estructural reflejada en las NBI. Según los valores del IRD acotado los municipios más pobres presentan un mayor riesgo de morir por causas hipertensivas e isquémicas.

Conclusiones/Recomendaciones: Se encontró que la mortalidad por enfermedades hipertensivas e isquémicas es mayor en los municipios con menor NBI. No se observó un patrón consistente de la mortalidad en relación al PIB. Los indicadores basados en regresión muestran resultados más consistentes. Los resultados muestran la necesidad de que las políticas encaminadas al control de la mortalidad por enfermedades crónicas superen el enfoque de riesgo y tengan en cuenta las condiciones de vida en los territorios. Se sugiere profundizar la relación de la mortalidad con otros indicadores como el Índice de Desarrollo Humano y Calidad de vida, con el propósito de que los resultados aporten a las decisiones sobre Salud en todas las Políticas.

Financiación: Colciencias.

729. PROPUESTA DE ÍNDICE DE PRIVACIÓN A PARTIR DE VARIABLES RECOGIDAS EN LA BASE DE DATOS DE USUARIOS

M.L. Compes, G. García-Carpintero, M. Esteban, M.C. Burriel, N. Álvarez, B. Adiego, F. Arribas

Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: El informe "Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualda-

des Sociales en salud en España" del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, establece que la reducción de las desigualdades es una prioridad internacional, y propone como principio básico de acción medir la magnitud del problema. La recomendación principal es promover una red estatal de vigilancia de la equidad con información sobre indicadores de determinantes sociales y de desigualdad en salud y en la atención sanitaria, para difundirlos periódicamente a sectores gubernamentales y de la sociedad civil. Para nutrir esa red de vigilancia los sistemas de información sanitaria deberían poder ser analizados teniendo en cuenta los ejes de desigualdad: clase social, género, edad, etnia o estatus migratorio, área de residencia. La base de datos de usuarios de tarjeta sanitaria (BDU) contiene como variables dichos ejes y por ello nos planteamos como objetivo crear una variable resumen (Índice de privación) que describa la situación socioeconómica a partir de los datos recogidos en esta base de datos.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, cuya fuente de información es la BDU de Aragón en el año 2014. Las variables analizadas son: inmigración, edad (los mayores de 75 años), clase social (según los tramos de aportación a farmacia: el porcentaje de personas con aportación a farmacia tsi 001 y el porcentaje de 15 a 65 años con aportación a tsi 003). Se calcula el porcentaje de cada una de estas variables por zona básica de salud (ZBS) y se representan cartográficamente. Se realizan análisis de componentes principales (ACP) con la combinación de estas cuatro variables primarias y se selecciona la que aporte mayor explicación.

Resultados: El 11,4% de la población aragonesa es extranjera y el porcentaje por ZBS oscila entre el 2,3 y el 30%. El 11,5% de la población es mayor de 75 años (rango por ZBS 1,7 a 37,7%). El 3% de la población está en el tramo 001 de aportación a farmacia, (rango por ZBS; 1,1-8,3%). El porcentaje de personas entre 16 y 65 años con aportación a farmacia tramo 003 es 59,5%, (rango 37 a 82%). ACP cuyas variables primarias eran: a) "tsi003 entre 16 y 65 años" y "mayores 75 años", explica el 75,4% b) "tsi001" y "% extranjeros por ZBS" explica el 69%.

Conclusiones/Recomendaciones: La utilización de variables ya recogidas en la BDU Aragón, permite crear un índice de privación de fácil manejo y disponibilidad y que se aproxima a los ejes de desigualdad del informe "Avanzando hacia la equidad" del Ministerio de Sanidad. El uso de la BDU permite obtener un índice que pese a ser simple tiene la ventaja de poder ser permanentemente actualizado y que permite la realización de análisis temporales.

746. EVALUACIÓN DEL OBSERVATORIO DE DESIGUALDADES EN SALUD DE CIBERESP BASADO EN UNA WEB Y REDES SOCIALES

E. Sánchez, M.J. López, X. Continente, L. Artazcoz, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB-SantPau).

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años ha habido un aumento de las intervenciones que combinan tecnologías de la información y comunicación (TIC) y salud. El objetivo de este estudio es evaluar el Observatorio de Desigualdades en Salud (ODS) de CIBERESP, basado en una web (www.ods-ciberesp.org) y redes sociales para difundir información sobre desigualdades en salud.

Métodos: Entre junio de 2013 y diciembre de 2014 se realizó un estudio descriptivo de tendencia de métricas de alcance y utilización para la web y de audiencia, compromiso e interacción para las redes sociales. Las fuentes de información utilizadas fueron: Google analytics, Facebook-insights, Twitter analytics y Social Bro. Además, en diciembre de 2014 se realizó un estudio transversal para evaluar la calidad, la utilización y la satisfacción con la web mediante un cuestionario online diseñado ad-hoc y enviado por e-mail y redes sociales a jefes de grupo CIBERESP y a otros profesionales de salud pública. Finalmente, se evaluaron parámetros de calidad de la web relaciona-

dos con el "Search Engine Optimization" (SEO), el contenido o la usabilidad de la web, mediante la herramienta online MetricSpot.

Resultados: El número de visitas a la web del ODS y el número de sus seguidores en las redes sociales aumentaron durante todo el periodo de estudio, con un total de 13.521 visitas en el periodo de estudio y 628 seguidores en Twitter y 427 en Facebook, en diciembre de 2014. El cuestionario ($n = 74$) mostró que el 75% de los profesionales encuestados conocía el ODS, y de éstos, el 80% lo había consultado alguna vez. El 88% valoró por encima de 7 tanto la utilidad del ODS en la diseminación de la investigación sobre determinantes y desigualdades en salud como la calidad de sus contenidos para la comunidad científica. La calidad de la web, según Metricspot, recibió una puntuación global del 54,5% (máxima puntuación posible 100%), siendo el contenido (97,9%) y las redes sociales (69,1%) los parámetros mejor puntuados y la autoridad SEO (31,2%) el peor.

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque ha habido un aumento del uso de la web y de usuarios de las redes sociales, y el ODS es conocido y consultado por la mayoría de profesionales encuestados, es importante seguir realizando mejoras en la calidad de la web, sobre todo en relación a determinados parámetros como la autoridad SEO. Todo ello, con el objetivo de aumentar el potencial del ODS como herramienta para recopilar y dar mayor visibilidad a la investigación realizada en el ámbito de las desigualdades en salud.

878. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS MUJERES EN ZONAS DE EXCLUSIÓN SOCIAL DE LA CIUDAD DE SEVILLA

C. Rodríguez Fernández-Viagas, M. Álvarez Girón

Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: La promoción de la salud en las mujeres que viven en zonas de exclusión social de la ciudad de Sevilla nos parece de un gran interés por lo que puede suponer de mejora no sólo en el ámbito de su salud, sino también en el ámbito social. Partiendo de este marco teórico hemos querido describir el programa Grupos Socioeducativos de Atención Primaria dirigidos a Mujeres (GRUSE-M) como ejemplo de estrategia de promoción de la salud y analizar su grado de implantación en zonas de exclusión social de la ciudad de Sevilla (Tres Barrios-Amate, Polígono Norte y Torreblanca) para conocer en qué medida puede estar contribuyendo a la equidad en salud según los criterios de la Carta de Ottawa. Para ello analizamos las opiniones de los profesionales que están impartiendo este programa, lo que nos permitirá conocer la realidad de su puesta en marcha.

Métodos: Estudio cualitativo descriptivo en el que hemos utilizado técnicas documentales y la entrevista individual como técnica principal, en sus variantes semi-estructurada o con guión y abierta o en profundidad, a diferentes informantes clave: técnicos de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, y trabajadoras sociales de los centros de salud de las zonas de exclusión social analizadas. El trabajo de campo se llevó a cabo de enero a junio de 2015 en la ciudad de Sevilla.

Resultados: Podemos destacar de los hallazgos descubiertos en este estudio que los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria dirigidos a Mujeres (GRUSE-M) son una adecuada estrategia de promoción de la salud; sin embargo, existen varias dificultades en su desarrollo en las zonas de exclusión social de la ciudad de Sevilla analizadas en este estudio, resaltando la no captación de las mujeres más necesitadas en las zonas de Polígono Norte y Torreblanca, y la no puesta en marcha del programa en Tres Barrios-Amate debido a la situación precaria en la que vive esta comunidad.

Conclusiones/Recomendaciones: Las principales conclusiones de este trabajo nos permiten destacar la necesidad de realizar intervenciones sobre los determinantes de la salud si queremos reducir las

desigualdades sociales que están provocando inequidades en la salud de la población y si queremos favorecer la participación de las mujeres en los programas de promoción de la salud en zonas de exclusión social. Este estudio quiere contribuir a avanzar en el estudio de las desigualdades en salud de género desde la promoción de la salud y abrir una puerta para futuras investigaciones.

890. RELACIÓN ENTRE ESPERANZA DE VIDA Y RENTA FAMILIAR EN LOS BARRIOS DE MADRID: UNA CUESTIÓN DE GÉNERO

J.M. Díaz Olalla, G. Blasco Novalbos, E.J. Pedrero Pérez, M.T. Benítez Robredo, R. Rodríguez Gómez

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

Antecedentes/Objetivos: Los análisis ecológicos de la desigualdad social en salud requieren la caracterización socioeconómica de los territorios. Con frecuencia se consigue de forma indirecta a partir de indicadores agregados de privación material. Es difícil contar para territorios pequeños con algún indicador promedio de renta. El INE y EUROSTAT han publicado en 2016 el dato de renta neta media anual de los hogares (RNMAH, €) para zonas subdistritales de algunas ciudades de España, referida a 2012. Se analiza la relación entre este y las esperanzas de vida al nacer de hombres y mujeres (EVH y EVM) de los 117 barrios de la ciudad de Madrid (SCD) (2009-2012).

Métodos: Se calculan estadísticos descriptivos y el índice de correlación de Pearson (r) entre la RNMAH y la EV en todos los barrios del municipio de Madrid según sexos. Se calcula también en los barrios mejor y peor situados para ambos indicadores tras separarlos en dos grupos a partir de las medianas de ambas distribuciones y también en quintiles.

Resultados: La media de población de los barrios de Madrid es de unas 28.000 personas. La mitad de los barrios con mejor EVH obtuvo una renta media por hogar superior en más de 16.000 € al año por hogar al otro grupo (46.558 € -dt 18.363- vs 30.545 € -dt 9.250-), siendo las diferencias significativas. En el caso de las mujeres la diferencia es mucho menor (unos 6.500 €) y no significativa. El r entre la RNMAH y la EVH en los barrios fue de 0,543 ($p < 0,05$) con media de 79,79 años (dt 1,59) y con la EVM, de 0,018 (ns) y media de 85,74 años (dt 1,34). Existe un claro gradiente en EVH en los quintiles de barrios ordenados según renta familiar, no siendo así en el caso de las mujeres. En hombres encontramos un r entre ambos indicadores de 0,222 (ns) en la mediana superior de EVH y de 0,47 en la otra ($p < 0,05$). En ellos, en la mediana de barrios de mejor renta el valor de r fue 0,386 y en la otra mediana de 0,336 (ambos con $p < 0,05$). En mujeres solo encontramos correlación significativa entre la EVM y la renta por hogar en el quintil de barrios en que esta es menor, donde se obtuvo un r de 0,51.

Conclusiones/Recomendaciones: El indicador agregado de renta en los barrios de la ciudad de Madrid muestra una buena correlación con un indicador sintético de salud como es la esperanza de vida. Esta asociación se establece prácticamente a expensas de la población masculina. Las diferencias de renta en los barrios donde los hombres tienen mejor y peor salud es mucho mayor que en los barrios donde se establece la misma distinción en las mujeres.

638. INMIGRACIÓN Y BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ADOLESCENTES EN UN CONTEXTO MULTICULTURAL (BURELA, LUGO)

A. Díaz Geada, A. Busto Miramontes, L. Moure Rodríguez, F. Caamaño Isorna

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidade de Santiago de Compostela, CIBER-ESP; Departamento de Medicina Preventiva, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO).

Antecedentes/Objetivos: Distintos estudios han asociado la condición de inmigrante, la situación económica y la estructura familiar al bajo rendimiento académico en adolescentes. El objetivo del presente estudio es determinar con perspectiva de género el efecto que el estatus migratorio ejerce sobre el bajo rendimiento académico en estudiantes de una población multicultural de Galicia (Burela, Lugo).

Métodos: Se ha llevado a cabo un estudio transversal sobre una muestra de estudiantes de ESO de los institutos de Burela (Lugo) ($n = 239$). Los alumnos respondieron al cuestionario FRESC (Factors de Risc en Estudants de Secundària) durante el mes de diciembre de 2015. La variable dependiente considerada fue el nivel académico del alumno y las independientes: la condición de extranjero, el nivel socioeconómico utilizando la FAS (FamilyAffluenceScale), la estructura familiar (mono o biparental) y el sexo. Se ha utilizado comparación de medias, proporciones y regresión logística.

Resultados: La población inmigrante representa el 21,4% (25,2% entre las mujeres y 18,1% entre los hombres). En cuanto al nivel socioeconómico, el 19,7% de los alumnos se agrupan en el nivel bajo (47,1% en inmigrantes y 12,3% en locales; $p < 0,001$). El 26,2% de los alumnos refieren tener un nivel académico alto (31,7% locales y 6% inmigrantes; $p < 0,001$). El 25,6% de los alumnos conviven en familias monoparentales (31,4% inmigrantes y 24,1% locales). Analizando los datos segmentando por sexo, para las mujeres ser inmigrante constituye un factor de riesgo del bajo rendimiento académico ($OR = 10,19$; $p < 0,001$) y pertenecer a una familia monoparental aumenta casi 2,5 veces este riesgo, aunque los resultados no llegan a ser significativos ($p = 0,122$). En el caso de los hombres, ser foráneo constituye también un factor de riesgo aunque en menor grado ($OR = 4,27$; $p = 0,009$) mientras la familia monoparental aumenta en mayor medida que en las estudiantes el riesgo de bajo rendimiento escolar ($OR = 7,07$; $p < 0,001$). No se ha encontrado asociación para la variable "nivel socioeconómico".

Conclusiones/Recomendaciones: El mayor riesgo de bajo rendimiento académico asociado a los adolescentes inmigrantes frente a las locales, en comparación con el encontrado en varones, podría asociarse a mayores dificultades adaptativas. La familia monoparental se muestra como el principal factor de riesgo en los adolescentes varones. Ambas variables deben ser objeto de atención en los programas de integración.

941. ESTUDIO LONGITUDINAL DE SUPERVIVENCIA DE LA COHORTE CENSAL ANDALUZA DE 2001

F. Vicianá, V. Montañés Cobo, R. Cánovas Balboa, D. Ramiro Fariñas IECA; CSIC.

Antecedentes/Objetivos: El Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) está desarrollando la fuente estadística: Base de Datos Longitudinal de Población (BDLP), integrando la información de registros estadísticos, como los censos, altas y bajas padronales y los boletines del Movimiento Natural de Población, planteando a partir de esta fuente: (1) Reconstruir las biografías vitales y residenciales de los individuos incluidos en el censo de 2001 durante 2002-2013, con objeto de reproducir un estudio longitudinal usando como categoría de exposición la información de los cuadernillos censales (2) Diseñar un producto dirigido a investigación en mortalidad, difundible en una publicación web, que maximice el contenido útil y preserve la confidencialidad de la información.

Métodos: Para construcción de la BDLP se ha procesado la información proveniente de más de 14 millones de altas, 7 de bajas y 19 de modificaciones padronales, 1,7 millones de boletines de defunción (desde 1992), más de 1,5 de boletines de partos y 0,8 millones de matrimonios (desde 1998); junto con más 15 millones de registros censales de 1991, 2001 y 2011. Mediante enlaces de registros se ha llegado a identificar cerca de 11 millones de personas distintas que han dejado su huella registral en el sistema. Con esta información, se

ha reconstruido el seguimiento vital y residencial, durante 12 años, de más de 7 millones de individuos que rellenaron los cuadernillos censales del 2001. La información se ha integrado en una base de datos, que ha sido explotada para general un producto de difusión estadístico libremente disponible para los investigadores interesados.

Resultados: Se ha diseñado una publicación web que incluye: (1) Un plan de tabulación con defunciones y personas-tiempo clasificada en categorías de riesgo definidas con la información del censo de 2001. Suministrada en forma de cubos multidimensionales descartables de la web. (2) Mapas de mortalidad inframunicipales en celdas de 250 metros y 1 Km de lado para la mortalidad en general por grupos de causa de muerte (3) Ficheros de microdatos con muestra de individuos y otra de hogares, con el 10% de la población del estudio. La publicación en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/longevidad/index.htm>.

Conclusiones/Recomendaciones: El núcleo de este trabajo, es fácilmente reutilizable para la investigación de otros fenómenos como fecundidad o migraciones, en lo que ya se está trabajando. La integración de la información de la BDLP con los sistemas de información sanitaria desarrollados con una lógica similar, constituiría un instrumento de excepcional interés para la investigación epidemiológica en nuestro medio.

Financiación: Fondo social europeo.

681. MONITOREO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD A PARTIR DE LA ENCUESTA DE SALUD DE CATALUÑA

O. García Codina, A. Medina Bustos, E. Masachs Fatjó, E. Saltó Cerezuela, R. Tresserras Gaju

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Planificació en Salut.

Antecedentes/Objetivos: Desigualdades en salud son las variaciones del estado de salud atribuibles al entorno, condicionantes socioeconómicos y características sociodemográficas. La desigualdad tiene carácter de inequidad cuando es innecesaria, evitable, injusta y arbitraria. La Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la OMS establece su medición y análisis entre las principales recomendaciones para abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades. La comunicación muestra el monitoreo de las desigualdades en salud de la población de Cataluña con datos de la Encuesta de salud de Cataluña (ESCA).

Métodos: Se utilizan datos de la ESCA sobre estado de salud, comportamientos relacionados con la salud y utilización de servicios sanitarios de la población no institucionalizada de todas las edades y residente en Cataluña. Se analiza: evolución en el tiempo de indicadores de salud por sexo, clase social, nivel de estudios, situación laboral y territorio. Se presentan brutos con el IC95% y % estandarizados por edad. Se presentan las diferencias entre categorías de las variables.

Resultados: En 1994, el 75,8% de la población tenía una percepción positiva del estado salud, 80,9% hombres (IC 80,0-81,8) y 71,4 mujeres (IC 70,4-72,4); en 2014, es del 83,2% (IC 82,1-84,2), 85,2% hombres (IC 83,8-86,7) y 81,2% mujeres (IC 79,6-82,7). En 1994 la diferencia por sexo era de 9,5 puntos y 4,0 en 2014. La práctica de la mamografía periódica en Cataluña en mujeres de 50 a 69 años ha pasado del 26,8% en 1994 (IC 24,8-28,8) al 92,9% en 2014 (IC 90,7-95,1), con % más elevados entre las clases sociales más favorecidas. La diferencia entre la clase alta y la baja era 17,8 puntos en 1994 y 5,5 en 2014. La obesidad ha aumentado entre 2006 (12,7%, IC 12,1-13,3) y 2014 (15,0%, IC 13,8-16,3). En 2014, la diferencia entre la obesidad en personas con estudios primarios y sin estudios (26,5%, IC 22,3-30,8) y las personas con estudios universitarios (6,9%, IC 5,0-8,8) es de 19,6 puntos; y 14,0 en 2006. El % de población con riesgo de padecer algún trastorno mental es más elevado entre los parados (16,9%, IC 14,0-19,8 en 2006 y 17,4%, IC 14,8-20,0 en 2013-2014) que los ocupados (8,9%, IC 8,3-9,5 en 2006 y 8,1%, IC 7,2-9,0 en 2013-2014). El % estandarizado de población con autopercepción positiva del estado de salud por región sanitaria (RS) y sexo ha mejorado entre 1994

y 2013-2014 a un ritmo desigual (diferencia máxima de 17,4 puntos de la RS Alt Pirineu-Aran y mínima de 4,3 de Catalunya Central).

Conclusiones/Recomendaciones: Las encuestas de salud poblacionales permiten el análisis y monitoreo de las desigualdades en salud según variables sociodemográficas. La identificación y la cuantificación de ésta desigualdad es el paso previo para establecer medidas correctoras en forma de políticas públicas.

142. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD EN POBLACIÓN MAGREBÍ Y SUBSAHARIANA DE MEDICUSMUNDI CV-ALICANTE. CUESTIONARIOS A PROFESIONALES SANITARIOS

A. García-Marco, R. Castejón Bolea, D. Gil González, S. Latorre Arteaga, M. Djebli, K. Sobh, L. Correa, O. N'diaye, N. Slaoui-Berezak, et al

MedicusMundi Comunidad Valenciana-Alicante; Universidad Miguel Hernández; Universidad de Alicante; Universidad de Lurio.

Antecedentes/Objetivos: Desde 2010 MedicusMundi CV-Alicante realiza entre inmigrantes magrebíes y subsaharianos una intervención de mediación intercultural individualizada basada principalmente en la interpretación lingüístico-cultural, asesoramiento cultural a profesionales y acompañamiento de pacientes, llevada a cabo por mediadores interculturales en los centros del Departamento de Salud Alicante-Hospital General. El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de la intervención de mediación sobre la mejora de la atención sanitaria en los usuarios inmigrantes.

Métodos: La evaluación se ha diseñado en cuatro ejes: encuestas a los trabajadores sanitarios de los diferentes centros, entrevistas a los trabajadores sociales de los mismos, un grupo focal con los mediadores interculturales y entrevistas dirigidas a los usuarios del servicio.

Resultados: Los 43 cuestionarios a profesionales sanitarios de los 2 centros de salud en los que se ofrece el servicio mostraron, a través de las preguntas abiertas, que el servicio disminuye la demora en consultas y admisión, reduce el abuso del uso del sistema de salud y aumenta la eficacia de la canalización de pacientes, en relación al uso de los sistemas sanitarios. Respecto a la consulta a demanda los pacientes sienten más confianza, seguridad, comodidad y tranquilidad, expresan mejor sus demandas, acuden más que antes a las citas programadas y hay una mayor adherencia terapéutica y mejora del seguimiento. Por otra parte, afirman que la población atendida conoce mejor sus patologías y tratamientos, que el servicio mejora la confección del modelo de creencias de salud y el cumplimiento de las pautas establecidas. Los profesionales sanitarios expresan que hay una mayor participación en las actividades de promoción de la salud y que se sienten más seguros, integrados y acogidos, gracias al componente integrador que supone el servicio.

Conclusiones/Recomendaciones: Los profesionales sanitarios valoran positivamente el impacto generado por la intervención de MedicusMundi relacionándola con la mejora de la comunicación y disminución de los conflictos lingüístico-culturales y del abandono del tratamiento, además de que facilita el diagnóstico y el retraso de identificación se síntomas. Las recomendaciones van dirigidas al reconocimiento de la figura del mediador.

Conflicto de intereses: la coordinadora del proyecto es quien diseña los cuestionarios y analiza los resultados de los cuestionarios.

528. MALTRATO AL MAYOR EN EL ÁMBITO FAMILIAR EN LAS ISLAS AZORES

J.M. Carmona-Torres, R.M. Carvalhal-Silva, P.J. López-Soto, P. Luque-Carrillo, M.A. Rodríguez-Borrego

Departamento de Enfermería, IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba; Universidad de las Islas Azores.

Antecedentes/Objetivos: La detección de malos tratos a personas mayores (PM) es un proceso muy complejo, ya que no resulta fácil detectar un fenómeno que en muchas ocasiones permanece oculto por sus propios protagonistas. Los estudios previos realizados en Portugal refieren que la prevalencia de maltrato a PM oscila entre el 12,3% (Gil et al., 2014) y el 39,4% (Sethi et al., 2011). El objetivo de este estudio fue dimensionar la situación de maltrato a PM vulnerables en el entorno familiar en Las Islas Azores (Portugal).

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal con un tamaño muestral de 212 PM de 65 años, pertenecientes a las Islas Azores (Portugal). Como instrumentos se utilizó: historias clínicas de los usuarios, Mini-Examen Cognitivo (Lobo et al., 1979), el test de autonomía para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (Barthel y Mahoney, 1965), el Test de APGAR Familiar (Smilkstein, 1978), el Índice de Sospecha de Maltrato hacia PM (Pérez Rojo et al., 2010) y el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (Yaffee et al., 2007). A todas las PM se les realizó una entrevista semiestructurada a partir de los instrumentos mencionados. El análisis estadístico se realizó con el programa informático PASW Statistic 18.

Resultados: El 72,2% de las PM eran mujeres y el 27,8% hombres, con una edad media de 75 años. La mayoría estaban casados (48,6%), la mayoría tenía estudios primarios incompletos (36,3%) y tenían hijos el 85,8%. El 50,7% eran independientes para las ABVD y el 84,9% pertenecían a familias normofuncionales. Se identificó sospecha de maltrato en el 24,5% de las participantes, siendo más común el maltrato psicológico (46,66% de los casos de maltrato). En el 43,45% de los casos de maltrato, se identificó a los hijos como desencadenantes de ese maltrato. Se encontraron diferencias significativas al comparar la sospecha de maltrato con el APGAR familiar [pertenecer a familia disfuncional leve o grave tiene 8,35 veces más probabilidad de sospecha de maltrato que el que pertenece a una familia normofuncional] y el sexo [ser mujer tiene 1,87 veces más probabilidad de sospecha de maltrato que el ser hombre].

Conclusiones/Recomendaciones: Las cifras de sospecha de maltrato encontradas son altas y dentro del rango encontrado en Portugal en su conjunto. Los resultados evidencian que el maltrato más frecuente es el psicológico y que el ser mujer y pertenecer a familia disfuncional se asocia con mayor probabilidad de maltrato. Estos datos hacen necesario poner en marcha planes de actuación de apoyo a las PM maltratadas y de herramientas que ayuden a su identificación y prevención por parte de los profesionales sanitarios.

CP12. Políticas de salud pública

Miércoles, 14 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Pantalla 4

Modera: Marta Lima Serrano

795. PROCESOS DE PRIVATIZACIÓN SANITARIA EN EL PAÍS VASCO: PROPUESTA DE UN SISTEMA DE INDICADORES

E. González Rojo, U. Martín Roncero, M. Mortuza Arizcuren, A. Bacigalupe de la Hera, E. Rodríguez Álcaraz

Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco, Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico.

Antecedentes/Objetivos: La cuestión de la privatización en el entorno sanitario lleva muchos años siendo un tema de discusión y el sistema sanitario español no ha sido inmune a las iniciativas de priva-

COMUNICACIÓN RETIRADA

tización de las últimas décadas. Se han observado diferencias en el comportamiento de las Comunidades Autónomas por lo que resulta necesario analizar estos procesos teniendo en cuenta las características propias de cada comunidad. El objetivo de este estudio es monitorizar los procesos de privatización de la sanidad pública en el País Vasco a través de un sistema de indicadores que facilite su correcta medición.

Métodos: Se utilizó una metodología mixta, de tipo cualitativo y cuantitativo. Se realizó una revisión de marcos conceptuales y se llevaron a cabo 25 entrevistas semi-estructuradas a informantes clave sobre procesos privatizadores en el contexto vasco e indicadores de medición. Posteriormente y en base a los resultados, se construyó una batería de indicadores con las dimensiones identificadas y se realizó un análisis descriptivo a partir de la Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público, presupuestos del Departamento de Salud e información sobre concertación sanitaria.

Resultados: Los resultados del análisis cualitativo muestran la dificultad de conceptualizar, medir y clarificar las dimensiones de la privatización. Resulta complicado establecer qué procesos se consideran privatización, la externalización de servicios no asistenciales es un ejemplo de ello. Cuestiones como el hospitalocentrismo o la sobremedicalización se relacionaron con una tendencia mercantilizadora de la sanidad pública. Se identificaron diferentes dimensiones que permitieron operacionalizar la privatización. Respecto a la financiación, en el País Vasco, el 26% del gasto en salud es privado y el 21% es gasto realizado directamente por las familias, superior a la media de la UE y de la mayor parte de países europeos. En cuanto a la provisión, el 7% del gasto público en asistencia sanitaria se dedica a conciertos con centros privados. Además, se observan diferencias por territorio histórico, siendo Gipuzkoa la región que más presupuesto consigna (12,7%). Se identificaron también otras dimensiones de análisis: política-planificación, investigación y docencia.

Conclusiones/Recomendaciones: La privatización sanitaria es un concepto complejo y difícil de operacionalizar. Resulta necesario realizar esfuerzos en este sentido que se adapten a la realidad de cada contexto. La creación de una herramienta para la monitorización de los procesos de privatización en el País Vasco contribuye a una mayor transparencia y debate en torno a las políticas sanitarias.

Financiación: Agencia Vasca de Cooperación (Convenio UPV/EHU-MedicusMundi).

454. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE ANDALUCÍA

C. Gallo García, R. Valencia Martín, M.T. León Espinosa-Monteros, R. López Márquez, J.C. Moreno Parejo, I. Nieto Valverde, J.M. Aldana Espinal, M.C. Gallardo Ballesteros, J.T. García Martínez

Servicio Andaluz de Salud; Consejería de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La Medicina Preventiva y Salud Pública (MPySP) es definida en su programa oficial como una especialidad que capacita para la investigación, aplicación y fomento de políticas y actividades de promoción y protección de la salud de vigilancia de la salud de la población, identificación de sus necesidades sanitarias y planificación, gestión y evaluación de los servicios de salud. Definir un modelo de Unidad Docente de MPySP (UDMPySPA) que asegurase un nivel de conocimientos, habilidades y actitudes para analizar los problemas de salud de la población, diseñar, implementar y evaluar acciones para mejorarla desde una perspectiva intersectorial y multiprofesional, teniendo en cuenta los marcos normativos, número de especialistas formados en el periodo 2006-2015 y nivel de satisfacción de los mismos.

Métodos: En Andalucía se decidió crear una Unidad Docente (UD) central, de carácter autonómico, con objeto de poner a disposición de la formación de los especialistas, además de los hospitales y distritos de atención primarias, todos los centros sanitarios del SSPA con capa-

cidad docente en gestión sanitaria e investigación entre otras competencias incorporándose a la UD centros de investigación en salud pública y unidades administrativas con funciones en salud pública. Para conocer la satisfacción de los residentes se realiza una encuesta de evaluación de la Unidad Docente al final de la formación.

Resultados: La UDMPySPA fue acreditada por el Ministerio de Sanidad en el año 2006 y desde entonces hasta 2015 hemos formado a 43 especialistas. El nivel medio de satisfacción mostrado por estos profesionales con la formación recibida ha sido de 2,5 (máximo 3). En la etapa de formación en gestión sanitaria e investigación estos residentes han tenido la oportunidad de adquirir competencias en investigación tanto en la EASP como en la AETSA o en departamentos de Medicina Preventiva y han recibido formación en gestión en servicios de los servicios de apoyo del SAS, entre otros dispositivos.

Conclusiones/Recomendaciones: La UD autonómica está proporcionando homogeneidad y calidad formativa, a través de un programa propio con unos objetivos comunes a todos los residentes de Andalucía. El Sistema Nacional de Salud dispone de 23 Unidades Docentes, once son de carácter autonómico. Consideramos de interés analizar la formación de los especialistas en gestión sanitaria, calidad e investigación, en un modelo autonómico versus modelo hospitalario. Implicaciones para la práctica. Procedimientos estandarizados y coordinación y presencia de los profesionales hospitalarios en la Unidad Docente.

309. LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA EN LAS REDES LOCALES DE SALUD

P. Sancho Uriarte, J. Bidaurrezaga Van Dierdonck, E. Hernández Arricibita, N. Muniozgueren Agirre, I. Aspitxaga Gamarra

Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Dirección Territorial de Bizkaia, Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: En Bizkaia y en la CAPV, se están conformando varias redes locales de salud. Son estructuras, de ámbito municipal, que promueven la salud mediante el trabajo comunitario. Abiertas a todos los habitantes del municipio, están constituidas, de forma general, por representantes del ayuntamiento, del servicio vasco de salud (salud pública y área asistencial) y por asociaciones locales. Persiguen la creación de alianzas entre sus integrantes, fomentar la participación ciudadana, coordinar actuaciones (evitando duplicidades) adaptadas al contexto del municipio e integrar grupos desfavorecidos en pos de la equidad. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia participa en la constitución de las redes mediante la elaboración de un perfil de salud, que recopila información de estado de salud de los habitantes del municipio. El trabajo describe el proceso de elaboración de estos perfiles.

Métodos: Trabajo descriptivo. Las fuentes de información han sido: la Encuesta de Salud de la CAPV, el Instituto Vasco de Estadística, registro (R.) poblacional de cáncer, R. de estratificación de crónicos, R. de enfermedades de declaración obligatoria, R. de altas hospitalarias (CMBD), R. de mortalidad y el atlas de mortalidad por áreas pequeñas.

Resultados: El perfil incluye información relativa a: estructura de población (pirámide, índice de envejecimiento); índice de privación socioeconómica por sección censal, otros determinantes sociodemográficos (pobreza, desempleo, educación); estilos de vida (tabaco, alcohol, consumo de fruta y verdura, actividad física); obesidad y sobrepeso; esperanza de vida, morbi-mortalidad general y específica (por cáncer; enf. cardiovasculares, enf. respiratorias, enf. digestivas, diabetes mellitus, causas externas) y grupos vulnerables. Atendiendo a las características socioculturales, de organización sanitaria y de tamaño de las poblaciones, se agrupan varias zonas básicas de salud que conforman un área de la que se realiza el perfil de salud. Se comparan los datos del área con los correspondientes de la CAPV, del territorio de Bizkaia y de la organización sanitaria integrada (OSI) a la que pertenece.

Conclusiones/Recomendaciones: En Bizkaia se han creado redes de salud local. Los servicios de epidemiología contribuyen con los perfiles de salud; los perfiles son útiles para la red local de salud dado que permiten priorizar las necesidades y adaptar los recursos a las mismas.

887. REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE POBLACIÓN INMIGRANTE Y NATIVA

A.I. Hijas-Gómez, L.A. Gimeno-Feliú, R. Carmona, A. Sarriá-Santamera

Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Grupo EpiChron de Investigación en enfermedades crónicas, Instituto de Investigación Sanitaria Aragón; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto Carlos III; Red de Investigación en Servicios Sanitarios y Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Antecedentes/Objetivos: El fenómeno de la migración se ve acompañado de implicaciones tanto biológicas como psicológicas sobre el migrante. Aunque se considera que el inmigrante tiene en el momento de llegada una mejor salud que los nativos, “efecto inmigrante sano”, este efecto se diluye con el tiempo. En este sentido, los procesos de adaptación al país huésped pueden representar una mayor susceptibilidad a problemas emocionales y de salud mental. Aunque existe evidencia de que la utilización de servicios de salud en población inmigrante es menor que la de la población autóctona, no se ha investigado específicamente si este patrón también se produce con los servicios de salud mental. El objetivo de este estudio es describir la evidencia científica que evalúa la utilización de los servicios de salud mental comparando la población inmigrante y nativa.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura, mediante una búsqueda de artículos originales publicados entre junio 2013 y febrero 2016 que comparasen el uso de servicios de salud mental entre la población inmigrante y autóctona. Se utilizó la base bibliográfica Medline que se complementó con una búsqueda manual de literatura gris. Se recopilaron las características de los sujetos, el contexto del estudio, las características metodológicas y los principales resultados para la comparación de los estudios.

Resultados: Se incluyeron 11 publicaciones, 9 realizadas en Europa y 2 desarrolladas en Canadá. 5 estudios evaluaban únicamente el acceso a servicios de salud mental (incluyendo especialistas, hospitalización y terapia), 6 estudios evaluaban además el acceso a atención primaria por problemas emocionales. Entre las fuentes de datos se incluían registros de sistemas de información en salud mental y atención sanitaria, y encuestas de salud comunitaria así como nacionales. Entre las variables de necesidad se evaluaron la presencia de enfermedades mentales y somáticas, además de género, edad y características socioeconómicas.

Conclusiones/Recomendaciones: Los estudios analizados muestran una importante heterogeneidad tanto en los elementos metodológicos, como en términos de resultados, aunque en general el uso de los servicios es similar entre la población inmigrante y nativa. Futuros estudios deberían identificar tanto si existe una mayor necesidad de servicios de salud mental en población inmigrante, como si las diferencias en utilización se asocian con la existencia de posibles barreras de acceso como barreras culturales, de lenguaje y/o soporte social.

256. INFORME DE SALUD PARA PLANES LOCALES DE SALUD: VENTAJAS Y PROBLEMÁTICA

A. García Moreno, M. García-Fernández, J.R. Hernández Bello, R.F. Santos Luque

Consejería de Salud; Delegación Territorial de Salud de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: En la realización del diagnóstico de situación aparecen problemas que pudieran afectar a la elaboración de

objetivos y actividades en los planes locales de salud y sobre todo a la evaluación. Cierta información podría generar malinterpretación en la población, por lo que se obvian estos datos. Además en la visión de los problemas de salud pueden diferir los técnicos de salud y la población general. El acceso a los datos es difícil al nivel de desagregación municipal. Por otro lado la orientación sobre los problemas da únicamente una visión negativa, no se resaltan aspectos positivos o motivadores.

Métodos: Descripción de las fuentes de información, nivel de desagregación y actualización. Información de la ciudadanía. Principales grupos de indicadores. Proceso de priorización. Propuesta metodológica.

Resultados: El guión habitual de indicadores se centra en la búsqueda de problemas de salud. Esto ocasiona una visión exclusivamente negativa. No se incluyen indicadores positivos que sean potenciadores del trabajo de planificación, ni tampoco los orientados a identificar los activos en salud. Las fuentes de datos de determinantes sociales y estilos de vida no suelen contar con desagregación municipal y menos por barriadas (INE, IEA, EAS...). Por otro lado, algunos indicadores no suelen estar actualizados y no existen series históricas, por lo que se suelen hacer extrapolaciones de los mismos. Además los indicadores de morbimortalidad están actualizados y desagregados, pero producen algunos resultados difícilmente comprensibles o interpretables que se suelen eliminar: aumento de cáncer de ovario, vejiga, próstata o colon. La información procedente de la ciudadanía está influenciada por los problemas emergentes sociales (violencia de género y salud sexual no incluidos): consumo de anabolizantes, violencia de género, maltrato infantil y no suelen coincidir con la visión exclusivamente técnica. Muchas veces están potenciados por los medios de comunicación. No obstante en el momento de la priorización, donde participan juntos técnicos y ciudadanía los resultados coinciden en los principales problemas detectados, subsanándose la situación anterior.

Conclusiones/Recomendaciones: La visión de estado de salud de un municipio se enriquece con la participación ciudadana, la visión exclusivamente técnica daría resultados negativos y poco identificables, por lo que debería incorporarse la ciudadanía desde el inicio del proceso. Se deben incluir indicadores positivos y potenciadores de salud. Todo ello obligaría a elaborar una propuesta metodológica diferente para incluir estos aspectos en la elaboración del diagnóstico de salud.

538. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA DEFINICIÓN DEL IV PLAN DE SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA 2016-2020 A TRAVÉS DE UN FORO DE DISCUSIÓN

C. Barona, R. Mas, G. Vallés, M.A. Irlés, A.M. García

Servicio Plan de Salud; Dirección General de Salud Pública; Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (IVPS) es el instrumento estratégico de planificación y programación de las políticas de salud en la Comunitat Valenciana (CV). El objetivo de esta comunicación es presentar y evaluar los resultados de un foro de discusión público abierto, en las fases finales de elaboración del IVPS.

Métodos: Se estableció un foro de discusión en la web de la Conselleria del 24 de febrero al 11 de marzo de 2016, abierto a pacientes y sus asociaciones, ciudadanía, colectivos sociales, profesionales, sociedades científicas y demás personas interesadas en las políticas de salud de la CV. Se solicitaron opiniones y propuestas (no más de 500 caracteres) en torno a las cinco líneas principales del plan con sus correspondientes objetivos generales (n = 34): 1) Innovación y reorientación del sistema sanitario, 2) Orientación hacia la cronicidad,

3) Fortalecer la equidad y reducir las desigualdades en salud, 4) Cuidar la salud en todas las etapas de la vida y 5) Promover la salud en los diferentes entornos. Para participar en la consulta había que registrarse con un nombre/alias y un correo electrónico.

Resultados: El foro recibió 5.081 visitas. Se registraron 407 usuarios, 205 se identificaron como profesionales, 62 como colectivos sociales y ciudadanos, 21 como asociaciones de pacientes, 13 como sociedades científicas y 106 como otros. Recogió un total de 451 mensajes con opiniones o propuestas. La línea estratégica más visitada fue "Innovación y reorientación del sistema sanitario" y los objetivos con más mensajes fueron "Desarrollar un modelo integral de atención a la salud mental" y "Garantizar la atención de pacientes crónicos complejos y paliativos que incluya a las personas cuidadoras". La tercera línea más visitada fue "Promover la salud en todos los entornos de la vida" con el mayor número de comentarios en el objetivo "favorecer un entorno educativo saludable". La revisión cuidadosa de los comentarios y propuestas ha permitido reafirmar muchas de las acciones, matizar o incluir otras en el borrador del IVPS.

Conclusiones/Recomendaciones: La realización de un foro de discusión en torno al IVPS de la Comunitat Valenciana ha resultado una buena herramienta para incorporar elementos de transparencia y participación en la definición de las políticas de salud en nuestra Comunitat, permitiendo también identificar áreas de especial interés entre los participantes.

745. SISTEMA ESPAÑOL DE VIGILANCIA DE PRODUCTOS SANITARIOS. UNA GARANTÍA SANITARIA DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS

C. Ruiz-Villar Fernández-Bravo, M.C. Abad Luna, C. Valls León, R. García Navarro

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer el Sistema Español de Vigilancia de Productos Sanitarios a la comunidad científica así como los resultados obtenidos hasta el momento y fomentar la notificación de incidentes por los profesionales sanitarios. Uno de los aspectos sanitarios más importantes que incorporan las directivas de productos sanitarios es el Sistema de Vigilancia. Los efectos para la salud que pueden derivarse de una no conformidad, de un fallo o de una deficiencia de la información que acompaña a un producto pueden ser muy graves. Estos efectos adquieren una mayor dimensión cuando se considera que el producto, al ser objeto de libre circulación, puede multiplicar su utilización en diferentes mercados. Además hay que tener en cuenta que en el caso de los productos sanitarios diseñados para ser implantados y funcionar durante muchos años, o incluso décadas, las complicaciones pueden aparecer una vez transcurrido cierto tiempo. Para atajar este riesgo y evitar la repetición de incidentes con consecuencias graves para la salud, se ha establecido un sistema de vigilancia de productos sanitarios que funciona, mediante la recogida, registro y evaluación de los incidentes adversos notificados que posibilita la generación de "indicios" de fallos de los productos. La detección de señales de fallos de los productos posibilita la adopción de las medidas oportunas en orden a la protección de la salud y la transmisión de estas medidas a los agentes interesados. El Sistema Español de Vigilancia de Productos Sanitarios se encuentra recogido en la legislación española sobre productos sanitarios, resultado de la transposición de las correspondientes Directivas europeas. Es competencia de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), la planificación, desarrollo y gestión del sistema español de vigilancia de productos sanitarios. La AEMPS es el organismo compe-

tente para la recepción y el registro centralizado de las notificaciones de incidentes procedentes tanto de los profesionales sanitarios como de las empresas, así como de las acciones correctivas de seguridad que adoptan los fabricantes. Igualmente, la AEMPS es el punto nacional de la red de vigilancia europea de productos sanitarios y del International Medical Devices Regulatory Forum (IMDRF), a través de la cual se reciben y se transmiten los hechos y las medidas adoptadas a la Comisión Europea y el resto de Estados miembros. En la AEMPS se reciben cada año más de 4500 notificaciones al sistema de vigilancia de productos sanitarios y se transmiten unas 700 alertas.

727. SISTEMA ESPAÑOL DE COSMETOVIGILANCIA. UNA GARANTÍA SANITARIA DE LOS PRODUCTOS COSMÉTICOS

R. Sánchez León, C. Abad Luna, M. Moreno Luquero, L. López Sánchez

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer el Sistema Español de Cosmetovigilancia a la comunidad científica, con la finalidad de fomentar la notificación. También se informa de los resultados obtenidos hasta el momento. El sistema de cosmetovigilancia permite recopilar, registrar, evaluar y hacer un seguimiento de los efectos no deseados relacionados con los productos cosméticos, lo que es esencial para poder conocer la naturaleza y la frecuencia de estos efectos, así como para poder adoptar las medidas necesarias para prevenir su aparición, reducir su incidencia y proteger la salud pública. El Reglamento 1223/2009 sobre productos cosméticos establece que todos los productos cosméticos que se comercialicen deben ser seguros para la salud humana cuando se utilicen en las condiciones normales o razonablemente previsibles de uso. A pesar de ello, los productos cosméticos no son necesariamente inocuos, y al estar en contacto con las partes superficiales del cuerpo humano, ocasionalmente pueden producir efectos no deseados tanto locales como sistémicos, siendo en su mayoría casos leves, aunque excepcionalmente pueden ser graves. El mencionado reglamento establece un sistema de comunicación de efectos graves no deseados entre personas responsables, distribuidores y autoridades competentes de cada uno de los Estados miembros, sin perjuicio de que estos últimos regulen la notificación por los profesionales de la salud o por los consumidores de los efectos graves no deseados a las autoridades competentes. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) es el organismo público competente para la planificación, desarrollo y gestión de los sistemas de vigilancia de los productos de su ámbito de actuación, en particular de los productos cosméticos. La AEMPS recoge, evalúa y hace el seguimiento tanto de los efectos no deseados graves relacionados con el uso de productos cosméticos, como de aquellos que no sean graves, involucrando a los profesionales de la salud y los consumidores en la comunicación de los casos. El desarrollo del Sistema Español de Cosmetovigilancia está contemplado en el Plan Anual de Trabajo de la AEMPS del último año y es un reto que figura entre sus líneas estratégicas. Hasta la fecha se han recogido más de 600 notificaciones de efectos no deseados.

217. POLÍTICAS PARA IMPULSAR LA INTEROPERABILIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD ELECTRÓNICA

J. Puente Alcaraz, D. Gil González y D. Ruiz Fernández

Universidad de Burgos; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La interoperabilidad necesaria para que los sistemas de información sanitaria muestren toda su capacidad se encuentra con múltiples barreras. El objetivo de este estudio es iden-

tificar las causas que la comunidad científica atribuye a la todavía difícil interoperabilidad entre los sistemas de información sanitaria que sustentan el desarrollo de la salud electrónica, analizando las estrategias y políticas públicas empleadas para eliminar sus barreras y mejorar su nivel de éxito.

Métodos: Scoping review a partir de artículos publicados hasta el 5 de diciembre de 2015, en las bases de datos PubMed y Scopus. Se incluyeron en esta revisión los estudios que analizan los factores que dificultan la interoperabilidad entre los sistemas de información sanitaria así como identificar las estrategias de las distintas instituciones sanitarias para evitarlos y superarlos. Se descartaron aquellos artículos que planteaban soluciones exclusivamente técnicas u organizativas sin que formaran parte integrada de una política pública diseñada para superar los obstáculos descritos.

Resultados: Se pudieron identificar varios ejes explicativos a la falta de interoperabilidad en distintas realidades: dirección estatal o pública del proceso de aplicación de salud electrónica; la descentralización político-administrativa o la gestión centralizada; el equilibrio entre el sector público y privado a la hora de proveer tecnología; el papel de la participación de los ciudadanos al aplicar las políticas de salud electrónica; la inversión pública necesaria para asegurar el éxito y, por último, el marco legal de seguridad jurídica necesario en un entorno de interoperabilidad.

Conclusiones/Recomendaciones: La interoperabilidad electrónica es una preocupación relevante para la salud pública en diversos países no importando su grado de desarrollo sanitario. Las investigaciones encontradas son muy heterogéneas tanto en los datos como en la metodología empleada, no obstante, a partir de ellos se han podido identificar elementos comunes que pueden, en futuras investigaciones, terminar construyendo un marco de análisis coherente y útil para el desarrollo de estrategias que mejoren la interoperabilidad de los sistemas y por ende las políticas públicas en salud electrónica.

974. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD ASIS DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD INGRESANTES A LA FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS FCQ/UNA. PARAGUAY

M. Brizuela-Cabral, G. Velázquez, L. Wiszovasty, C. González, P. Navarro, R. Villagra, M. Flecha, O. Dietze, M. Rotela, et al

Bioquímica Clínica; Departamento de Investigación; Facultad de Ciencias Químicas FCQ; Dirección General de Investigación Científica y Tecnológica; Universidad Nacional de Asunción-Paraguay.

Antecedentes/Objetivos: Caracterizar la situación de enfermedades no transmisibles ENT y transmisibles ET en estudiantes de la Carrera de Bioquímica, Farmacia y Nutrición pertenecientes a la Facultad de Ciencias Químicas, San Lorenzo en el año 2015.

Métodos: Siendo un estudio observacional y descriptivo con un muestreo no probabilístico se seleccionó a los alumnos que participaron voluntariamente para evaluar la presencia de hipertensión, niveles de colesterol, de triglicéridos, de glucosa, actividad física, alimentación, consumo de sustancias tóxicas, el índice de masa corporal. Se ha determinado la presencia de infección sérica por VIH, hepatitis, *Treponema pallidum* y una encuesta de conocimiento preventivo para no contraer las infecciones de transmisión sexual ITS.

Resultados: Fueron evaluados 83 alumnos de ambos sexos. La mayoría de los sujetos estudiados estaban en edades entre 19 y 21 años, el 89,20% fueron del sexo femenino. En la evaluación de los biomarcadores donde la concentración de glucosa sérica de los estudiantes tuvo una media de $78,15 \pm 10$ mg/dL, sin indicación de diabetes. La media de la concentración de colesterol fue 148 ± 35 mg/dL y la media de la concentración de triglicéridos fue $90,9 \pm 52$ mg/dL. Se ha observado que el 7% (6/83) de los estudiantes del sexo femenino presentan dislipidemia. El 4% de los alumnos presenta hipertensión en un nivel leve. En el aspecto nutricional el 25% se encuentra en sobre peso y

obesidad. Con actividad saludable alta en la diversidad alimentaria del 5%, consumo de bebidas con alcohol en el 32%, fuma en 7% y un 61% con 6 hs de sueño o menos. En la presencia de enfermedades de transmisión sexual en los 83 estudiantes analizados todos resultaron ser negativos para sífilis, para la detección del antígeno de superficie del VHB (HBsAg) y no reactivos para la detección de anticuerpos tipo IgG contra el HIV 1/2. Las variables de conocimientos sobre ITS, indican que se necesita mayor enfoque a lo que respecta al conocimiento de las ITS para evitar situaciones lamentables que pueden ser prevenibles.

Conclusiones/Recomendaciones: Se propone aquí que las universidades, desde el modelo de promoción de la salud basado en el contexto, pueden contribuir notablemente a la mejora y el bienestar de la población, ya que constituyen un marco idóneo de actividad laboral, social y cultural.

87. RELEVANCIA DE DIFERENTES VARIABLES PARA REDUCIR LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO. EL CASO DE ESPAÑA

R. Pereira-Moreira

Universidad de Vigo.

Antecedentes/Objetivos: En España en los últimos años se han implementado múltiples medidas para reducir los accidentes, entre ellas medidas legislativas, como el permiso por puntos y modificaciones en el Código Penal, medidas que según la literatura han resultado ser efectivas. No obstante la literatura pasa por alto otra acción importante para reducir los accidentes, el esfuerzo de vigilancia en las carreteras para hacer cumplir las normas. Existen varios estudios en España que analizan la efectividad del permiso por puntos basados en técnicas de series temporales. Los resultados de estos estudios sostienen una efectividad del permiso por puntos. Estos modelos no recogen analíticamente el incremento en el esfuerzo de vigilancia, a pesar de que también es una variable relevante a la hora de incidir sobre el número de víctimas, lo que motiva precisamente la realización de este trabajo.

Métodos: El método que vamos a seguir es sugerido por K. Popper de refutar, en este caso sólo de forma parcial, la hipótesis de partida de que el mero cambio normativo es el responsable de la totalidad de la reducción de víctimas. Para ello vamos a usar un modelo teórico y el análisis de un caso, el de la autovía A-55, caso previo a los cambios normativos. Se instauraron controles de velocidad por parte de patrullas de la Guardia Civil de Tráfico. Se deduce que un importante elemento en la reducción de víctimas es debida al esfuerzo de las patrullas equipadas con radares que han conseguido unos resultados significativos de caídas en la cifra de víctimas en esta vía de cerca de un 100% entre los años 2000 y 2003. Esto demuestra que la variable esfuerzo de vigilancia es una variable significativa independientemente de los cambios normativos. Serían deseables estudios más detallados sobre el esfuerzo de vigilancia y como éste incide en la reducción de víctimas.

Resultados: Tanto el modelo teórico, como el caso utilizado demuestran que el esfuerzo de vigilancia en las carreteras es una medida importante y complementaria a los cambios normativos.

Conclusiones/Recomendaciones: No solo es la legislación sancionadora lo que importa sino también el esfuerzo de vigilancia realizado para lograr el cumplimiento de las normas. Estos resultados son extrapolables a otros países. Teniendo en cuenta las altas cifras de siniestralidad en Iberoamérica, los países que estén en condiciones de poder implementar todas las medidas posibles para reducir los accidentes, deberían hacerlo lo antes posible. La literatura existente sitúa a España como el vigésimo país en el ranking de mejores policías a nivel mundial, si tenemos en cuenta que la policía de tráfico cuenta con mejores medios materiales y humanos que la policía convencio-

nal ello implicaría que posiblemente la policía de tráfico española estuviese entre los 10 primeros puestos.

918. EPIDERMÓLISIS BULLOSA: ENFERMEDAD RARA E INVISIBLE EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS

E. Vicente, A. Bengoa-Alonso, M. Guevara, M.A. Nuin-Villanueva, M.J. Lasanta, N. Álvarez, M.A. Ramos-Arroyo, E. Ardanaz

Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra; Complejo Hospitalario de Navarra; Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; Dirección General de Salud de Gobierno de Navarra; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La epidermólisis bullosa (EB) hereditaria es una enfermedad rara (ER) por su baja prevalencia, caracterizada por la formación de ampollas y erosiones en la piel y/o las mucosas tras leves contactos o incluso de forma espontánea. Los registros sanitarios utilizan distintos sistemas de clasificación, la mayoría muy inespecíficos para codificar ER, dificultando así su estudio. La novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades codifica EB como 757.39 (otras anomalías especificadas de la piel); la décima, asigna el código específico Q81. Se analiza la visibilidad en los sistemas de información sanitarios de Navarra en el período 2000-2014 de la EB, como ejemplo de ER inespecíficamente codificada.

Métodos: Los sistemas de información explotados para la detección de casos de EB en Navarra fueron: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Atención Primaria (AP), Registro de Mortalidad (RM) y Registro de Anomalías Congénitas y Enfermedades Hereditarias de Navarra (RACEHNA). Se revisaron las historias clínicas (HC) de los pacientes con algún posible episodio de EB en 2000-2014: código 757.39 en CMBD, Q81 en RM, término "epiderm" en AP y "EB asociada a atresia pilórica" en RACEHNA. Se validaron los diagnósticos y se identificaron los casos de EB.

Resultados: Se revisaron 113 HC, confirmando 8 casos de EB hereditaria (7%) y uno de adquirida; también se detectaron 2 probables EB hereditarias más, un síndrome de Proteus y una enfermedad de Darier (otras ER inespecíficamente codificadas). Además, se reveló la existencia de familiares afectados no identificados previamente con las fuentes de datos utilizadas. El mayor número de casos confirmados fue aportado por AP, que captó el 75%. De las 90 HC con un diagnóstico al alta en CMBD codificado como 757.39, menos del 5% correspondieron a casos de EB. RM y RACEHNA sólo registraron las EB asociadas a atresia pilórica (más graves). Según este estudio, la prevalencia de EB en Navarra a 1/1/2015 sería de 0,78 casos por 100.000 habitantes, si bien esta aproximación parece infraestimada por la dificultad existente en la detección de los casos menos graves.

Conclusiones/Recomendaciones: Este trabajo demuestra la invisibilidad de la EB en los sistemas de información sanitarios y denota la importancia de los registros de ER basados en múltiples fuentes de datos para su estudio y cuantificación. Al ser la EB muy poco frecuente, una tasa alta de falsos negativos afecta sobremanera la estimación de indicadores epidemiológicos. El análisis y cruce de datos entre

múltiples fuentes de información es fundamental para maximizar la capacidad de detección de casos.

915. SÍNDROME DE MARFAN EN EL REGISTRO POBLACIONAL DE ENFERMEDADES RARAS DE NAVARRA, 2000-2014

E. Vicente, M. Guevara, A. Bengoa-Alonso, M.A. Ramos-Arroyo, N. Álvarez, M.A. Nuin-Villanueva, M.J. Lasanta, E. Ardanaz

Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra; Complejo Hospitalario de Navarra; Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; Dirección General de Salud de Gobierno de Navarra; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El síndrome de Marfan (SMF) es un trastorno hereditario autosómico dominante de penetrancia completa pero expresividad variable que afecta al tejido conectivo y presenta manifestaciones óseas, oftalmológicas y cardiovasculares. Es considerado enfermedad rara (ER) por tener una prevalencia < 5 casos/10.000 habitantes. En 2013 nació el Registro Poblacional de ER de Navarra (RERNA) en el marco de la Red Española de Registros de ER. Sus principales fuentes de casos son: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Atención Primaria (AP), Registro de Mortalidad (RM) y Registro de Anomalías Congénitas y Enfermedades Hereditarias de Navarra (RACEHNA), que incluye personas nacidas en Navarra desde 1991. El objetivo del trabajo es validar las fuentes utilizadas para la identificación de casos y estimar la prevalencia del SMF en Navarra.

Métodos: Se seleccionaron los casos con algún diagnóstico de SMF en 2000-2014: código CIE9MC 759.82 en CMBD, Q87.4 de CIE10 en RM y término "marfan" en AP y RACEHNA. Se revisaron sus historias clínicas (HC) para comprobar la base diagnóstica (clínica y/o molecular). Se calculó el valor predictivo positivo (VPP) y la sensibilidad máxima de las fuentes y se estimó la prevalencia del SMF en Navarra a 1/1/2015.

Resultados: RERNA identificó 86 posibles casos de SMF en 2000-2014, de los que se confirmaron el 42%. De los 36 diagnósticos positivos, 50% en cada sexo, sólo 5 (14%) contaban con estudio molecular. El 70% de los casos se detectaron en una única fuente, estimándose sus VPP en: 88% CMBD, 32% AP, y 100% RM y RACEHNA. La sensibilidad máxima de las mismas, respectivamente, fue: 64%, 61%, 50% (de los fallecidos en el período) y 57% (de los nacidos desde 1991). A 1/1/2015, la prevalencia estimada de SMF en Navarra fue de 48 casos por millón de habitantes.

Conclusiones/Recomendaciones: La prevalencia del SMF tiende a infraestimarse debido principalmente a que no hay ninguna prueba de diagnóstico molecular rápida y eficaz, el diagnóstico clínico es complejo y el fenotipo se hace más aparente con el aumento de la edad. El VPP y la sensibilidad calculadas para las fuentes de identificación de casos denotan la importancia del análisis, cruce de datos y validación de los sistemas de información sanitarios para maximizar la capacidad de detección de casos de ER y descartar falsos positivos. Los registros de ER, basados en múltiples fuentes de información, son fundamentales para el estudio y cuantificación de este tipo de enfermedades ya que los sistemas de clasificación y codificación utilizados en las actuales bases de datos sanitarias son muy inespecíficos.

XXXIV REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y XI CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGIA

Epidemiología para la salud en todas las políticas

Sevilla, 14-16 de septiembre de 2016

JUEVES, 15 DE SEPTIEMBRE DE 2016

MESAS ESPONTÁNEAS

ME08. Mesa Manel Nebot: Investigación para la prevención y control del tabaquismo

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Aula 5

Coordinan y moderan: *Cristina Martínez Martínez*
y *Xisca Sureda Llull*

236. IMPACTO DE LAS LEYES DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO EN LOS NACIMIENTOS PRETÉRMINO Y CON BAJO PESO EN ESPAÑA

L. Simón, R. Pastor-Barriuso, E. Boldo, C. Linares, C. Ortiz,
R. Fernández-Cuenca, P. Medrano, I. Galán

Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: Existen evidencias de que la exposición al humo ambiental de tabaco durante el embarazo se asocia con diversas complicaciones en el recién nacido. El objetivo principal del estudio fue evaluar el impacto de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y su reforma, la Ley 42/2010, en el número de nacimientos pretérmino y con bajo peso en España.

Métodos: El estudio incluye todos los nacidos entre enero de 2000 a diciembre de 2013 en España, en las semanas 26 a 42 de em-

barazo. Los datos se obtuvieron del Boletín Estadístico de Parto del Instituto Nacional de Estadística. Las variables de resultado fueron los nacidos pretérmino (< 37 semanas de gestación), con bajo peso para su edad gestacional (percentil < 10 según tablas de Carrascosa et al.) y con bajo peso al nacer (< 2.500 g). Se utilizaron modelos de Poisson, estimando los cambios inmediatos así como los efectos graduales de las regulaciones a través de una función segmentada del periodo de estudio, con diferentes tendencias lineales para 2003-2005 (previo a la ley), 2006-2010 (ley parcial) y 2011-2012 (ley total). Los modelos se ajustaron por las siguientes variables: lugar del parto, parto asistido, parto múltiple, edad de la madre, profesión de la madre y del padre, y comunidad autónoma de residencia de la madre.

Resultados: El 7,8% de los nacimientos en el periodo estudiado fueron pretérmino, el 9,2% tuvieron un peso bajo para su edad gestacional, y el 7,8% un bajo peso al nacer (< 2.500 g). En los nacidos pretérmino y con bajo peso (< 2.500 g) no se observaron cambios con la introducción de la primera ley de 2006, mientras que la ley reformada se asoció a un descenso inmediato en los nacidos pretérmino del 4,6% (IC95%: 1,1-8%) que se mantuvo a un año (5,4%; IC95%: 2,3-8,4%), así como para bajo peso (< 2.500 g), observando descensos inmediatos del 2,3% (IC95%: 0,3-4,7%) y del 3,8% (IC95%: 1,6-6%) a un año. Finalmente, en los nacidos con peso bajo para su edad gestacional se observó un descenso inmediato del 2,6% (IC95%: 1,4-3,8%) con la introducción de la ley parcial, que se mantiene a un año, aunque disminuye al 1,4% (IC95%: 0,2-2,6%), mientras que no se observaron cambios significativos con la puesta en marcha de la ley total.

Conclusiones/Recomendaciones: La implantación de las leyes de medidas sanitarias frente al tabaquismo se asoció con una disminución de los nacimientos pretérmino y con bajo peso. La reforma de la ley (ley total) se relaciona con cambios inmediatos y sostenidos en los nacidos pretérmino y con bajo peso (< 2.500 g), mientras que la primera ley (ley parcial) se asoció con una disminución de los nacidos con bajo peso para su edad gestacional. Es fundamental seguir aplicando medidas que minimicen la exposición de las mujeres embarazadas a este factor ambiental.

286. IMPACTO DE LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA DEL TABACO EN LA ADOPCIÓN VOLUNTARIA DE HOGARES LIBRES DE HUMO

C. Lidón-Moyano, M. Fu, M. Ballbè, J.C. Martín-Sánchez, E. Fernández, J.M. Martínez-Sánchez

Universitat Internacional de Catalunya; Institut Català de Oncologia-ICO-IDIBELL.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar el impacto de la legislación española de control del tabaquismo (Leyes 28/2005 y 42/2010) en la adopción voluntaria de normas de regulación del consumo de tabaco en el hogar.

Métodos: Estudio longitudinal mediante entrevista de una muestra representativa ($n = 1.245$) de la población adulta (≥ 16 años) de la ciudad de Barcelona. La muestra basal se formó en 2004-2005 antes de la implementación de la Ley 28/2005 y se siguió en 2013-2014 después de la implementación de la Ley 42/2010. La muestra final fue de 736 individuos. Se preguntó a los participantes antes y después de la legislación española sobre el tipo de norma de consumo de tabaco en su hogar y estos se clasificaron en: 1) norma completa: cuando el consumo de tabaco no estaba permitido en ningún lugar del hogar, 2) norma parcial: cuando el consumo de tabaco solo estaba permitido en alguna estancia del hogar, y 3) sin norma: cuando el consumo de tabaco estaba permitido en cualquier lugar del hogar. Se calcularon los cambios en las prevalencias de hogares libres de humo antes y después de la legislación española mediante la razón de prevalencias (RP) y la prueba Chi-cuadrado de McNemar.

Resultados: Los hogares con normas voluntarias sobre el consumo de tabaco (completas o parciales) se incrementaron un 31% después de la implementación de las últimas leyes españolas de control del tabaquismo (de 55,6% a 72,6%; $p < 0,001$). Este aumento fue mayor entre los hombres (RP = 1,33), las personas con alto nivel educativo (RP = 1,48) y las nunca fumadoras (RP = 1,46). El aumento de normas completas fue mayor en comparación con el de normas parciales (57% de aumento en normas completas, de 23,9% a 37,6%, $p < 0,001$ y 10% en normas parciales, de 31,7% a 35,0%, $p = 0,148$). En los hogares con normas parciales, las zonas exteriores fueron los lugares designados para fumar que más aumentaron (RP = 2,15), mientras que las áreas interiores, tales como zonas comunes y/o el comedor, las que más disminuyeron (RP = 0,23 y 0,12 respectivamente).

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha producido un aumento significativo de los hogares libres de humo después de la entrada en vigor de las dos leyes de control del tabaquismo en España. Esto implica que dicha legislación no ha producido un desplazamiento del consumo de tabaco de los lugares públicos a los hogares, como argumentaban la industria del tabaco y el sector de la hostelería antes de su implementación.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (FIS PI12/01114 y RTICC, RD12/0036/0053).

324. EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO EN CASAS CON MENORES DE 12 AÑOS

M.J. López, X. Contente, M. Pérez-Ríos, A. Schiaffino, E. Fernández, G. Muñoz, F. Centrich, N. Cortes

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

Antecedentes/Objetivos: La exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) en el hogar puede afectar a población especialmente vulnerable como los menores. El objetivo de este estudio es estimar, mediante la medición de nicotina ambiental, la exposición al HAT en casas con menores de 12 años de la ciudad de Barcelona.

Métodos: Estudio transversal en una muestra de conveniencia de 85 hogares con menores de 12 años de Barcelona, con representación de hogares de fumadores y no fumadores. Se estimó la exposición al HAT mediante la medición de la nicotina ambiental y la administración de un cuestionario. La nicotina ambiental se midió tanto en el comedor de la vivienda como en la habitación del menor. El trabajo de campo se realizó entre abril 2015 y febrero 2016. La nicotina ambiental ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) se midió mediante filtros tratados con bisulfato sódico, que estuvieron expuestos durante 7 días, y fueron analizados mediante cromatografía de gases con detección de espectrometría de masas. El cuestionario incluyó preguntas sobre la exposición en el hogar, el comportamiento durante la semana de colocación del monitor y variables sociodemográficas de los menores y de sus padres o tutores. Se realizó un análisis descriptivo bivariado en el que se calculó la mediana y rango intercuartílico (RI) de la concentración de nicotina según las variables estudiadas.

Resultados: En más del 60% de las casas vivían 4 personas, mayoritariamente con uno o dos menores. En el 46% de las casas vivía como mínimo un fumador, y en el 70% declaraban que no permitían que se fumase en el interior de la casa. En el 49% de las casas sin fumadores no se encontró presencia de nicotina en ninguna de las dos habitaciones estudiadas, mientras que este porcentaje fue de un 10% en el caso de las casas con fumadores. En relación a las normas sobre permitir fumar en casa, en hogares de fumadores que declaraban no permitir fumar en el interior, un 67% mostraban presencia de nicotina en el comedor. Este porcentaje fue del 38% en el caso de los no fumadores. En la habitación del niño/a este porcentaje fue del 60% y del 35%, respectivamente. En los hogares en los que declaraban haber fumado en el interior durante la semana de exposición del filtro, la concentración de nicotina en el comedor fue de $1,04 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 0,07-2,31), y en la habitación del menor de $0,43 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 0,12-1,00).

Conclusiones/Recomendaciones: Los menores de 12 años están expuestos a niveles de humo ambiental de tabaco relevantes en los hogares en los que alguno de sus miembros son fumadores. Son necesarias intervenciones orientadas a promover los hogares libres de humo, especialmente cuando en estos viven menores.

Financiación: Proyecto FIS PI13/02734.

754. EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN MERCADOS ABIERTOS Y CERRADOS

A. Feliu, M. Fu, M.J. López, E. Saltó, J.M. Martínez-Sánchez, E. Fernández

Institut Català d'Oncologia; Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge; Universitat Pompeu Fabra; Agència de Salut Pública de Barcelona; Generalitat de Catalunya; Universitat Internacional de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Según la actual legislación del tabaco, está prohibido fumar en el interior de todos los mercados cerrados; sin embargo, no se establece ninguna regulación para los mercados al aire libre. El objetivo es estimar la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) en los mercados al aire libre y compararla con la de los mercados cerrados.

Métodos: Estudio transversal realizado en 2015-2016 en una muestra de conveniencia de 8 mercados abiertos y 9 mercados cerrados de Barcelona. Se midieron las partículas PM_{2,5} como marcadores de exposición al HAT. Se realizaron medidas de PM_{2,5} en movimiento y en tiempo real durante 30 minutos con un monitor de partículas SidePak. Además se midieron en total 15 puntos de control exteriores. Se registraron diversas variables independientes (número de personas fumando, señales de prohibición, ceniceros, olor a tabaco, distancia de una vía transitada, etc.). Se calcularon las medianas y los rangos intercuartiles (RI) de la concentración global de PM_{2,5} en todos los mercados y se estratificaron por las posibles variables explicativas. Se

compararon estas concentraciones mediante el test de Kruskal-Wallis y el test U de Mann Whitney para muestras independientes.

Resultados: La concentración mediana global de PM_{2,5} en los mercados abiertos (31,98 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; RI: 7,28-53,56 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) y en los mercados cerrados (31,20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; RI: 15,86-32,76 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) fue similar ($p = 0,815$). En ambos lugares, las concentraciones fueron mayores que en sus correspondientes controles (11,44 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, RI: 4,16-44,20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, y 26,91 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, RI: 12,22-35,23 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, respectivamente; ambas $p > 0,05$). No se encontraron diferencias significativas en la concentración de PM_{2,5} para ninguna de las variables recogidas.

Conclusiones/Recomendaciones: No se observaron diferencias en la exposición al HAT entre los mercados abiertos y cerrados, ni entre los mercados y sus respectivos controles. Esto probablemente se debe a la inespecificidad de las PM_{2,5} como marcador de HAT y al tamaño reducido de la muestra.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III y Fondo Europeo de Desarrollo Regional (refs. RD12/0036/0053 y PI1102054).

933. USO EXCLUSIVO DE CIGARRILLOS MANUFACTURADOS O LIADOS A MANO ENTRE PERSONAS FUMADORAS EN CATALUÑA

A. Valverde, J.M. Suelves, O. García, G. Ortega, D. Martínez, C. Cabezas

Agència de Salut Pública de Catalunya; Direcció General de Planificació en Salut.

Antecedentes/Objetivos: Se ha observado una reducción en las ventas de cigarrillos manufacturados, acompañada de aumentos en las ventas de picadura para liar. En 2015 se vendieron en Cataluña casi 431 millones de paquetes de cigarrillos -un 48% de los vendidos en 2005- mientras que los 1,3 millones de kg de picadura de liar vendidos en 2015 casi duplicaron las ventas de 2005. Entre las personas que declaran fumar de forma diaria u ocasional en Cataluña, el porcentaje de las que utilizaban cigarrillos liados a mano pasó del 3% al 24% entre 2006 y 2014. El objetivo de este trabajo es comparar algunas características de las personas que fumaban exclusivamente cigarrillos manufacturados (CM) o cigarrillos liados a mano (CL) en Cataluña.

Métodos: Estudio transversal de la muestra de 3.860 personas de 15 y más años, incluidos en la edición de 2014 de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA). La ESCA está basada en entrevistas a muestras representativas de la población de Cataluña, en las que se administra un cuestionario con preguntas sobre el estado de salud y sus determinantes. Para el presente análisis, se seleccionaron los registros de fumadores diarios y ocasionales que declararon fumar exclusivamente CM o CL para comparar sus principales características.

Resultados: En 2014, el 18,9% de los residentes en Cataluña de 15 y más años fumaba exclusivamente CM, y el 4,8% exclusivamente CL. Los fumadores de CM tenían una edad media de 42 años, e incluían un 58,4% de hombres, un 55% de clase media, y un 16,9% de titulados universitarios. Los fumadores de CL tenían una edad media de 36 años, con un 59,9% de hombres, 60,7% de clase media y 22% eran titulados universitarios. Comparados con los fumadores de CM, los fumadores de CL informaron de niveles superiores de actividad física y una mayor ingesta diaria de fruta. También se observaron menores porcentajes de personas que dormían menos de 6 h/día y de consumidores de riesgo de alcohol entre los fumadores de CL que entre los fumadores de CM.

Conclusiones/Recomendaciones: Las personas que fuman exclusivamente CL son más jóvenes, y tienen niveles educativos y clase social algo superiores que los que se observan entre los fumadores de CM. El hecho de que el uso de CL se observe con mayor frecuencia entre personas que muestran un estilo de vida más saludable en relación a la dieta, la actividad física, el uso de alcohol y el descanso parece apoyar la hipótesis de que el uso de CL se ve facilitado por la

creencia de una menor nocividad en comparación con los CM, que ha sido descrita en otros trabajos.

307. PROYECCIÓN BAYESIANA DE LA PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN ESPAÑA

J.C. Martín-Sánchez, J.M. Martínez-Sánchez, U. Bilal, R. Clèries, M. Fu, C. Lidón-Moyano, X. Sureda, M. Franco, E. Fernández

Universitat Internacional de Catalunya; Institut Català d'Oncologia-ICO-IBIDELL; Johns Hopkins University; Universitat de Alcalá; Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Proyectar mediante métodos bayesianos la prevalencia de consumo de tabaco en España hasta el año 2020 y evaluar su tendencia por sexo y edad.

Métodos: Se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (años 2003, 2006 y 2011-2012) para obtener información sobre el consumo de tabaco. En primer lugar, se reconstruyó la prevalencia cruda, específica por grupos de edad (quinquenios) y ajustada por edad para hombres y mujeres hasta 1989. A partir de la reconstrucción, se proyectaron las prevalencias hasta el año 2020 mediante un modelo binomial de regresión logística bayesiano. Para evaluar las tendencias, se calculó el porcentaje de cambio anual (PCA) de las prevalencias mediante un modelo de regresión Join-Point.

Resultados: En mujeres, las proyecciones bayesianas entre 2011 y 2020 muestran un descenso estadísticamente significativo de la prevalencia cruda (de 20,1% a 18,2%, PCA = -1,1%, $p < 0,001$) y de la prevalencia ajustada (de 22,7% a 19,6%, PCA = -1,7%, $p < 0,001$). Por grupos de edad, las proyecciones bayesianas muestran un descenso mayor de la prevalencia entre las mujeres de 15 a 40 años (de 25,6% a 16,4%, PCA = -4,8%, $p < 0,001$) mientras que para las mujeres de 40 a 64 años aumenta (de 24,6% a 27,6%; PCA = 1,3%, $p < 0,001$). En hombres, las proyecciones bayesianas entre 2011 y 2020 muestran un descenso de la prevalencia cruda (de 27,0% a 20,3%, PCA = -3,2%, $p < 0,001$) y de la prevalencia ajustada (de 27,6% a 21,0%, PCA = -2,97%, $p < 0,001$). Por grupos de edad, los hombres mayores de 65 años mostraron el mayor descenso anual de la prevalencia (PCA = -6,7%, $p < 0,001$).

Conclusiones/Recomendaciones: En términos generales se prevé que la prevalencia del consumo de tabaco continúe descendiendo en España con mayor magnitud en hombres que en mujeres. En este sentido, la prevalencia en mujeres se está igualando a la de hombres. Nuestro estudio muestra un aumento de la prevalencia entre las mujeres de 40 a 64 años en los próximos años. Por ello, se debería realizar intervenciones de salud pública para reducir el consumo de tabaco entre las mujeres, especialmente en el grupo de edad de 40 a 64 años.

339. CONSUMO DE TABACO E INTERVENCIONES PARA DEJAR DE FUMAR EN LOS PACIENTES INGRESADOS DE LOS HOSPITALES CATALANES

C. Martínez, M. Fu, A. Riccobene, P. Fernández, S. Cabrera, J.M. Martínez-Sánchez, E. Gavilán, E. Fernández, Grupo de Coordinadores de la Red Catalana de Hospitales sin Humo (XCHSF)

Institut Català d'Oncologia; Xarxa Catalana de Hospitals Sense Fum; Universitat Internacional de Catalunya; Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la prevalencia del consumo de tabaco, el nivel de comunicación de la normativa de espacios libres de humo y la percepción sobre el nivel de implementación de las intervenciones para dejar de fumar de los pacientes ingresados en los hospitales catalanes.

Métodos: Estudio multicéntrico transversal en 17 hospitales de la Red Catalana de Hospitales sin Humo (2014-2015). Se obtuvo una

muestra representativa de pacientes en cada hospital. Se realizó entrevista personal estructurada mediante cuestionario para obtener información sobre variables sociodemográficas, consumo de tabaco, comunicación de la normativa sin humo, e intervenciones para dejar de fumar. Tras aplicar la ponderación muestral, se calculó la prevalencia del consumo de tabaco y las odds ratios (OR) e intervalos de confianza (IC) del 95% de consumo según las diferentes variables independientes mediante regresión logística.

Resultados: Del total de 1058 pacientes entrevistados, el 21,1% (IC95%: 22,0-19,9) eran fumadores. Entre las variables asociadas a un mayor consumo destaca ser < 45 años (OR = 3,3; IC95%: 2,7-3,6) y ser hombre (OR = 3,1; IC95%: 2,7-3,6). El 92,6% de los pacientes no había recibido información sobre la normativa sin humo. Sobre las intervenciones para dejar de fumar, al 58,1% de los pacientes se les preguntó si fumaban el 45,5% de los fumadores había recibido consejo para dejar de fumar, el 28,1% se les preguntó por su deseo de abandono, el 16,9% recibió ayuda específica y el 6,2% indicaciones para el seguimiento.

Conclusiones/Recomendaciones: El perfil del paciente fumador se corresponde con un varón y < 45 años. A casi dos tercios de los fumadores se les pregunta si fuman. Sin embargo, la explicación sobre la normativa sin humo del hospital es prácticamente nula. El nivel de implementación de las intervenciones para dejar de fumar en los hospitales debe mejorar.

Financiación: COIB PR2619-12.

975. PERCEÇÃO DOS PORTUGUESES SOBRE RECURSOS E PRÁTICAS CLÍNICAS DE CESSAÇÃO TABÁGICA

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

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

Antecedentes/Objetivos: Com o objectivo de explorar a percepção dos portugueses sobre recursos e práticas clínicas de cessação tabágica foi realizado um estudo transversal baseado em entrevistas telefónicas em Junho-Julho de 2012.

Métodos: Foram inquiridos adultos em lares com telefone por amostragem aleatória e estratificada por região em Portugal Continental. A entrevista foi assistida por sistema CATI.

Resultados: Participaram 1.002 indivíduos (96% de taxa de colação), com idade média de 46 ± 18 anos, dos quais 52% eram do sexo feminino. Dos participantes, 95% indicou como local para pedir ajuda para deixar de fumar o centro de saúde, seguido da clínica médica (84%), do hospital privado (80%), da farmácia comunitária (77%) e do hospital público (74%), $p < 0,001$; 73% e 46%, $p < 0,001$, consideravam respectivamente que uma linha telefónica e uma plataforma on-line especializadas eram recursos válidos de cessação; 48% conheciam a linha SOS Deixar de Fumar e 13% o site Parar.net, $p < 0,001$. De entre os profissionais de saúde (PS) que podem ajudar alguém a deixar de fumar, o médico de Medicina Geral e Familiar foi indicado por 99% dos participantes, seguido do psicólogo (87%), do farmacêutico (79%) e do enfermeiro (73%), $p < 0,001$. Dos vários passos da intervenção breve em tabagismo, foi percebido o seguinte: 79,9% eram abordados pelos médicos sobre o consumo de tabaco; 50,0% dos fumadores eram aconselhados a parar de fumar; 36,8% eram motivados a parar; 20,0% tinham sido referenciados a um programa de cessação, $p < 0,001$; 20,2% dos utilizadores de tabaco referiram ter tido algum apoio ou ensino de recursos de cessação, dos quais 4,9% já lhe tinha sido prescrito um fármaco específico para a cessação tabágica e 1,9% tinham sido esclarecidos pelos médicos sobre o custo destes medicamentos. Os inquiridos referiram ainda várias medidas de implementação política de apoio à cessação tabágica tais como campanhas de divulgação nos media, comparti-

cipação dos fármacos, aumento do preço do tabaco, maior fiscalização da lei de proibição de fumar, melhorar a cobertura das consultas de cessação.

Conclusiones/Recomendaciones: Embora reconhecendo a abrangência dos sistemas de saúde, os portugueses valorizam os recursos comunitários como os mais habilitados ao apoio à cessação tabágica, assim como a interdisciplinaridade da intervenção clínica. Os recursos de cessação mais abrangentes e custo-efectivos são pouco conhecidos. Por outro lado, os portugueses percebem como inconsistente a intervenção breve em tabagismo. É necessário uma intervenção sistemática e eficaz de apoio à cessação, integrando os vários recursos da comunidade incluindo os mais abrangentes e custo-efectivos.

Financiación: O trabalho de campo foi financiado pela Pfizer que não interviu nem influenciou a investigação.

958. PROGRAMA SMOKEOUT II: AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA NA INTENÇÃO, EXPERIMENTAÇÃO E CONSUMO DE TABACO

I. Sousa, J. Precioso, J. Machado, F. Reis, J. Sousa, C. Samorinha, H. Antunes

Instituto Educação, Instituto Ciênc, Sociais e Instituto ICVS, Universidade Minho-PT; Instituto Saúde Amb., Instituto Med. Prev, e Saúde Pública, Universidade Lisboa-PT; Hospital Braga-PT; EPIUnit-Instituto Saúde Pública Universidade Porto-PT.

Antecedentes/Objetivos: O maior risco a que os jovens estão expostos quando começam a fumar é o da dependência. A evidência mostra que intervenções multicomponentes são eficazes na redução da prevalência do consumo de tabaco nos adolescentes, sendo os programas em meio escolar parte fundamental dessas intervenções. Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia a curto prazo de um programa interdisciplinar de prevenção, baseado no currículo escolar SmokeOut II, na prevenção da intenção, experimentação e consumo de tabaco em jovens escolarizados a frequentar o 9º ano do ensino básico, por sexos.

Métodos: Trata-se de um estudo quasi-experimental, do tipo pré/pós-teste, com um grupo experimental ($n = 159$) e um grupo de controlo ($n = 171$), realizado em 2014/15. Aplicou-se um questionário, a ambos os grupos, seguido da intervenção (programa SmokeOut II) no grupo experimental. Aplicou-se, no pós-teste, o mesmo questionário a ambos os grupos e compararam-se os resultados, usando estatística inferencial.

Resultados: Entre os adolescentes que nunca experimentaram fumar, constatou-se, nos rapazes, no grupo experimental, uma redução significativa da prevalência da intenção de experimentar fumar no mês seguinte, entre o pré e o pós-teste (de 18,6% para 15,9%, $p = 0,006$), enquanto que no grupo de controlo esta prevalência aumentou, não significativamente, de 8,4% para 11,9%. Comparando entre grupos, no pós-teste, verifica-se que enquanto que 23,3% das raparigas no grupo de controlo tencionavam experimentar no mês seguinte, no grupo experimental apenas 6,8% tinham essa intenção ($p = 0,017$). Quanto à experimentação de tabaco do pré para o pós-teste, constatou-se que 23,1% rapazes e 20,8% das raparigas, do grupo de controlo, declararam ter experimentado fumar no pós-teste. No grupo experimental, a percentagem de alunos que não tinham experimentado fumar e que o fizeram entre o pré e o pós teste é menor (6,7% nos rapazes e 5% nas raparigas; $p = 0,001$ e $p = 0,011$, respetivamente). Quanto ao consumo regular de tabaco, verificou-se uma redução significativa nos rapazes, no grupo experimental, do pré para o pós-teste (de 10,3% para 4,2%, $p < 0,05$), acontecendo o contrário no grupo de controlo, com um aumento não significativo de 13,3% para 15,4%.

Conclusiones/Recomendaciones: O Programa SmokeOut II mostrou alguma eficácia na redução, a curto prazo, da proporção de ado-

lescentes a experimentar fumar e da prevalência do consumo de tabaco entre os rapazes. Salienta-se a redução na intenção de experimentar tabaco, um dos preditores da iniciação tabágica. É necessário investigar se estes resultados persistem no tempo, estando em curso uma avaliação longitudinal do Programa.

Financiación: FCT, COMPETE e FEDER-PTDC/IVC-PEC/5133/2012.

ME09. La estadística y las ciencias de la salud: un entendimiento necesario

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 09:00 h a 10:30 h

Aula 1.3

Coordinan y moderan: Sabina Pérez Vicente
y Juan Manuel Praena Fernández

259. TÉCNICAS DE IMPUTACIÓN EN ESTUDIOS OBSERVACIONALES DE MEDIDAS REPETIDAS

U. Aguirre, I. Arostegui, J.M. Quintana

Unidad de Investigación, Hospital Galdakao-Usansolo; Departamento de Matemática Aplicada y Estadística e Investigación Operativa, (UPV/EHU); REDISSEC: Red de Investigación en Servicios Sanitarios y Enfermedades Crónicas.

Antecedentes/Objetivos: Los estudios longitudinales de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) están motivados por identificar las potenciales variables predictoras del cambio en la variable resultado de interés. La presencia de valores faltantes, muy común en este tipo de estudios, puede causar resultados sesgados. La utilización de métodos estadísticos apropiados para analizar los datos completos con datos no ignorables es un reto a resolver. Las técnicas de imputación, tales como K-vecinos próximos (K-NN), cadenas de Markov Monte Carlo (MCMC) o el propensity score (PS), han sido las propuestas como métodos alternativos a las habituales - casos completos (CC) o casos disponibles (CD) - para el tratamiento de datos no observados en la variable resultado. El objetivo de este estudio es comparar el rendimiento de varias técnicas de imputación bajo distintos tipos de mecanismos y porcentajes de valores faltantes.

Métodos: Se han aplicado los cinco métodos estadísticos anteriormente mencionados- CC, CD, K-NN, MCMC y PS- combinando con los modelos mixtos bajo distintos escenarios (porcentaje de pérdidas: 10%, 30%; mecanismos de imputación: proceso completamente aleatorio (missing completely at random, MCAR), proceso aleatorio (missing at random, MAR) y proceso no aleatorio (missing not at random, MNAR)) a un estudio de dos mediciones (pre-post) de 400 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Se evaluó la asociación entre los cambios de la CVRS producidos al año de iniciar el estudio con las variables clínicas y sociodemográficas. Además, se ha llevado a cabo un estudio de simulación (N = 500 y N = 1000 réplicas) donde se calculó el sesgo estandarizado del coeficiente de regresión de la interacción entre el efecto Tiempo y la covariable.

Resultados: En ambas simulaciones, N = 500 y N = 1.000 réplicas, el método CC combinado con los modelos mixtos mostró el menor sesgo estandarizado en los escenarios MCAR y MAR. Sin embargo, en MNAR, tanto el CC como el MCMC presentaron coeficientes sesgados. El método PS fue aquel que mostró peores resultados.

Conclusiones/Recomendaciones: El método MCMC no presenta ningún beneficio adicional respecto a CC en los escenarios MCAR y MAR. En el caso de MNAR, todos los métodos presentaron resultados sesgados.

116. NUEVAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN POR MUESTREO APLICADAS A ENCUESTAS DE SALUD: CALIBRACIÓN DE ESTIMADORES

A. Cabrera-León, M. Rueda

Escuela Andaluza de Salud Pública; Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universidad de Granada.

Una de las metodologías de investigación por muestreo desarrolladas en los últimos 25 años que, por un lado, minimizan el sesgo y, por otro, aumentan la precisión de las estimaciones realizadas sobre parámetros medidos a través de muestras, es la calibración de estimadores. Los objetivos fueron revisar y desarrollar esa metodología, aplicarla a encuestas poblacionales de salud y evaluar diferentes aproximaciones. Para ello, este trabajo se estructuró en: La investigación por muestreo, que describe la aplicación de la calibración en algunas de las encuestas poblacionales de salud más relevantes y algunos de los principales conceptos relacionados. Métodos de estimación indirectos, que muestra su desarrollo histórico según los distintos enfoques de la inferencia estadística. Calibración de estimadores, que describe las diferentes técnicas, líneas de trabajo actuales y futuras, y Software relacionado, especialmente R. Aplicación de la calibración, sobre dos encuestas de salud de base poblacional (Encuesta de Esterilidad y Encuesta Andaluza de Salud), realizando una comparativa en la ganancia de precisión y validez de las estimaciones calibradas. Se obtuvieron las siguientes conclusiones generales: Los ajustes de calibración aplicados a la estimación de la prevalencia incrementa la validez de la generalización de un área pequeña a otra mucho más grande, así como mejora su precisión. Sin calibración, las prevalencias obtenidas sobre las condiciones de salud estudiadas estarían sobreestimadas, así como aquellas cuya relación con las variables de calibración fuera similar. La calibración cruzada y la modelo-asistida fueron mejores técnicas que la lineal, aunque todas obtuvieron reducciones de la varianza similares. Esta es la primera vez que la técnica de calibración se ha aplicado a las encuestas utilizadas en este trabajo y, hasta dónde sabemos, la primera vez que la calibración modelo-asistida se ha aplicado a una encuesta poblacional de salud. Esta aproximación está siendo cada vez más adoptada en las ciencias sociales, especialmente en estudios con muestras pequeñas o con problemas de cobertura o de falta de respuesta. La metodología desarrollada en este trabajo puede servir como modelo para ser aplicado a otros estudios epidemiológicos.

338. APLICACIÓN DE LA ESTADÍSTICA A LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA NUTRICIÓN Y ESTADÍSTICA: PATRONES DIETÉTICOS A POSTERIORI

E.M. Navarrete-Muñoz

CIBERESP; EPINUT-UMH.

La epidemiología de la nutrición es la disciplina que estudia la relación entre la dieta y la salud, entendiéndose esta como el estado de completo bienestar físico, mental y social. Las contribuciones específicas incluyen la evaluación de la dieta, la modelización estadística de la relación entre la dieta y la enfermedad. De ahí que la estadística sea una herramienta inseparable del razonamiento científico que acompaña a la investigación epidemiológica, en este caso, la epidemiología nutricional. Los métodos de correlación de Pearson o Spearman, el coeficiente de correlación intraclase o atenuado, así como los gráficos de Bland-Altman, son herramientas útiles en la validación de instrumentos de evaluación dietética tales como los cuestionarios de frecuencia de alimentos (CFA). Asimismo, los técnicas estadísticas como la regresión lineal, logística, multinomial, Poisson o de Cox, son ampliamente utilizadas para el análisis del efecto de la ingesta de nutrientes y alimentos en la salud. Un último avance en la evolución

mutua entre ambas disciplinas, ha sido la creación de patrones dietéticos con técnicas estadísticas multivariantes de clasificación. El uso de patrones dietéticos evalúa el papel global de la dieta y sus posibles interacciones entre nutrientes, alimentos y otros componentes que integran nuestra dieta, lo cual supone un avance frente al enfoque reduccionista del efecto aislado de alimentos y nutrientes individuales. Aunque el uso de patrones dietéticos se remonta a 1982, en la actualidad existen distintas técnicas estadísticas, siendo probablemente las más utilizadas el análisis de componentes principales o el cluster. Recientemente se han introducido técnicas más novedosas como el latent class análisis, el Reduced rank regression o el non-negative matrix factorisation, las cuales, permiten una mejor modelización de los datos. Hace unos años, el grupo EPINUT-UMH publicó un artículo sobre patrones dietéticos usando el análisis cluster. Para ello, se utilizaron la información dietética del CFA, previamente validado en la encuesta de Nutrición y Salud de la Comunidad Valenciana del año 1994. La ingesta de alimentos de 1803 individuos se ajustó por mil calorías y se crearon 26 grupos de alimentos usando valores estandarizados para la identificación de patrones dietéticos por el método análisis de k-medias prefijando 3 clúster. Se identificaron un patrón Prudente, Mediterráneo y Occidental, que nos permite clasificar a los individuos en los patrones. Posteriormente se exploró la relación entre estos 3 patrones y conductas o hábitos de vida saludables. En conclusión, la aplicación práctica de la estadística a la epidemiología de la nutrición, establece un vínculo interdependiente epistemológico que ayuda a la evolución simultánea de ambas disciplinas.

86. COMPARACIÓN DEL ERROR TIPO I ENTRE LOS MÉTODOS MATCHING Y LOS MODELOS PARAMÉTRICOS: ESTUDIO DE SIMULACIÓN

J. Real Gatus, C. Forné, A. Roso Llorach, J.M. Martínez Sánchez

Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; Universitat Internacional de Catalunya; Universitat de Lleida; Oblivue Consulting; Grup de Prevenció i Control del Càncer, IDIBELL.

Antecedentes/Objetivos: En los estudios observacionales es habitual utilizar las técnicas estadísticas multivariantes como herramienta de ajuste para controlar el potencial sesgo de confusión. Sin embargo, pese al creciente interés en alternativas como los métodos de emparejamiento (matching) y/o, modelos aditivos generalizados (GAM), los modelos multivariantes paramétricos, como la regresión logística, siguen siendo muy utilizados. El objetivo del presente estudio es comparar el sesgo de confusión residual de tres métodos de ajuste distintos (matching, GAM y regresión logística) en escenarios donde la relación confusor-respuesta no es lineal.

Métodos: Se simularon conjuntos de datos de 10.000 observaciones de 3 variables: una variable respuesta binaria (Y), una variable exposición dicotómica (X) independiente de la respuesta (Y), y una variable confusora continua (Z) relacionada con la exposición (X) y con la respuesta (Y). La respuesta se generó mediante una distribución binomial condicionada a 8 formas no lineales de Z, y 2 niveles de correlación entre la exposición y la variable confusora (X-Z), $r = 0,5$ y $0,3$. En total se simularon 7.500 muestras en 16 escenarios distintos descartando aquellas muestras donde alguna de las estrategias de análisis no convergió. Se han comparado 7 estrategias de análisis para estimar el efecto nulo de X sobre Y (asumiendo un error de tipo I nominal $\alpha = 0,05$): 3 métodos matching (exacto, subclasificación y nearest neighbour), 3 especificaciones del modelo de regresión logística (lineal, categorizando el confusor y polinomial), y un modelo GAM. Se calculó el error de tipo I empírico y el error cuadrático medio de la estimación del efecto nulo.

Resultados: Los métodos matching y el modelo GAM mostraron errores tipo I empíricos más cercanos al nominal que los métodos paramétricos en las 8 formas funcionales consideradas. El método

matching exacto presentó la menor tasa de error tipo I, inferior al nivel teórico en los dos niveles de correlación X-Z ($\alpha = 0,041$ y $0,039$, para $r = 0,5$ y $0,3$ respectivamente), mientras que el método de subclasificación fue la estrategia matching que mostró un mayor error en ambos escenarios de asociación ($\alpha = 0,084$ y $0,061$). Con el modelo GAM se observaron errores $\alpha = 0,053$ y $0,056$, y con regresión logística errores entre $\alpha = 0,085$ y $0,093$ categorizando el confusor, y $\alpha = 0,176$ y $0,474$ en el modelo lineal.

Conclusiones/Recomendaciones: Los métodos matching con reducción de muestra proporcionan mayor credibilidad a los resultados en comparación a la regresión logística multivariable independientemente de la relación funcional entre el confusor y la respuesta.

103. EL PROBLEMA DE LA DESALINEACIÓN EN LA ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN A LARGO PLAZO A LA CONTAMINACIÓN CONSECUENCIA DEL TRÁFICO Y LA MORTALIDAD EN BARCELONA, 2004-2007

M. Sáez, M.A. Barceló, D. Varga

Universitat de Girona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Los estudios que examinan los efectos de la exposición a largo plazo a problemas ambientales (contaminación atmosférica y ruido), sobre la salud utilizan datos a nivel ecológico para estimar la exposición a nivel individual. Pero las localizaciones espaciales de los datos de la exposición no suelen coincidir con las de los datos de salud, problema conocido como desalineación (misalignment). Si no se controla explícitamente este problema, tanto los estimadores de los parámetros de interés como de sus desviaciones estándar estarán sesgados y la inferencia no será válida.

Métodos: Tras describir los diferentes métodos estadísticos existentes para controlarla, nuestro objetivo es el de proponer un método completo Bayesiano mediante la aproximación INLA para evaluar los efectos a largo plazo de la contaminación (atmosférica y acústica) consecuencia del tráfico en la mortalidad en Barcelona, durante 2004-2007. Utilizamos un diseño caso-control con datos individuales, con los residentes muertos en la ciudad por infarto de miocardio, hipertensión y diabetes mellitus tipo II como casos los muertos por SIDA y causas externas, en la ciudad y en el mismo período como controles. Los casos se emparejaron con los controles por sexo y edad. Utilizamos como contaminantes atmosféricos: NO₂, PM₁₀ y benceno; y como contaminación acústica los niveles de presión acústica A-ponderada diurna (7h-21h), vespertina (21h-23h) y nocturna (23h-7h). Controlamos la confusión provocada por variables socioeconómicas contextuales, así como por otras variables espaciales. Además de la desalineación, controlamos explícitamente la heterogeneidad y la dependencia espacio-temporal.

Resultados: Encontramos que la contaminación consecuencia del tráfico está asociada con la mortalidad por infarto de miocardio (ambos sexos) (OR en el rango 3,2-5,6 para la contaminación atmosférica por benceno y alrededor 1,02 para el ruido); con diabetes mellitus tipo II (en hombres) (con OR alrededor de 5,5 para la contaminación atmosférica por benceno y 1.02 para el ruido); y con hipertensión (en mujeres) (con OR alrededor de 1.007 para la contaminación atmosférica por PM₁₀ y 1.01 para el ruido).

Conclusiones/Recomendaciones: Sin embargo, únicamente en el caso de la hipertensión (en mujeres) la asociación permanece consistentemente significativa para todos los grupos de edad considerados (todas las edades; ≥ 65 años; y ≥ 75 años).

Financiación: 'Compositional and Spatial Analysis' (COSDA), 2014SGR551, AGAUR, Generalitat de Catalunya; FIS 08/0142, ENPY 1001/13 y SEPY-1037/14, Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad, Gobierno de España.

ME10. Innovaciones para la mejora de los estudios de contactos en tuberculosis

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Aula 0.2

Coordinan y moderan: Juan José Fornovi Vives
y Porfirio Marín Martínez

641. GENOTIPADO DE *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* EN TIEMPO REAL

M.J. Martínez-Lirola, J.A. Garrido Cárdenas, M. Herranz Martín, D. García de Viedma, P. Marín Martínez, J.J. Fornovi Vives, A.M. García Suárez, A.B. Sáez Escudero, M.C. Bonillo Muñoz

Complejo Hospitalario Torrecárdenas; Universidad de Almería; Hospital Universitario Gregorio Marañón; Delegación Territorial de Salud de Almería; Distrito Sanitario Almería; Unidad de Tuberculosis Distrito Poniente; Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Antecedentes/Objetivos: La TB en Almería tiene, como características diferenciales con el resto de las provincias andaluzas, una mayor tasa de incidencia con alta proporción de casos en inmigrantes que conviven en condiciones socio-sanitarias complejas. En este contexto, los estudios de contactos con el enfoque clásico (ECC) son de especial dificultad, por lo que este observatorio se presenta como ideal para explorar nuevas herramientas de epidemiología molecular (EM) en la optimización de dichos ECCs. Objetivo: describir un procedimiento, basado en genotipado rápido de *M. tuberculosis* (MT) que permite generar una información de epidemiología molecular (EM) precoz a disposición del responsable que está realizando el ECC, para indicarle posibles entornos y cadenas de transmisión no sospechadas.

Métodos: Etapas del procedimiento: i) genotipado en tiempo real (GTR): mediante MIRU-VNTR 24 loci (PCR-multiplex) aplicada sobre muestras clínicas con carga bacilar (> 9 BAAR/c). ii) elaboración del Informe de epidemiología molecular: Los nuevos genotipos se registran en una BD que contiene datos sociodemográficos de casos locales de TB confirmados por cultivo entre 2005-2015 (n: 1039) y del genotipo de la cepa del 92% de estos. La comparación con estos genotipos circulantes permite clasificar a cada nuevo caso como "huérfano" (genotipo único) o "en cluster" (grupo de pacientes que comparten cepas con idéntico genotipo y por tanto implicados en una misma cadena de transmisión reciente). A su vez, se genera un informe de cada cluster describiendo: su tamaño y tipo, así como: el origen, edad, sexo, código SVEA, NUHC, Z. Básica de Salud y localidad de residencia de los integrantes. iii) difusión del informe de epidemiología molecular a responsables del nuevo caso TB. Este informe se remite al S. de Epidemiología de la Delegación T. de Salud, el cual lo registra en la Red de Alerta (RA) y lo dirige tanto, a los Servicios de Epidemiología de los Distritos S., como a los responsables de los ECC del nuevo caso. Variables resultado: casos en cluster y huérfanos. Demoras de GTR. y genotipado de cepa.

Resultados: Casos de TB en 2016 = 14. Con carga bacilar > 9 BAAR/c = 7. Demora de GTR: mediana(Me) = 8,5d. Rango (4-16). Demora de genot. cepa: Me = 25 d. (16-35). Casos en cluster: 7, huérfanos = 7.

Conclusiones/Recomendaciones: Esta estrategia permite disponer en el periodo de realización del ECC de información referente a las cadenas y entornos de transmisión que implican a los casos bacilíferos que permiten optimizar la vigilancia y control de la transmisión de TB.

Financiación: ISCIII (PI13/01207) y FEDER.

827. EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR DE LA TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE EN ESPAÑA, 1998-2015

M.J. Iglesias, D. Ibarz, A. Cebollada, E. Rodríguez-Vallín, M.S. Jiménez, S. Samper, Grupo de Trabajo TB-MR

Universidad de Zaragoza; CIBER Enfermedades Respiratorias; CNE; CNM; IIS Aragón.

Antecedentes/Objetivos: La OMS en el último "Informe Mundial Tuberculosis" señala que, en 2015, el número total de nuevos casos de tuberculosis (TB) fue superior al de años anteriores. La detección de cepas de *M. tuberculosis* resistentes y multirresistentes, en amplias zonas de Europa, ha llevado al European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) a declarar que, la TB está lejos de ser un problema del pasado. Se denomina TB multirresistente (TB-MR) a la resistencia simultánea a isoniazida y rifampicina. El tratamiento con los denominados fármacos de segunda línea resulta más largo, caro y difícil, asociándose a mal pronóstico. En España no se dispone de datos fiables sobre el nivel de resistencia, si bien se considera que se situaría en la media de la UE (2%). El Grupo de Genética de Micobacterias, viene realizando desde el año 1998, el estudio y tipado molecular de las cepas del complejo *M. tuberculosis* MR aisladas en los hospitales del SNS que participan en el "Grupo de trabajo de la TB-MR".

Métodos: Para el estudio molecular de las cepas se han utilizado las técnicas estandarizadas de tipado RFLP-IS6110, Spoligotyping, MIRU-VNTR y, en cepas de especial interés, la secuenciación genómica. Los patrones obtenidos se compararon con la base de datos de cepas MR de UniZar y se envían al ECDC para el estudio de vigilancia molecular que lleva a cabo este organismo europeo. Se dispone de información clínico-epidemiológica de los casos recogida a través de un formulario estándar.

Resultados: En el período comprendido entre 1998 y 2005 se tipificaron un total de 840 aislados clínicos de tuberculosis multirresistente. Hemos estudiado las principales características que presenta la TB-MR en nuestro medio. El estudio de los patrones moleculares y de las características que presentan los pacientes han permitido detectar cambios en la población afectada, identificar los genotipos más frecuentes relacionados con la transmisión, detectar brotes de TB-MR que han afectado a distintas CCAA, así como identificar la transmisión de cepas multirresistentes entre nuestro país y otros países europeos.

Conclusiones/Recomendaciones: Nuestros datos permiten una aproximación al problema de la multirresistencia en España. La escasa información recogida en los protocolos de declaración individualizada sobre factores de riesgo, resultados de tratamiento, estudios de sensibilidad y, especialmente, sobre los estudios de contactos dificultan poder confirmar las cadenas de transmisión que identificamos mediante los análisis moleculares de las cepas. El ECDC sugiere incluir la vigilancia molecular en TESSy. Esta propuesta, sin duda, mejoraría los resultados de los actuales estudios de contactos.

Financiación: CIBERER y Proyectos FIS.

784. TUBERCULOSIS EN ANDALUCÍA, 2003-2014. ZONAS DE ALTA INCIDENCIA E IMPLICACIONES EN ESTUDIO DE CONTACTOS

J. Guillén, G. Andérica, V. Gallardo, C. Montaña, E. Rodríguez, E. Pérez, E. Briones, J.J. Fornovi, E. Durán

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, DGSPDF, Consejería de Salud de Andalucía; Distrito Sanitario Sevilla; Distrito Sanitario Almería.

Antecedentes/Objetivos: Andalucía presenta una tasa de incidencia de tuberculosis acorde con la Europa desarrollada, gracias entre otros al trabajo de la Red de Vigilancia mediante diversas estrategias: declarar como alerta un caso bacilífero, o resistente, o en Institucio-

nes cerradas, o en riesgo socio-económico, o en centros de enseñanza y guarderías. Realizar mejoras del registro de la información, menor retraso diagnóstico, énfasis en la búsqueda rápida de contactos, red de laboratorios para cultivo y genotipado que determine clusters y casos índice, detección sin retraso en VIH+. Pero persisten entornos geográficos con alta incidencia. El objetivo es tipificarlos para avanzar en estas estrategias.

Métodos: Estudio epidemiológico de tasas de incidencia con desagregación geográfica para detectar tipologías de ámbitos territoriales y socioeconómicos con mayor tasa, para orientar estrategias de disminución de riesgo.

Resultados: En Andalucía en 2014 se declaran 840 casos, tasa de 9,99 por 105, menor a la española 11,16 y en el mejor rango europeo. Decece claramente de 2003 a 2014. El 64,9% en hombres. Patrón de mayor incidencia en niños pequeños, jóvenes y adultos hombres. Crece en edad pediátrica. Un 22% de casos en nacidos fuera de España, en especial Almería con un 57,3%. Marruecos y Rumania suman el 11%. La proporción de resistencias es solo del 3,2%. Se analizan otros casos en situaciones especiales. Hay un rango amplio de tasa de incidencia provincial del 4,2 al 17,7, y también por distritos sanitarios; en éstos la diferencia de tasas entre 2003-05 a 2012-14 varía entre -74,3% a 52,4%. Las áreas con mayor incidencia se localizan en especial en barriadas en Sevilla y Huelva capital, zonas costeras de Almería y Granada y algunas localidades del interior. El análisis detecta dos entornos tipo con alta incidencia, uno de barriadas urbanas de grandes ciudades con acumulación de situaciones de riesgo socioeconómico y otro de áreas urbanas y costeras con alto porcentaje de inmigración. Se analizan causas posibles de retraso diagnóstico y sobre todo de la dificultad en la búsqueda de contactos, planteándose estrategias de abordaje, algunas ya puestas en marcha.

Conclusiones/Recomendaciones: A pesar de la tasa decreciente anual, encontramos ámbitos geográficos distritos, localidades y barriadas urbanas que mantienen altas tasas de incidencia en los últimos años, con dos entornos tipo. Se plantean medidas para implementar en estas zonas estrategias adaptadas de riesgo para disminuir el retraso diagnóstico y la búsqueda de contactos.

673. ESTRATEGIAS ORGANIZATIVAS EN CONTACTOS DE TB EN ALMERÍA. APORTACIONES DE LA EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR

J.J. Fornovi Vives, P. Marín Martínez, M.J. Martínez Lirola, A.M. García Suárez, A.B. Suárez Escudero, M.C. Bonillo Muñoz, F.J. Escabias Machuca, S. Vallejo Godoy, M.S. Alonso Humada

Distrito Sanitario Almería; Delegación Territorial Salud Almería; Complejo Hospitalario Torrecárdenas; UnidadTB y Distrito Poniente; Área Sanitaria Norte Almería.

Antecedentes/Objetivos: Ante el incremento de la incidencia de la tuberculosis (TB) a finales de los años 90 en la provincia de Almería (debido en parte al aumento de población inmigrante: media de = 50% de enfermos inmigrantes a partir de 2003), se decide declarar la situación como un problema especial de salud pública, incorporando nuevas estrategias adecuadas a cada ámbito de la atención primaria (AP), comprometiendo el esfuerzo sanitario interniveles y añadiendo técnicas moleculares innovadoras.

Métodos: 1. Se ponen en marcha estrategias diferenciadas de abordaje de la enfermedad TB desde cada una de los tres ámbitos de AP de la provincia: Distrito Poniente: un equipo de campo compuesto por 1 médica, 1 enfermera y 1 trabajadora social; Distrito Levante: epidemiología con apoyo de 1 enfermera; y Distrito Almería: epidemiología con apoyo de responsables en cada centro de atención primaria (16): 10 trabajadores sociales, 4 médicos y 2 enfermeros; e incorpora el abordaje de la Enfermedad TB en los objetivos de todos los centros del Distrito. 2. Se compromete un esfuerzo coordinado entre los profesio-

nales de los distintos niveles sanitarios (primaria, hospital y delegación provincial de salud). 3. Se incorporan las técnicas moleculares con transmisión de resultados en tiempo real a todos los intervinientes.

Resultados: La provincia de Almería mantiene desde 1997 unas tasas de incidencia de casos de TB por 100.000 por encima de Andalucía y España, descendiendo desde 2009 hasta llegar a tener en 2015 respectivamente: 14,7-9,0-7,9. Por Distritos en el orden de Almería, Poniente y Levante: Tasas 2015: 14,9-18,1-14,9; Fin de tratamientos adecuados en 2014: 32 (84%)-40 (81%)-10 (77%); Abandonos: 0-2 (4%)-0; Estudio de contactos 2015: 38 (86%)-41 (87,2%)-21 (95,5%). El registro de todos los contactos en la aplicación RedAlerta2 de Andalucía permite el seguimiento de sus tratamientos. Conocer los resultados microbiológicos moleculares y resistencias en tiempo real (mediana de 7-8 días) está permitiendo tratamientos pronto y certeros en pacientes y contactos. El genotipado de casos en clústeres moleculares, no relacionados inicialmente con la epidemiología tradicional, aporta nuevas vías de transmisión.

Conclusiones/Recomendaciones: La adecuación de cada estrategia a su realidad en AP, la esforzada interrelación sanitaria y la información molecular aportada al proceso, han mejorado y homogeneizado los resultados de control de la enfermedad TB: mejores y más tratamientos bien finalizados, estudios de contactos más completos y conocimiento de clústeres moleculares no detectados así como su trazabilidad geolocalizada.

911. INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN EN LOS ESTUDIOS DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS (TB) EN EL DISTRITO SANITARIO SEVILLA

E. Briones, R. Sillero, M. Forcada, C. Carral

Unidad de Salud Pública, Distrito Sevilla, SAS.

Antecedentes/Objetivos: A pesar del marcado descenso de la incidencia de tuberculosis en los últimos años, se observa una distribución desigual con mayor impacto en grandes ciudades y poblaciones vulnerables. En la ciudad de Sevilla se mantienen tasas por encima de la media, con una respuesta asistencial y de salud pública muy fragmentada entre diferentes unidades clínicas y niveles asistenciales. A finales de 2013 se constituyó una Comisión de Coordinación Interniveles para abordar el control de la enfermedad mediante mejoras en el intercambio de información y la coordinación de los recursos disponibles entre niveles asistenciales y servicios sociales. Una de las áreas priorizadas fue la prevención de nuevos casos mediante mejoras en los estudios de contactos y el diagnóstico precoz.

Métodos: La Comisión de Coordinación Interniveles para el control de la TB puso en marcha líneas de trabajo para mejorar sistema de información y registro, estudios de contactos, aumentar finalización de tratamiento y reducir demora diagnóstica. Se elaboró un protocolo para estandarizar la prueba de la tuberculina (PT), mediante criterios consensuados entre las unidades clínicas con la colaboración de los servicios sociales. La adecuación de los estudios de contactos se incorporó en los objetivos de los centros en 2015.

Resultados: El Distrito Sevilla mantiene desde 2003 tasas de incidencia de TB elevadas, siendo en 2014 un 70% superiores al resto de la Comunidad Autónoma. Asimismo se observa una gran desigualdad en la distribución de la enfermedad dentro de la ciudad, con zonas que superan las tasas de 70 por 100.000 habitantes y son 20 veces superiores a otras zonas de baja incidencia. En los años 2014 y 2015 se ha puesto en marcha un protocolo de coordinación entre instituciones sanitarias y sociales en el cribado de colectivos de riesgo y detección precoz de casos, realizando el estudio de contactos mediante coordinación por unidad de epidemiología, informe de trabajo social y realización desde los centros de salud. Se ha producido un aumento en el número total de contactos estudiados y en la media de contactos es-

tudiados en cada caso (desde 3,5 contactos por caso en el periodo 2008-10 a 7,5 en 2014-15). Paralelamente ha aumentado el número de tratamientos supervisados y finalización de tratamiento.

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha producido una mejora en los indicadores a partir de la coordinación de los recursos y entidades, sin aumentar los recursos dedicados al programa. Sin embargo, se mantienen importantes limitaciones en áreas como la identificación precoz de casos, exhaustividad de los estudios de contactos y mejora de los recursos sociosanitarios para realizar tratamientos supervisados o directamente observados.

742. INNOVACIONES EN EL ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS EN UNA CIUDAD CON ELEVADA INMIGRACIÓN

A. Orcau, P. Gorrindo, I. Badosa, J.E. Ospina, A. de Andrés, J.A. Caylà
Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En Barcelona, a partir de 2003, se han incorporado al Programa de Tuberculosis (TB), agentes comunitarios de salud (ACS) como soporte al equipo de enfermería para mejorar el seguimiento de los enfermos y el cribaje de los contactos. A partir de 2007 se reorganizaron los servicios asistenciales para la TB, con la puesta en marcha de unidades clínicas funcionales en los grandes hospitales, donde se atiende a los enfermos y se criba a los contactos familiares. El objetivo del estudio es describir la exhaustividad y el resultado del cribaje de los contactos estudiados entre 2010 y 2014 en nuestra ciudad.

Métodos: Estudio retrospectivo poblacional de los casos con TB pulmonar residentes en Barcelona y sus contactos. Se describe la exhaustividad del cribaje, la mediana de contactos y su evolución entre 2010 y 2014. De los contactos incluidos se estudian características demográficas, resultado del cribaje, y resultado del tratamiento, de manera global y según el país de origen del contacto.

Resultados: Se detectaron 1.136 casos con TB pulmonar, y de 949 (83,5%) se dispuso del censo y se inició el cribaje de sus contactos. La exhaustividad fue más elevada en los casos autóctonos (86,4%) que en inmigrantes (80,3% $p < 0,01$). La mediana de contactos por caso ha sido de 4 en todo el período. Se inició el estudio en 9.323 contactos y se dispuso del seguimiento de 8.333 (89,3%). Se detectaron 94 casos secundarios (1,1%), 55 entre contactos autóctonos (1,0%) y 39 (1,3%) entre inmigrantes (ns, $p = 0,4$). Se consideró que estaban infectados (ITL) 2.031 contactos (24,4%), llegando al 38% entre los contactos inmigrantes. A 1.070 se les indicó tratamiento de la ITL, y 826 terminaron correctamente el tratamiento (77,2%), siendo del 82,4% en contactos autóctonos y del 74% entre los inmigrantes.

Conclusiones/Recomendaciones: La inclusión en el Programa de TB de los ACS y el funcionamiento de las unidades clínicas ha permitido mantener unos indicadores de control de contactos elevado durante todo el período. La prevalencia de TB entre los contactos no es diferente según el país de nacimiento aunque la prevalencia de infección es mucho más elevada en los contactos inmigrantes. Consideramos que tanto en la exhaustividad del cribaje como el cumplimiento del tratamiento de la infección son mejorables, sobre todo en inmigrantes.

683. EXPERIENCIAS DE MEJORA EN LOS ESTUDIOS DE CONTACTOS

E. Cruz Ferro, M.I. Ursúa Díaz, J.A. Taboada Rodríguez,
X. Hervada Vidal

*Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis,
DG de Salud Pública, Consellería de Sanidad.*

Antecedentes/Objetivos: En los países desarrollados el estudio de contactos (EC) es una importante herramienta para el control de la

tuberculosis (TB). Permite diagnosticar precozmente nuevos enfermos y prevenir nuevos casos en infectados. Ante el problema de desabastecimiento de tuberculina (PPD), la Consellería de Sanidade emitió una instrucción el 31/07/2014 indicando que los EC se centralizarían en las 7 Unidades de TB (UTB). Objetivo: describir los resultados de los EC realizados en Galicia y ver si existen diferencias entre las etapas pre/post desabastecimiento de PPD en cuanto a consumo de dosis, registro, diagnóstico y resultados finales, en los años 2012 y 2015.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Fuente: Sistema de Información de Tuberculosis. Período: año 2012 (atención primaria/hospitalaria, UTB y otras instituciones recibían PPD y realizaban EC) y 2015 (todos los EC se realizaron en las UTB). Ámbito: Galicia. Variables: casos de TB, contactos estudiados, resultado del EC, situación final, dosis de PPD y coste económico. Definiciones: EC incompletos: no consta el diagnóstico final. Resultado satisfactorio: tratamiento completado. Análisis estadístico: descriptivo, ji-cuadrado (grado de significación: $p < 0,05$). Epidat 3.1.

Resultados: Año 2012: 666 casos de TB (24,0/105). Casos con EC: 377 (56,6%). TB respiratoria (TBR): 438. TBR con EC: 320 (73,1%). TBR bacilífera (TBRB): 242. TBRB con EC: 214 (88,4%). 4.934 contactos estudiados (7,4 por caso). Contactos estudiados de TBR: 4.615 (10,5 por caso TBR). Contactos estudiados de TBRB: 3.887 (16,1 por caso TBRB). EC incompletos: 759 (15,4%). Resultados satisfactorios de los tratamientos instaurados: 502 (75,7%). Nº de dosis de PPD distribuidas: 53.150 (35,7% en centros hospitalarios); 10,8 dosis por contacto. Coste: 85.180,32 € (17,26 € por contacto). Año 2015: 587 casos de TB (21,5 casos/105). Casos con EC: 335 (57,1%). TBR: 364. TBR con EC: 266 (73,1%). TBRB: 157. TBRB con EC: 144 (91,7%). 4.468 contactos estudiados (7,6 por caso). Contactos estudiados de TBR: 4.076 (11,2 por caso TBR). Contactos estudiados de TBRB: 3.077 (19,6 por caso TBRB). EC incompletos: 586 (13,1%); $p = 0,0017$. Resultados satisfactorios de los tratamientos instaurados (año 2014): 388 (83,4%); $p = 0,0017$. Nº de dosis de PPD distribuidas: 13.400 (92,7% en centros hospitalarios); 3,0 dosis por contacto. Coste: 22.869,98 € (5,12 € por contacto).

Conclusiones/Recomendaciones: Centralizando los EC en las UTB se consigue: 1) Un mayor número de contactos registrados por caso y tipo de TB, con información más completa. 2) Un mayor porcentaje de contactos con correcta cumplimentación de los tratamientos de infección tuberculosa. 3) Una menor pérdida de dosis de tuberculina y un importante ahorro económico.

COMUNICACIONES ORALES

C018. Género y salud

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Salón de Actos

Modera: Elena Aldasoro Unamuno

125. VIOLENCIA POR COMPAÑERO ÍNTIMO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL. DISTRIBUCIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

J.M. Carmona-Torres, M.A. Rodríguez-Borrego

IMIBIC; Hospital Universitario Reina Sofía; Universidad de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: El único estudio realizado hasta la fecha en España sobre Violencia por Compañero Íntimo (VCI) en el colectivo

profesional de Enfermería fue el realizado en Andalucía por Rodríguez-Borrego et al. (2011), obteniendo que el 33% de las mujeres enfermeras andaluzas sufría maltrato. El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de VCI que sufren los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y auxiliares de Enfermería) de ambos sexos y que trabajan en el Sistema Sanitario Público del Estado Español (SSPEE), y la valoración de posibles diferencias según Comunidades Autónomas.

Métodos: Estudio descriptivo de tipo transversal multicéntrico. Los sujetos de estudio fueron profesionales sanitarios de ambos sexos que desarrollaban su actividad profesional en el SSPEE, tanto en Atención Primaria como en Especializada. La muestra estuvo compuesta por 1.071 casos recogidos de octubre 2014 a abril de 2015. El criterio en el análisis de los datos fue que para incluir una comunidad autónoma tenía que haber más de 20 participantes. Como instrumentos se utilizó el cuestionario de Delgado et al. (2006) con modificaciones (Rodríguez-Borrego et al; 2009) para las mujeres y el cuestionario de Sherin et al. (1998) [adaptado por Chen et al. (2005)] para los hombres.

Resultados: 6 comunidades fueron excluidas por no cumplir el valor de inclusión (20 sujetos). Participaron en el estudio 277 hombres y 794 mujeres, con una edad media de 45,14 (DE $\pm$ 9,469). El 49,9% fueron médicos/as, 46,9% enfermeros/as y 3,2% auxiliares de enfermería. El 79% se encontraban casados. La media de años de su relación con la pareja actual o última fue de 17,79 años. Respecto a la muestra total, el 26% de los profesionales sanitarios sufrió algún tipo de maltrato. En el caso de los hombres, la prevalencia de maltrato fue de 2,9%, mientras que en el caso de la mujer fue de 34%. Respecto a la de la VCI en las diferentes comunidades autónomas, las cifras más altas de VCI fueron en las Islas Canarias (43,8%), seguido de Castilla y León (37,8%), Cataluña (27,7%) y disminuyendo sucesivamente hasta llegar al País Vasco (19%).

Conclusiones/Recomendaciones: Las cifras expuestas evidencian la presencia de VCI en el personal sanitario en la mayoría de las comunidades autónomas. La baja muestra en algunas comunidades, que obligó a excluirlas del análisis hace que las cifras se tomen con cautela. Se puede pensar que los profesionales sanitarios que sufrían VCI presentaban mayor motivación para participar en el estudio. Los datos obtenidos impelen la puesta en marcha de planes de actuación tanto de apoyo a las víctimas como de intervenciones que aminoren el problema.

Financiación: Plan Nacional de I+D+I y cofinanciado por el ISCIII-Subdirección General de Evaluación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), Nº exp. PI13/01253.

160. EMPLEO A TIEMPO PARCIAL, SALUD Y GÉNERO EN EUROPA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

E. Sánchez, I. Cortès-Franch, X. Bartoll, J. Benach, L. Artazcoz

Agencia de Salud Pública de Barcelona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB-SantPau); Grupo de Investigación en Desigualdades en la Salud (GREDS)-Employment Conditions Network (EMCONET), Universidad Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: En la última década, el empleo a tiempo parcial (ETP) ha aumentado en Europa por dos motivos: (1) su promoción como estrategia de conciliación laboral y familiar para integrar a las mujeres al mercado de trabajo; (2) como estrategia de flexibilidad laboral para que las empresas obtengan mano de obra barata en un contexto de rigidez económica. Últimamente, en los países del Sur como España, su aumento se explica por la escasez de empleos a tiempo completo (ETC) debido a la crisis económica. Estudios previos han descrito la mala calidad de los ETP aunque los resultados son heterogéneos. Los objetivos del estudio fueron: 1) Resumir la evidencia científica sobre la relación entre ETP, condiciones de empleo y de tra-

bajo y estado de salud. 2) Examinar las potenciales razones de la heterogeneidad de resultados.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de estudios observacionales siguiendo los criterios PRISMA. La búsqueda se efectuó en: MEDLINE (PubMed), Web of Knowledge, JSTOR y SCOPUS. Se revisaron un total de 360 resúmenes y se seleccionaron 31 artículos considerando que: se analizase el ETP y la calidad del trabajo así como el ETP y el estado de salud; fuera un estudio epidemiológico; fuera un artículo original; estuviera publicado en inglés; se centrara en los países de la EU-27. La calidad de los artículos se evaluó mediante un índice de 12 puntos adaptado de la guía STROBE. Se efectuó una revisión cualitativa de los resultados.

Resultados: El ETP se asoció a condiciones de empleo y trabajo adversas en todas las dimensiones analizadas excepto en conciliación de la vida familiar y laboral, pero existen diferencias entre países y por género. Así, el ETP presenta peores resultados entre las mujeres en relación a la promoción laboral y a los salarios. En los países Nórdicos y en Holanda, el ETP se asoció a mejores resultados en salud entre las mujeres que lo usan para conciliar. Sin embargo, en el ETP involuntario y en el de carácter temporal, prevalente en los países Liberales, Continentales y del Sur, se observó asociación con mala salud mental en ambos sexos.

Conclusiones/Recomendaciones: La relación entre el ETP, calidad del trabajo y estado de salud, depende de las diferentes tipologías de estados de bienestar, del género y de su voluntariedad o no. Los responsables políticos deben promocionar la igualdad de género, en el mercado laboral y en la vida familiar, y medidas para mejorar la calidad de los ETP. Estas políticas deben combinarse con una provisión eficiente de servicios de atención a las personas dependientes para aquellos trabajadores con responsabilidades familiares.

313. EL ARTE COMO INSTRUMENTO DE PREVENCIÓN DE DESIGUALDADES EN SALUD POR RAZÓN DE GÉNERO

M.I. Sillero Quintana, B. Gómez García, M.D. Lasheras Carbajo, L. Moratilla Monzó, M.L. Martínez Blanco, M.L. Lasheras Lozano, M. Pires Alcaide, L. Tomás Jiménez, R. Gómez Muñoz, et al

Servicio de Salud Pública Área 9; Autónoma; Servicio de Salud Pública Área 11; Servicio de Promoción de la Salud; CS M^a Ángeles López Gómez; CS El Soto.

Antecedentes/Objetivos: Encuadrado en la Estrategia regional de acciones en salud frente a la violencia hacia las mujeres el Servicio de Salud Pública del Área 9 y el programa de mujer del Servicio de Promoción de Salud inician en 2015 el proyecto de prevención primaria de violencia de género SALUD-arte. Objetivo: potenciar a través del arte la reflexión individual y colectiva en torno a desigualdades en salud por motivo de género en diferentes etapas de la vida. Valorar contenidos en salud asociados a obras de arte. Evaluar la adecuación del método para consecución de objetivos.

Métodos: Taller con dinámica grupal participativa en la que los participantes ponen voz a los protagonistas de cuadros y esculturas con el objetivo de analizar desigualdades en salud. Se seleccionan 5 ámbitos de análisis para los que se enuncian objetivos específicos: vejez, adolescencia, adultez, estereotipos de belleza y violencia de género. Puesta en marcha del taller del ámbito seleccionado por profesionales sanitarios apoyados por una especialista en arte. Evaluación con guión de observación, reuniones entre especialista y profesionales colaboradores, entrevista telefónica semiestructurada a participantes y profesionales colaboradores.

Resultados: Se realizan 11 talleres en los que intervienen 187 participantes y 21 docentes y observadores. El perfil de los grupos: adolescentes escolarizados (2), población general (1), mujeres de asociación (1), mujeres participantes en grupos de EpS de centros de salud (1), profesionales sanitarios que realizan grupos de EpS (4), pro-

fesionales de centros salud (2). En el 100% de talleres se consideró adecuada la infraestructura (aula, materiales, personal), la labor de docentes (adaptación del lenguaje, resolución de dudas, manejo de clima, tiempo y técnicas) y el clima grupal fue positivo y orientado a la tarea. Se trabajaron 6 de las 11 obras seleccionadas y según lo observado: se cumplieron los objetivos en el 100% de talleres y se trabajó el 87% de contenidos previstos. Se ha obtenido listado de mejoras de estructura y contenidos. Pendientes resultados de entrevistas telefónicas.

Conclusiones/Recomendaciones: La dinámica participativa con obras de arte ha facilitado la reflexión individual y colectiva en todos los espacios y perfiles de población. Se han detectado posibles adaptaciones a la dinámica según perfil de la población diana por ejemplo la reducción del tiempo del taller en escolares. Según lo observado por profesionales se han cubierto el 100% de los objetivos y los contenidos en salud previstos detectándose otros nuevos. Efecto no esperado, la dinámica se ha utilizado para sensibilizar y formar a sanitarios.

658. GÉNERO, ARTE Y SALUD. INTERVENCIÓN CON UN GRUPO DE MADRES JÓVENES PARA FAVORECER LA EDUCACIÓN EN IGUALDAD

M.D. Claver, D. Ricciardi, I. López, N. Solís, A. Languín, A. Orellana, N. Ávila, J. Segura

Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; Máster de Educación Artística en Instituciones Sociales, Facultad de Bellas Artes, UCM.

Antecedentes/Objetivos: Como dispositivo de Prevención y Promoción de la Salud, creemos necesario afrontar los problemas que afectan a nuestra comunidad, siendo muy relevante el de la violencia de género. Es frecuente que en el seno familiar se perpetúen patrones aprendidos que mantienen la desigualdad entre hombres y mujeres. Es necesaria la participación y coordinación de los recursos para incidir en este problema, por eso trabajamos con un grupo de mujeres madres jóvenes de un colegio de Usera, con el objetivo de reflexionar sobre los patrones de transmisión familiar de género para alcanzar una educación igualitaria.

Métodos: Colaboramos con educadores artísticos incorporando la potencialidad del arte en los proyectos de prevención y promoción de la salud. Utilizamos el lenguaje artístico como mediador para la reflexión sobre la identidad y los valores de igualdad mediante ejercicios visuales de representación simbólica realizados con fotomontaje, fotografía y grabado y la revisión crítica de la figura de la mujer en textos y obras de arte. Los espacios grupales facilitan el reconocimiento de experiencias significativas de la historia personal de las participantes y la revisión de los roles de la mujer a lo largo de la historia favoreciéndose una reflexión personal y autocrítica. Compartir estas experiencias y los resultados de las actividades artísticas posibilita la construcción de una propuesta colectiva en la que se plasman los efectos del trabajo individual y grupal.

Resultados: Se observa una importante implicación en el taller. Las intervenciones reflejan una reflexión sincera acerca de las posiciones sobre el género, la maternidad, la identidad y el análisis de las causas que influyen en la desigualdad. Se avanza en el proceso de autoconocimiento y crecimiento personal, con autocrítica, flexibilización de posturas finales frente a las iniciales, y apertura a nuevas posibilidades y actitudes.

Conclusiones/Recomendaciones: Creemos que la metodología aplicada es innovadora y provechosa al favorecer la revisión autocrítica de actitudes y creencias relativas a la igualdad de género. La reflexión global generada posibilita el cambio de actitud evitando así la repetición de los roles negativos que generan desigualdad en el ámbito familiar. Se necesitan más investigaciones para concluir sobre los

beneficios de esta intervención en la generación siguiente. En línea con nuestros trabajos anteriores, reconocemos la utilidad de la simbiosis Arte y Salud para abordar problemas complejos de manera enriquecedora en comunidades muy diversas, lo que favorecerá una sociedad más abierta y saludable.

925. TIEMPO EN DESEMPLEO Y SALUD MENTAL: ¿EL GÉNERO IMPORTA?

R. Font, U. Martín, A. Bacigalupe

Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Leioa, Bizkaia, OPIK, Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico.

Antecedentes/Objetivos: El aumento del desempleo propiciado por la crisis económica está teniendo un fuerte efecto en la salud mental, sobre todo entre los hombres. El objetivo de este estudio es analizar el impacto en la salud mental del tiempo en desempleo valorando si tal impacto tiene efectos diferenciales en hombres y en mujeres.

Métodos: Estudio transversal sobre la población activa no institucionalizada de 15 a 69 años con datos de la encuesta de salud de España 2011. Se calcularon las prevalencias brutas y estandarizadas por edad de mala salud mental en función del tiempo de desempleo frente a tener un empleo. Mediante modelos de regresión logística se obtuvieron estimaciones puntuales y de intervalo de los odds ratios (OR) brutos y ajustados sucesivamente por edad y clase social. Todos los análisis se estratificaron por sexo.

Resultados: Los hombres que llevan desempleados menos de seis meses tienen un riesgo 2,4 veces mayor de tener peor salud mental que los hombres que están trabajando (OR 2,433 [IC95% 1,785-3,315]) y este riesgo va aumentando según aumenta el tiempo de desempleo. Cuando el tiempo de desempleo es mayor de dos años el riesgo de mala salud mental frente a los que trabajan es 4,3 veces mayor (OR 4,283 [IC95% 3,504-5,236]). En las mujeres, el riesgo de mala salud mental de las desempleadas frente a las empleadas es más pequeño que en los hombres (OR 1,720 [IC95% 1,154-2,564]) y alcanza su pico máximo cuando el desempleo dura más de un año pero menos de dos (OR 2,955 [IC95% 2,236-3,905]).

Conclusiones/Recomendaciones: El tiempo de desempleo tiene un impacto diferencial en la salud mental de los hombres y de las mujeres siendo un factor mucho más determinante de la mala salud mental de los hombres, sobre todo cuando el desempleo es de larga duración. El colectivo de los hombres desempleados de larga duración es un colectivo especialmente vulnerable. El modelo de masculinidad hegemónica puede estar mediando en estas desigualdades y ha de ser tenido en cuenta a la hora de diseñar posibles intervenciones.

716. EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD ENTRE QUIENES CUIDAN Y NO CUIDAN EN CATALUÑA EN 2006-2014

M. Salvador Piedrafita, D. Malmusi, C. Borrell, A. Medina Bustos, O. García Codina, M. Ferrer

UD Medicina Preventiva y Salud Pública PSMar-UPF-ASPB; Agència de Salut Pública de Barcelona; Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; Grup de Recerca en Serveis Sanitaris IMIM (Institut de Recerca Hospital del Mar).

Antecedentes/Objetivos: El cuidado es un determinante social de desigualdades en salud. La implementación de la Ley de Dependencia en 2006 no ha sido evaluada por su impacto en las personas cuidadoras. El objetivo de este estudio fue describir la evolución de las desigualdades en salud entre quienes cuidan y no cuidan en Cataluña en el periodo 2006-2014.

Métodos: Estudio de tres cortes transversales de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA), la edición del 2006 (previa a Ley, N = 15.926), y la ESCA continua 2010-14, dividida en dos cortes: hasta los recortes presupuestarios en julio de 2012 (N = 7.848) y posterior (N = 9.658). La población de estudio fueron residentes adultos en Cataluña. La variable independiente principal fue ser cuidadora (sola o compartiéndolo) de convivientes con discapacidad y/o mayores. Las variables dependientes fueron la salud medida con el índice EQ5D calculado con valores de preferencia españoles Time Trade Off (desde valores negativos hasta 1 = salud perfecta, y 0 = muerte), y sus 5 dimensiones dicotomizadas. Se realizó análisis estratificado por sexo biviado y multivariado: modelos de Tobit para el índice, y Poisson robusta para las dimensiones. Los modelos se ajustaron por edad, nivel de estudios, estado civil y situación laboral.

Resultados: Un 10,6% de las personas se declararon cuidadoras en 2006; 8,6% en 2010-12, y 8,7% en 2012-14. En los tres cortes, quienes cuidaban eran más frecuentemente mujeres, más mayores y de peor nivel socioeconómico que quienes no lo hacían. En los modelos ajustados del índice EQ5D sólo se encontraron diferencias significativas en 2006, entre las mujeres que cuidaban acompañadas y las que no cuidaban. Las personas que cuidaban en solitario tenían menores probabilidades de presentar problemas que las que no cuidaban, tanto para el autocuidado, como para la realización de tareas cotidianas, con diferencias significativas tras la ley. En 2006, se observaron algunas diferencias en dolor, y ansiedad/depresión, que dejaron de ser significativas en 2010-12, para volver a serlo en 2012-14 tras los recortes para los hombres que compartían el cuidado (RP dolor = 1,31 IC95% 1,06-1,63; RP depresión = 1,49 IC95% 1,04-1,28) y para las mujeres que cuidaban solas (RP dolor = 1,16 IC95% 1,04-1,28; RP depresión = 1,23 IC95% 1,03-1,47).

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados observados sugieren que la ley de dependencia podría haber disminuido las desigualdades en salud entre cuidadoras y no cuidadoras, si bien los recortes presupuestarios del 2012 han podido revertir en parte las mejoras logradas. Nuestro estudio apunta al efecto de las políticas sociales en la disminución de las desigualdades en salud.

325. O EFEITO DO CONTEXTO NAS DESIGUALDADES EM SAÚDE E A HETEROGENEIDADE ENTRE OS SEXOS

D.E. Rodrigues, C.C. César, A.A. Bentes, F.A. Proietti

FIOCRUZ; UFMG/FIOCRUZ.

Antecedentes/Objetivos: Pode certas características físicas do local de moradia fazer diferença na saúde das pessoas para além das intenções e ações de um indivíduo para manter uma vida saudável? Pessoas vivendo em áreas de maior vulnerabilidade social e econômica apresentam piores indicadores de saúde quando comparadas aquelas residindo em regiões menos vulneráveis, mesmo quando ajustando para variáveis socioeconômicas individuais. Procura-se abordar neste estudo a influência do entorno físico do local de moradia na autoavaliação da saúde (AAS) bem como a heterogeneidade entre os sexos nessa associação. A AAS é uma das estratégias para mensurar saúde e sua importância está no fato de ser poderoso preditor de morbimortalidade, mesmo ajustando para fatores de risco individuais.

Métodos: Utilizou-se modelo multinível de regressão logística para testar a associação entre AAS e características individuais (estado civil, idade, escolaridade, renda) e de contexto (valor venal do imóvel -VVI). 4.048 adultos do inquérito Saúde em Beagá conduzido em Belo Horizonte de 2008-2009 representaram as unidades do 1º nível e 150 setores censitários (SC) as do 2º nível. A variável resposta AAS foi avaliada por meio da pergunta: "De maneira geral o Senhor/a diria que a sua saúde está?". As respostas foram categorizadas para análise em AAS ruim (razoável, ruim e muito ruim) - categoria de referência e AAS boa (boa e muito boa). O VVI, variável contextual de interesse,

reflete 2 dimensões da vizinhança: física e econômica, pois resulta da soma do valor do terreno e das benfeitorias. As análises foram estratificadas pelo sexo para avaliação do seu efeito.

Resultados: 36,6% das 2.389 mulheres e 31,0% dos 1.659 homens referiram AAS ruim. Para ambos os sexos, a análise não ajustada evidenciou que morar em locais de maior valor VVI associou-se a menor chance de referir AAS ruim (mulheres: OR = 0,53 (0,43-0,65) e homens: OR = 0,59 (0,46-0,77). No modelo multinível nulo, a variância da AAS entre os SC para as mulheres foi de 0,13 (p = 0,00) mas não houve variação da AAS entre os homens (variância = 0,04 p = 0,19). No modelo final, após controlar para variáveis individuais, o aumento do valor venal do imóvel associou-se a menor chance de AAS ruim, OR = 0,77 (0,62-0,94) entre as mulheres.

Conclusiones/Recomendaciones: Mulheres e homens tem sua saúde afetada de maneira diferente pelas características individuais e de contexto e reconhecer essa heterogeneidade é essencial para entender a origem cultural e histórica das desigualdades em saúde. Embora a magnitude do efeito contextual para saúde seja relativamente menor quando comparado aos fatores individuais, sua abordagem representa importante estratégia para melhoria da saúde das populações e redução das iniquidades em saúde. A ausência de variação na AAS entre os homens pode ser explicada pelo menor número de participantes na amostra.

95. VIOLENCIA DE GÉNERO: ¿QUÉ PIENSAN LAS Y LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA?

M.L. Panisello Chavarría, M.L. Mateu Gil

Facultad de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili.

Antecedentes/Objetivos: La violencia de género es uno de los problemas más importantes con los que se enfrenta la sociedad actual siendo considerado por la OMS como un problema de Salud Pública. Los y las jóvenes tienden a percibir la violencia machista sólo como un abuso físico que sucede en el ámbito de la pareja y en personas adultas, lo que dificulta la identificación de conductas de abuso y violencia machista en su entorno y entre los iguales. El papel de los profesionales de la salud es fundamental en la prevención, detección precoz y atención, de las mujeres en esta situación. Desde la formación de enfermería es importante abordar esta problemática con una doble finalidad como jóvenes en riesgo de padecer relaciones abusivas y como futuros/as profesionales para identificar situaciones de violencia de género y poder actuar. Nuestros objetivos son: Conocer las actitudes que tienen los y las estudiantes de enfermería hacia los comportamientos relacionados con la violencia de género y las relaciones abusivas. Conocer las opiniones que tienen los y las estudiantes hacia determinados comportamientos que pueden generar violencia dentro de las relaciones de pareja.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal a los y las estudiantes de primer curso de la facultad de enfermería del Campus Terres de l'Ebre de la Universidad Rovira i Virgili. Se llevó a cabo en el mes de mayo de 2015. Se pasó un cuestionario de 47 preguntas de respuesta dicotómica dentro de la asignatura de Salud Pública y Educación para la Salud del Grado de Enfermería.

Resultados: La encuesta la contestaron 55 mujeres y 16 hombres, la media de edad de los hombres es de 22,2 años ($\pm$ 4,0) y la de las mujeres 20,3 ($\pm$ 3,4). Destacamos los siguientes resultados, el 37,5% de los hombres y el 47,1% de las mujeres, piensa que el alcohol es la principal causa de la violencia en la pareja. El 31,2% de los hombres y un 13,2% de las mujeres piensan que los celos son una señal de amor. El 50% de los chicos y el 62,2% de las chicas piensan que la forma de vestir puede provocar violencia.

Conclusiones/Recomendaciones: En la formación de los futuros profesionales es necesario trabajar las actitudes y hacerles conscientes de los elementos que están en la base de la violencia de género en una

sociedad patriarcal. Des de la formación hay que fomentar las relaciones igualitarias y modificar las percepciones sobre estereotipos de género y relaciones abusivas en la gente joven. La violencia de género y las relaciones abusivas deben ser tratadas en el currículum de la formación de los profesionales de la salud de una manera específica y transversal.

585. UNA VIDA EN AISLAMIENTO: DISCURSOS DE MUJERES CON SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE

E. Briones Vozmediano, E. Espinar Ruiz, C. López Fernández

Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida; Grupo de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Alicante; Departamento de Sociología II, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La sensibilidad química múltiple (SQM) es un síndrome ambiental crónico, altamente limitante y orgánico, causado por exposición a los químicos sintéticos tóxicos del ambiente y cotidianos (derivados del petróleo), que provoca multitud de síntomas en diferentes sistemas corporales. Se estima que afecta, en diferentes grados, a entre un 2% y 10% de la población, principalmente a mujeres. El objetivo de este estudio es explorar el discurso de las mujeres afectadas por SQM sobre la vivencia de dicha enfermedad.

Métodos: Estudio cualitativo exploratorio mediante análisis del discurso de 20 entrevistas personales semiestructuradas con mujeres diagnosticadas de SQM. Las entrevistas fueron realizadas por EE y CL durante 2011 en Barcelona (n = 8), Valencia (n = 1), Alicante (n = 1), Huelva (n = 9) y Segovia (n = 2). Fueron grabadas digitalmente, transcritas literalmente e importadas al software Atlas.ti-7, con ayuda del que se codificaron y categorizaron los discursos de manera inductiva.

Resultados: En el análisis de las entrevistas se identificaron 2 grandes categorías discursivas que muestran las principales repercusiones en la vida de estas mujeres: 1) “Yo no contagio, me contagian a mí”: La falta de reconocimiento de la sociedad, y 2) “Voy huyendo de la vida, pero tampoco podemos dejar de vivir”: La separación entre la vida pública y privada a la que se ven relegadas. Estas mujeres sufren falta de reconocimiento por parte de los profesionales sanitarios, del ámbito laboral y de su propia familia. Poner nombre a su situación, recibir el diagnóstico y el reconocimiento de las incapacidades laborales es vivido como algo positivo por legitimar sus síntomas. Las estrategias que llevan a cabo para manejar su vida pública son llevar una mascarilla cuando salen al exterior (que evita el malestar físico pero a la vez les genera vergüenza al identificarlas frente a los demás, aunque reconocen que también sirve para aumentar la concienciación social sobre la gravedad de la enfermedad), el uso de Internet y el asociacionismo.

Conclusiones/Recomendaciones: Son necesarias estrategias de sensibilización de la población sobre la SQM, que limiten los prejuicios de padecer una situación socialmente no reconocida, que entorpecen su diagnóstico y dificultan la vida cotidiana de estas mujeres. En especial, de los profesionales sanitarios introduciendo esta problemática en los planes de estudios de Grado de Medicina y Enfermería, pero también en los estudios de Química con asignaturas sobre “toxicología ambiental”. También se debe aplicar el principio de precaución en la producción, distribución y consumo de los productos químicos.

332. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL COMO DETERMINANTE DE LA SALUD FAMILIAR. REVISIÓN SISTEMÁTICA

M.T. Baena-Ariza, I. Domínguez-Sánchez, M. Lima-Serrano, J.S. Lima-Rodríguez

Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: En España, el 14,1% de los niños con alteraciones intelectuales, presentan limitaciones significativas en el fun-

cionamiento intelectual y la conducta adaptativa (discapacidad intelectual). La familia de estos niños puede ver alterada la salud familiar en sus diferentes dimensiones: Afrontamiento familiar; Clima social familiar; Integridad familiar; Funcionamiento familiar y Resiliencia familiar. Se propuso conocer el conocimiento actual sobre la discapacidad intelectual en niños como determinante de la salud familiar.

Métodos: Revisión sistemática por dos revisores independientes, siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA, en PubMed, Scopus, CINAHL, Psycinfo, Psycodoc, Dialnet y la Biblioteca Cochrane Plus, para localizar estudios originales, publicados en los últimos 5 años, en español, inglés, portugués, italiano o francés, que incluyera el texto completo, abordaran el tema de estudio y con calidad moderada-alta según QATSO y CASPe. Finalmente se seleccionaron 20 artículos.

Resultados: La familia es la primera unidad de soporte de niños con DI, modificando su funcionamiento para adaptarse a sus cuidados. La cuidadora principal suele ser la madre que, con frecuencia, abandona el trabajo dedicándose al cuidado, en detrimento de otros roles. Las mayores demandas de recursos humanos y materiales del niño con DI, puede afectar a la satisfacción de las necesidades de otros miembros, o provocar cambios, tensiones y conflictos entre ellos, alterando el clima familiar. El estigma social asociado a la DI provoca la negación familiar del problema y se acompaña de desinterés en la búsqueda de información y ayuda, pudiendo traducirse en falta de conocimiento y de recursos, mermando la resiliencia y la capacidad de afrontamiento familiar. Por otro lado, estas familias pueden mejorar la integridad familiar fortaleciendo sus lazos al participar en el cuidado del niño e implicar a otros miembros, como los abuelos, generando estructuras familiares más fuertes.

Conclusiones/Recomendaciones: La presencia de un niño con DI afecta a la salud familiar pudiendo alterar el clima, el funcionamiento, la resiliencia y el afrontamiento familiar, pudiendo, por otro lado, favorecer la integridad familiar. Conocer la relación entre discapacidad intelectual y salud familiar permite identificar estas situaciones de riesgo para la familia y actuar para evitarlas, ofreciendo a las familias conocimientos, ayuda, recursos y apoyo social para facilitarles el desarrollo de los cuidados y el afrontamiento de la situación.

CO19. Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías (II)

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Aula 0.1

Modera: Eduardo Briones Pérez de la Blanca

396. EVALUACIÓN DE LA DEMANDA DE INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS DESDE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA. FACTORES CONDICIONANTES

J. Carmona, J. Aranda, P. Ricca, B. García, D. Lario, L. Cuevas, E. Porras

Inspección de Servicios Sanitarios, Sevilla; UGC Utrera Sur y Norte; AGS Sur Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: En el Sistema Sanitario Público de Andalucía, con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial de la población, se firma cada año, Acuerdos de Gestión entre las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria (UGCs) y sus hospitales de

referencia territorial. Objetivo: nos plantemos conocer los factores determinantes de la demanda de consultas, desde los médicos de familia de las UGCs de Utrera Norte y Sur, a los profesionales del Hospital básico y sus desviaciones, caracterizar la relación entre la demanda y la oferta de las interconsultas y proponer Áreas de Mejoras.

Métodos: Las dos UGCs de AP atienden a una población de 58.000 habitantes, con 32 Médicos de Familia. Se calcularon las derivaciones, la justificación de las mismas y se analizó los factores internos de cada cupo (edad, urbano/rural, motivación, vía de formación, residentes si/no). Las desviaciones en las derivaciones y su comparación, se calculó con el índice de derivaciones/Tarjetas de Atención Sanitarias (TAES) por mil, para cada cupo. Los factores externos con el hospital se determinaron con entrevistas semiestructuradas a los directores y médicos de familia y se analizó el nivel de realización de los acuerdos. Se analizó una muestra de Historias clínicas. El grupo de trabajo realizó propuestas de mejoras centradas sobre las desviaciones no deseadas de los resultados.

Resultados: Las dos unidades se desvían globalmente un 34% en las derivaciones, con un rango de 162,1 a 235,5 deriv. por cada 1.000 TAES. El 65,6% de los médicos de AP se desvían en más de 6 especialidades. Los factores internos fueron la falta de actualización y reciclaje, la falta de motivación y la falta de medios diagnósticos. En relación a los factores externos fueron la no comunicación formal clínica y administrativa y coordinación, la posibilidad de solicitar pruebas diagnósticas, y el seguimiento de pacientes crónicos.

Conclusiones/Recomendaciones: Las UGCs de AP se desvían en las derivaciones a las consultas del hospital. Existe una gran variabilidad entre los cupos. Existen factores internos que determinan las desviaciones y deben ser trabajados por las unidades. Los factores externos que aumentan las desviaciones obligan a una implantar medidas conjuntas, en relación a compartir conceptos comunes, historia clínica, recursos diagnósticos, protocolos y vías de comunicación interprofesional comunes. Se recomendó realizar sesiones formativas, análisis de la pertinencia de las derivaciones por patologías más importantes y seguimiento periódico. Así como análisis de la pertinencia de las altas del hospital, aumentar la capacidad de resolución de AP (pruebas diagnósticas, tele dermatología) y establecimiento de protocolos ausentes. Garantizar la Comunicación clínica interprofesional y establecer programas informativos con la población.

185. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA “RIESGO-AJUSTADA” PARA DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS SELECCIONADOS. PROPUESTA METODOLÓGICA SENCILLA

J. Limón Mora, J. Díaz-Borrego Horcajo

Coordinación de Gestión y Evaluación, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La proporción de fallecimientos en el hospital, está condicionada por las características de los pacientes atendidos (edad, gravedad...) El estudio comparativo correcto de estos indicadores debe tener en cuenta las diferencias de la distribución de estas características en cada centro, servicio o a lo largo del tiempo. Partiendo de algunos indicadores “Inpatient Quality Indicators” (IQI), proponemos una metodología para el ajuste teniendo en cuenta, además de las diferencias en cuanto a edad y sexo, las debidas al riesgo o complejidad clínica de los pacientes ingresados, al objeto de poder evaluar la evolución en el periodo 2010-14 de los distintos indicadores.

Métodos: Hemos seleccionado diagnósticos y procedimientos incluidos en los Contratos Programas de los hospitales (infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, neumonía, ictus, procedimientos cadera...). Partiendo de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico,

refinados (GRD-APR), incluidos en cada indicador o diagnóstico IQI, se rescatan y catalogan los casos en cuatro niveles, usando algoritmos predefinidos, por riesgo de mortalidad “risk of mortality” (ROM), teniendo en cuenta la presencia de diagnósticos secundarios, la edad, el diagnóstico principal y ciertos procedimientos médicos y quirúrgicos. En el presente trabajo hemos contado con los datos registrados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de distintos hospitales públicos andaluces de los años 2010-2014. Primero hemos calculado para cada grupo de sexo-edad-ROM la proporción de mortalidad en el conjunto de los 5 años (porcentajes tipo o de referencia), lo que nos permite obtener la razón entre muertes observadas y esperadas, así como los porcentajes de muertes ajustados para sexo-edad-ROM de cada año del periodo.

Resultados: Partiendo de todos los casos incluidos en los GRD-APR números 174, 190, 194, 308, 139, 44, 45 y 301 se analiza la evolución de los indicadores ya ajustados. Este trabajo pretende sobretodo presentar una metodología, aunque se presentan algunos resultados evolutivos 2010-14. Por ejemplo, para la insuficiencia cardíaca (GRD-APR 194), analizando los 69.326 casos registrados en el periodo, las razones de mortalidad estandarizadas estarían entre 1,04 y 0,94, con valores de mortalidad ajustados entre 13,9% y 12,6% a inicio y final del periodo analizado.

Conclusiones/Recomendaciones: Los ajustes de indicadores hospitalarios teniendo en cuenta GRD-APR y ROM son de interés en la evaluación comparativa tanto de la evolución temporal como entre centros o servicios. Al contrario que otras alternativas de ajuste y análisis basadas en métodos multivariantes complejos, este método aportar sencillez así como una mejor comprensión que puede servir a ganar apoyos en el desarrollo y evaluación de actividades y programas de mejora asistencial.

252. EVALUACIÓN DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA UCI DE UN HOSPITAL PÚBLICO

J. Carmona, A. Lesmes, B. García, V. Ortega, F. Lucena, D. Alguacil

Inspección de Servicios Sanitarios, Sevilla; Hospital Universitario Valme; AGS Sur Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: La limitación del esfuerzo terapéutico (LET), recogida en la ley 2/2010 de Andalucía, es un proceso responsable de toma de decisiones clínicas. Constituye una buena práctica clínica. La LET es una práctica de calidad tanto desde el punto de vista clínico, como ético y jurídico. La SEMICYUC define la LET como la omisión o y/o retirada de uno o varios Tratamientos de Soporte Vital cuando se prevén inútiles o se han mostrado inútiles para conseguir los objetivos de salud del paciente. La Consejería de Salud publicó, en el marco de la estrategia de Bioética del SSPA, un conjunto de recomendaciones sobre el proceso de LET en Cuidados Intensivos. Objetivos: nuestro objetivo principal fue evaluar la práctica de la LET en la UCI del Hospital, y como secundarios: Evaluar el protocolo local de LET y como se ajusta el protocolo de LET a las recomendaciones de la Consejería, así como estimar la incidencia de esta práctica en los pacientes fallecidos en un periodo y planteamos también el establecer medidas de mejoras que garanticen la LET.

Métodos: Hospital de 500 camas, con una UCI de 14 camas. Atiende a una población de unos 400.000 habitantes. En la UCI se ingresan entre 900 y 1.000 pacientes año. Periodo de estudio 1/5/2014 a 30/04/2015. Se recogió información, a través de un protocolo consensuado, de los responsables de la UCI del hospital. Se auditaron 50 historias clínicas, procedentes de un muestreo sistemático (Servicio de documentación Clínica) de los pacientes fallecidos en el hospital entre mayo 2014-abril 2015, con un episodio hospitalario y con estancia en UCI. Se evaluó, sobre las historias clínicas que si tenían LET, el cumplimiento de las recomendaciones establecidas. Se establecieron medidas de mejoras.

Resultados: La UCI tiene un protocolo de LET. El 65% del protocolo se ajusta a las recomendaciones estándares. No se dispone de protocolo escrito para el “no ingreso en UCI”. La incidencia de LET en la UCI es del 54%. La propuesta de LET cumple con los estándares en un 77%. Ninguna de las propuestas de LET fue presentada en sesión clínica de la UCI. La comunicación al familiar aparece en la HC en el 88% de los casos. En la realización de la LET se cumplen la mayoría de los ítems, excepción del registro de los profesionales implicados (0%).

Conclusiones/Recomendaciones: La UCI practica de forma sistemática la LET. El protocolo de LET se ajustan en algo más de la mitad a las recomendaciones. El LET se realiza en más de la mitad de las historias auditadas. Se recomienda que el protocolo de LET se complete con los registros ausentes, dar conocimiento del protocolo a los profesionales de la UCI, mantener una evaluación periódica de la incidencia, evitar sesgos en la elaboración del indicador, evaluar el registro del protocolo y mejorar la participación de la enfermería en el proceso LET.

96. EVOLUCIÓN Y COMPORTAMIENTO DE LAS ALTAS Y LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN LA ÚLTIMA DÉCADA

E. Torné Vilagrasa, J. Benet Travé, A. Guarga Rojas

Consorci Sanitari de Barcelona (CatSalut).

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha modificado el modelo de atención a las urgencias, motivado en parte, por la magnitud de las mismas, por el aumento de la esperanza de vida y por el tipo de patologías atendidas. El objetivo ha sido, analizar la evolución, en la última década, de la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios y sus ingresos, en relación a las altas, valorando el comportamiento global y el de la población mayor de 65 años.

Métodos: A partir de la información del CMBD-HA, la base de datos de facturación y el registro central de asegurados, se ha analizado: altas, urgencias, altas ingresadas desde urgencias, estancia media (EM), complejidad según peso del grupo relacionado con el diagnóstico (GRD), derivaciones a centros sociosanitarios (CSS) y edad, en el período 2005-2014 en la Región Sanitaria Barcelona, con 5 millones de habitantes.

Resultados: La tasa de hospitalización convencional (HC), excluyendo la cirugía mayor ambulatoria, ha disminuido -6,1% (79,3 vs 74,5 altas/1.000 hab. los años 2005 y 2014 respectivamente) y también las urgencias hospitalarias -5,8% (436,8 vs 411,2 urg/1.000 hab.), ambos resultados son significativos ($p < 0,005$). En > 64 años la tasa se ha incrementado 8,2% (hospitalización) y 9,3% (urgencias hospitalarias) con $p < 0,003$. El% de ingresos urgentes ha aumentado 8,8%, especialmente en > 65 años (25,1%), con una tendencia ascendente, mientras que la EM va disminuyendo. En la HC ha disminuido 0,5 días, 1 día en ingresos urgentes y 2 días en > 64 años ($p < 0,000$). Analizando la derivación hacia CSS, el grupo > 64 años con ingreso urgente presenta una tendencia creciente, 5,2% derivaciones (2005) y 10,8% (2014), $p < 0,05$. En el análisis de la complejidad, menos del 2% de la HC corresponden a ingresos urgentes en > 64 años con elevada complejidad, subgrupo que va en aumento, registrándose un 25% más de ingresos en el 2014 vs 2005. Son altas con elevada EM: 23,5 días (2005), con tendencia a la reducción (20,1 días en el 2014), variación significativa: -14,4%.

Conclusiones/Recomendaciones: En la última década, se ha observado una disminución global de la actividad hospitalaria, tanto en los ingresos como en las urgencias, mientras que en los mayores de 65 años se ha incrementado toda la actividad, en especial pacientes con elevada complejidad. En cambio las estancias medias se han ido reduciendo en todos los subgrupos estudiados. Paralelamente las derivaciones a CSS van en aumento, resultados plausibles con la demografía actual, la reciente remodelación de las urgencias y la oferta creciente de recursos sociosanitarios.

845. ATLAS DE VARIACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL SISTEMA SANITARIO INTEGRAL DE UTILIZACIÓN PÚBLICA DE CATALUNYA

L. Muñoz, M. Marinelli, C. Tebé, N. Robles, J.M.V. Pons, M. Espallargues

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge; Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Antecedentes/Objetivos: Los atlas de variaciones en la práctica clínica del Sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT) son estudios ecológicos que tienen por objetivo identificar, describir y reducir la variabilidad que pueda resultar en un mayor bienestar, calidad y valor de los recursos disponibles.

Métodos: El análisis de la variabilidad de la práctica clínica consiste en comparar las tasas de hospitalización, intervención o actividad realizada en los sectores que subdividen un territorio. La principal fuente de datos de este estudio es el conjunto mínimo de datos al alta hospitalaria (CMBD-AH). Los resultados se presentan en forma de tasas de actividad, razones de uso estandarizadas y estadísticos de variabilidad. La estrategia básica de todos los análisis es comparar las tasas de uso (numerador: por ejemplo, ingresos hospitalarios) de los habitantes de un territorio (denominador: por ejemplo, área básica de salud). Tanto las tasas como las razones de uso han sido plasmadas en mapas, y están disponibles como publicaciones y en formato dinámico en una plataforma web (IstantAtlas) que permite interactuar con los resultados. IstantAtlas permite visualizar los datos de cada unidad de análisis (territorio) y establecer filtros que facilitan la comparación entre las unidades o áreas evaluadas. Finalmente, los atlas incluyen un apartado de acciones y recomendaciones para los planificadores (Departament de Salut), aseguradora (Servei Català de la Salut, CatSalut), proveedores y profesionales, elaboradas por un equipo singular de expertos.

Resultados: Se han publicado en aquas.gencat.cat siete atlas de variaciones: intervenciones por artroplastias de rodilla y cadera, trombolisis intravenosa en ictus isquémico, tratamiento sustitutivo renal y terapias respiratorias a domicilio, y se están adaptando los siete atlas al formato dinámico. Están en preparación un atlas de variaciones en las intervenciones por cirugía de espalda, reparación de los aneurismas de aorta abdominal, hospitalizaciones domiciliarias, utilización de las pruebas de imagen y diversos de cirugía oncológica digestiva. También se han publicado dos artículos científicos y se han realizado unas jornadas de difusión de los resultados.

Conclusiones/Recomendaciones: La confección de mapas de variabilidad permite identificar variaciones no explicadas en la práctica clínica y, en ausencia de registros sistemáticos, es una manera factible de realizar el seguimiento de un tratamiento. Estudiar la variabilidad es imprescindible para promover acciones específicas de mejora y para garantizar el acceso equitativo a tratamientos efectivos, así como generar hipótesis para estudios posteriores.

247. WHY ARE THERE DIFFERENCES IN HTA RECOMMENDATIONS ACROSS COUNTRIES? AN IN-DEPTH CASE STUDY ANALYSIS EXPLORING THE INTERFACE BETWEEN THE MACRO AND MICRO-LEVEL FACTORS INFLUENCING THESE DECISIONS

L. Maynou, E. Nicod, E. Visintin, J. Cairns

CRES, Universitat Pompeu Fabra, London School of Economics; London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Antecedentes/Objetivos: Health technology assessment (HTA) is an evidence-based tool used to inform resource allocation decisions to ensure value for money and best possible care to patients. Despite the systematic nature of this approach, the application and outcomes of HTA

vary extensively. The objective of this research is to explore the interface between micro- and macro-level variables that explain differences in HTA recommendations across countries through case study analyses.

Métodos: The analysis focused on the reimbursement decisions of four drugs in four countries (England, Sweden, Scotland, France). The drugs selected were the following: mifamurtide (osteosarcoma), gefitinib (NSCLC), natalizumab (relapse-remitting multiple sclerosis) and tocilizumab (rheumatoid arthritis). The variables were extracted from secondary sources (country websites, reports) and HTA recommendation) and primary sources (from the HTA-HTA partners within each country).

Resultados: Results of the case studies demonstrate the close association between the micro- and macro-level factors. Macro-level variables, such as process of patient involvement or managed entry agreements, are closely related to micro-level variables (e.g. how they contribute to addressing uncertainty). Nevertheless, there were instances where no clear pattern or relationship between these two levels arose. These may relate to micro-level variables, such as the subjective interpretation of the committees making the decision, or to contextual elements, such as a country's industrial policy.

Conclusiones/Recomendaciones: We conclude that although these processes are systematic and rely on evidence-based medicine, a component of these decisions rely on judgments made during the deliberative process.

598. EVALUACIÓN DE COSTE-EFECTIVIDAD DE LA INTRODUCCIÓN DE UN TEST PRENATAL NO INVASIVO (TPNI) COMO ALTERNATIVA AL CRIBADO PRENATAL DEL PRIMER TRIMESTRE DE SÍNDROME DE DOWN

J.C. Bayón, I. Portillo, E. Orruño, J. Asúa, N. López-Mintegui, M. Urrejola

Osteba; DG Osakidetza; OSI Bilbao-Basurto.

Antecedentes/Objetivos: Los test prenatales no invasivos (TPNI) mediante detección de DNA fetal libre en sangre materna suponen una tecnología emergente y una posible alternativa al cribado combinado del primer trimestre para detección de síndrome de Down (SD) y otras cromosomopatías. Los estudios más recientes muestran una mayor tasa de detección y una disminución de técnicas invasivas de confirmación diagnóstica, evitando pérdidas fetales. Actualmente, se desconoce el impacto de la implementación del TPNI en un programa de cribado prenatal de SD. Por ello, se ha desarrollado un modelo analítico de decisión para conocer los costes y beneficios de la introducción de los TPNI. Objetivo: Evaluar el impacto de la introducción de los TPNI en cribado prenatal comparando: cribado actual, TPNI como test de contingencia en casos positivos y TPNI como test primario.

Métodos: 1) Análisis de la evidencia. 2) Base de datos programa cribado País Vasco 2010-2013 con casos evaluados y seguidos hasta la terminación del embarazo. 3) Horizonte temporal a corto plazo (nacimiento). 4) Costes de pruebas según precios de mercado y contabilidad analítica de procesos (tarifas oficiales). 5) Análisis de sensibilidad.

Resultados: Para un punto de corte 1/270, el TPNI como test contingente en casos positivos frente al cribado habitual es menos efectivo (detección de 271 vs 272) y más barato (8.147.691€ vs 8.953.449€), y el TPNI como test primario es más efectivo (detección 298 vs 272) y más caro (41.402.429€ vs 8.953.449€), siendo su RCEI de 1.248.038€ por caso extra de SD detectado. Para un punto de corte 1/500, el TPNI como test contingente en casos positivos frente al cribado habitual es más efectivo (278 vs 272 casos detectados) y más caro (9.333.233€ vs 8.953.449€), siendo su RCEI de 63.297€ por caso nuevo detectado. Para un punto 1/1.000 el resultado es el mismo (283 vs 272 casos detectados) y 11.492.682€ vs 8.953.449€, con un RCEI de 230.839€.

Conclusiones/Recomendaciones: En este estudio los TPNI poseen un mayor nivel de tasas de detección de SD en diferentes escenarios si bien

su coste es limitante para su introducción en los SNS, quedando por evaluar su efectividad en embarazos gemelares y otras cromosomopatías.

491. MEDICIÓN E IMPACTO DEL PAGO POR DESEMPEÑO EN EL ÁMBITO DE LAS ARTROPLASTIAS

V. Serra-Sutton, M. Marinelli, O. Martínez, L. Domingo, J.M.V. Pons, M. Espallargues

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), CIBERESP; AQuAS, REDISSEC.

Antecedentes/Objetivos: Los objetivos fueron evaluar el desempeño de centros que realizan artroplastias de cadera y rodilla a partir de un grupo de indicadores, valorar su utilidad para su inclusión en sistemas de contratación de servicios y en futuras evaluaciones del impacto de estos sistemas.

Métodos: En un proyecto previo, se priorizó un grupo de 13 indicadores de proceso y resultado. Se implementaron estos indicadores para la comparación del desempeño de centros en Cataluña. Se utilizaron datos de 52 hospitales a partir de la información del Registro de Artroplastias de Cataluña, el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, el Registro Central de Asegurados y el Sistema de Información para el desarrollo de la Investigación en Atención Primaria. También se utilizó información del Registro de lista de espera quirúrgica, así como datos de una cohorte prospectiva ad hoc sobre salud percibida. Se calcularon razones estandarizadas [valores observados en el centro versus esperados -a partir de modelos de regresión crudos y ajustados] e intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se comparó el valor de cada indicador en un centro con el estándar de referencia global y sus IC95%. Se consideró que un indicador era útil para su inclusión en la contratación de proveedores cuando los indicadores presentaron exhaustividad, validez de contenido y constructo.

Resultados: Se observó la capacidad de 10 de los 13 indicadores de detectar diferencias en el desempeño de centros analizados. Por ejemplo, más de 30 centros alcanzaron el estándar global (presentando valores < 1) en la mortalidad hospitalaria hasta 90 días (rango: 0,0-7,3), en las complicaciones generales post-operatorias hasta el alta (rango: 0,0-5,4) y en el tiempo en lista de espera (rango: 0,2-2,3). Un grupo importante de centros (n > 30) no mostraron diferencias estadísticamente significativas en indicadores como el riesgo de revisión de la prótesis a los 3 años y 5 años o en el fallo temprano de la prótesis. En el caso de indicadores percibidos por los pacientes, se observaron diferencias estandarizadas moderadas a elevadas en los centros (por ejemplo, mejora del dolor; rango: 0,6-5,0), aunque las diferencias observadas entre el valor del centro y el estándar global no fueron significativas.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados muestran la capacidad de los indicadores de proceso y resultado de detectar diferencias en función del rendimiento de centros con mejor o peor desempeño. En estos momentos, se han evidenciado algunas limitaciones (ej. exhaustividad de algunos eventos de interés o diferencias no significativas en algunos centros) por lo que no se recomienda su uso para la compra de servicios basados en el pago por desempeño para estimular la mejora de la calidad asistencial.

Financiación: FIS PI1100166 y PNC-2015.

416. EFECTIVIDAD DE LAS MÁQUINAS DE PERFUSIÓN EN LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS SÓLIDOS

N. Lorusso, A. Llanos Méndez, R. Isabel Gómez, A. Romero Tabares

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA).

Antecedentes/Objetivos: Las máquinas de perfusión (MP) ex vivo son dispositivos extracorpóreos diseñados para optimizar la evalua-

ción, preservación y recuperación de órganos destinados a trasplante. El objetivo del estudio fue establecer la efectividad y seguridad de las MP, en comparación con el enfriamiento estático convencional (EEC) en términos de mortalidad, parámetros funcionales del injerto y supervivencia del injerto.

Métodos: Se consultaron las bases de datos referenciales MedLine, EMBASE y Web of Science y también se buscó en diferentes bases de datos y otras fuentes de información. Se seleccionaron estudios con grupo control: preservación de órganos sólidos destinados al trasplante en humanos con MP ex vivo en comparación con EEC. La extracción de la información y la evaluación de la calidad fueron realizadas por dos revisores. Se siguieron los criterios recomendados por Colaboración Cochrane, y el nivel de evidencia según SIGN. Se realizó una síntesis cualitativa de los resultados.

Resultados: De las 328 referencias bibliográficas recuperadas se seleccionaron 18: 15 fueron sobre MP en riñón (incluyendo 6 revisiones sistemáticas) y 3 sobre pulmón. En relación a la preservación de riñones, los metaanálisis y la revisión de Bond et al. no encontraron mejoras significativas en la utilización de las MP en ninguno de los parámetros estudiados salvo en la función renal retrasada (nivel de evidencia 1-), significativa en todos los metaanálisis, y la supervivencia del injerto al año, esta vez sólo en Jiao et al. dirigido a población de donantes con criterios expandidos (nivel de evidencia 1+). Los resultados de los estudios originales fueron acordes a los resultados de los metaanálisis. En relación a la preservación de pulmón, no hubo diferencias estadísticas en términos de no función inicial del injerto a las 72 horas tras el trasplante, de mortalidad a los 30 días y al año. No se detectó ningún efecto adverso grave en relación a la preservación de riñón y de pulmón con la MP. De las 6 revisiones sistemáticas seleccionadas solo 2 fueron valoradas como de alta calidad según AMSTAR, y se le asignó un nivel de evidencia 1+. Los estudios originales sobre preservación de riñón fueron de moderada y baja calidad. La preservación de pulmón estuvo basada en estudios de tipo cuasi-experimental.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados de los artículos incluidos sugieren que la MP para la preservación renal no presenta mejoras significativas en ninguno de los parámetros estudiados salvo en la función renal retrasada (nivel de evidencia 1-). En relación a la preservación con MP para pulmones, limitada evidencia mostró que no hubo mejoras significativas en la efectividad con respecto al método convencional.

154. TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES, FACTORES OCLUSALES, HÁBITOS Y TRAUMA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

E.J. Meneses-Gómez, A.M. Vivares-Builes

Facultad de Odontología y Grupo de Investigación en Salud y Comunidad, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Colombia.

Antecedentes/Objetivos: Los trastornos temporomandibulares afectan del 5 al 12% de la población representando la segunda condición musculoesquelética más común después del dolor de columna. Generan dolor, discapacidad, afectan el desempeño laboral, funciones psicosociales y calidad de vida y considerado un problema de salud pública. Los cuadros clínicos son variables, de curso agudo, crónico y recurrente en cualquier etapa del ciclo vital. La etiología y manejo ha sido compleja, controversial y asociada con factores biopsicosociales; la literatura presenta cómo desarmonías oclusales, hábitos posturales, parafuncionales y traumas pueden relacionarse con TTM en adolescentes y jóvenes. Se plantea el estudio de los signos y síntomas asociados a los trastornos temporomandibulares y su relación con factores oclusales, hábitos parafuncionales y antecedentes de trauma en jóvenes y adolescentes.

Métodos: Se realizó un estudio de prevalencia analítica con 373 pacientes; con un muestreo aleatorio estratificado de Centros y Unidades Hospitalarias de Medellín. Se aplicó un instrumento con cuestionario y examen clínico (aspectos sociodemográficos, relacionados con oclusión, hábitos). La información fue recolectada por odontólogos estandarizados. Se hizo un análisis uni y bivariado, prueba chi cuadrado, se estimó asociación mediante regresión logística calculando Odds Ratio (OR) (IC95%) en forma cruda (ORc) y ajustada (ORa). Contó con requisitos éticos.

Resultados: Los hallazgos indicaron que el 66,8% de la muestra correspondió a mujeres edad promedio 17,1 años; el 43,4% de estrato socioeconómico dos y el 59% solo estudiaba. Se presenta dolor a palpación lateral y posterior de la ATM con diferencias significativas por sexos y mayor en mujeres ($p = 0,030$). La muestra indica a mujeres (52,6%) y hombres (58,7%) con desarmonías oclusales relacionadas a contactos prematuros con deflexiones (-2 mm) e interferencias oclusales en diferentes movimientos mandibulares; aunque sin diferencias significativas. Las mujeres mostraron mayor prevalencia de hábitos orales excepto morder objetos, masticar chicle y onicofagia, este último se mostró más prevalente en hombres ($p = 0,0001$). El bruxismo dental excéntrico y céntrico presentó asociación con los ruidos articulares ($p = 0,023$). Pacientes con bruxismo excéntrico tienen 2,03 veces el riesgo de padecer algún signo de TTM, ajustado por las demás variables ORa 2,03 (IC95% 1,09-3,77).

Conclusiones/Recomendaciones: Los TTM están presentes en diferentes grados de severidad. Hábitos como la onicofagia están relacionados con los signos clínicos además de condiciones como los antecedentes de trauma, desarmonías oclusales como contactos prematuros y bruxismo.

Financiación: Financiación de Autónoma de las Américas y E.S.E. Metrosalud.

CO20. Brotes epidémicos (II)

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Aula 1.1

Modera: María Inmaculada Sillero Arenas

524. PERCEPCIÓN DEL RIESGO DEL PERSONAL DEL HOSPITAL DE ALCORCÓN ANTE UN CASO DE INFECCIÓN 2ª POR ÉBOLA

A. Ayuso-Álvarez, T. Blasco-Hernández

Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología; Centro Nacional de Medicina Tropical, Red de Investigación Cooperativa en Enfermedades Tropicales (RICET).

Antecedentes/Objetivos: La llegada del caso de infección secundaria por ébola al Hospital Universitario de Alcorcón (HUA) de una auxiliar de enfermería generó una enorme alarma social y puso en evidencia que la percepción del riesgo (PR) puede tener un mayor impacto que el riesgo en sí. Los objetivos de este estudio fueron recoger la percepción del riesgo entre el personal sanitario e identificar los factores que contribuyeron a su construcción. Identificar los factores y agentes que actuaron como amplificadores y reductores de dicha sensación de amenaza.

Métodos: Estudio cualitativo realizado entre diciembre de 2014 y junio de 2015, mediante 5 entrevistas semiestructuradas a personal sanitario (PS) del hospital de Alcorcón. Para la selección de los/las participantes se tuvieron en cuenta los escenarios de exposición al riesgo

definidos por el Ministerio de Sanidad: alto riesgo, bajo riesgo y baja probabilidad de exposición. Se elaboró un guion de entrevista en torno a determinados ejes temáticos. El análisis de los datos se ha realizado siguiendo la Teoría Fundamentada. Se efectuó triangulación del proceso y resultados, de forma simultánea por dos investigadoras del equipo.

Resultados: La Percepción del Riesgo (PR) es una construcción y un proceso. Como proceso, la PR sentida por los PS pasó por cinco estados: el 1º la inquietud coincidiendo con la repatriación de los misioneros, el 2º incertidumbre, ansiedad y miedo (llegada de la auxiliar al hospital), el 3º explosión de pánico (42h-72h posteriores a la salida de la auxiliar del hospital), el 4º perplejidad, enfado e indignación (periodo de aislamiento de los contactos) y el último 6 meses después se caracteriza por la resignación y el olvido. Los elementos que contribuyeron a construir dicha PR fueron: la percepción que el PS tuvo de la autoridad política y sanitaria, el control que se tuvo desde las instituciones de la situación y la confianza generada en la respuesta institucional. Actuaron como amplificadores: las autoridades sanitarias, políticas y los medios de comunicación. Como reductores: el comité de expertos y el equipo directivo del HUA. La PR tuvo un impacto en el PS, en la función del HUA y en la respuesta institucional ante la crisis.

761. INTOXICACIÓN POR PLOMO A TRAVÉS DEL CONSUMO DE VINO ELABORADO EN CASA

A. Boullosa Cortés, M.J. Torrado Fábregas, P. Cabrera Castellanos, B. Nores Blanco, M.J. Faraldo Vallés, O. Paz Montero, L. Estebán Meruéndano, A. Pousa Ortega

Xefatura territorial de Sanidade en Pontevedra; Dirección Xeral de Saúde Pública.

Antecedentes/Objetivos: En julio de 2015, un hospital de Vigo notificó un caso de intoxicación por plomo en un hombre de 40 años. El estudio describe la investigación epidemiológica y ambiental realizada en busca del origen de la intoxicación.

Métodos: Encuesta epidemiológica al caso y a convivientes domiciliarios, que incluyó datos clínicos, laborales y sobre el ambiente doméstico (procedencia agua, utensilios cocina, datos vivienda y de la red de tuberías). Investigación ambiental en la vivienda, que incluyó inspección de posibles fuentes de exposición plomo. Análisis de plomo en sangre a todos los convivientes. Por último, análisis de muestras de utensilios, de alimentos (vino blanco, vino tinto, huevos, grano molido y gallina) y de agua, que fueron recogidas en la vivienda.

Resultados: El caso inició con estreñimiento y anemia en noviembre de 2014. Los síntomas remitieron en diciembre, para volver a aparecer en marzo de 2015. El diagnóstico de intoxicación por plomo se hizo en julio de 2015 con el paciente ingresado en el hospital. La analítica mostraba un nivel de plomo en sangre de 135 µg/dl (valores de referencia: 0-12). El caso convive con 2 personas en su domicilio, una presentó valores de 42 µg/dl y la otra de 10 µg/dl. No se encontraron exposiciones de riesgo en el entorno laboral del caso, por lo que la investigación se centró en su domicilio, una vivienda unifamiliar en un entorno rural. El agua de consumo era de pozo y la red de tuberías de PVC. Se utilizaban para cocinar algunos recipientes de barro. La vivienda disponía de bodega donde se realizaba la vendimia con uva procedente de su terreno. Durante la inspección, el caso informó de que a finales de 2013 había pintado la base de la prensa del vino y un molino triturador de maíz con una pintura de minio de plomo, cuyo bote conservaba. La prensa, después del pintado, se utilizó para la vendimia de 2014. Las determinaciones de plomo en el vino fueron positivas. Las 2 muestras de vino blanco presentaban 5,1 mg/kg y 4,8 mg/kg; y la de tinto 1,9 mg/kg (valor máximo permitido: 0,20 mg/kg). El resto de muestras fueron negativas.

Conclusiones/Recomendaciones: La intoxicación por plomo es la más frecuente de las exposiciones a metales pesados, pudiendo ser absorbido a nivel del tracto gastrointestinal. En esta intoxicación, las

dos personas con valores elevados de plomo referían consumir habitualmente el vino que elaboraban, mientras que la otra persona que compartía la vivienda no lo consumía. El prensado de la uva blanca fue realizado en primer lugar, lo que explica un mayor nivel de plomo en este vino. La prohibición del uso plomo en la fabricación de pinturas evitaría este tipo de intoxicaciones. Mientras tanto, los comercios deben restringir su venta a profesionales.

964. BROTE DE GASTROENTERITIS EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA CON POSIBLE ORIGEN INTRAFAMILIAR

M.A. Onieva García, D. Almagro López, D. Almagro Nievas, I. Pedrosa Corral

UGC Interniveles de Salud Pública de Granada; UGC Microbiología de Granada.

Antecedentes/Objetivos: El 7 de mayo de 2015, se notificó la agrupación de ocho casos con gastroenteritis aguda (GEA) en una Unidad de Estancia Diurna (UED) en un municipio de Granada. Tras confirmar la alerta, se procedió a su declaración en SVEA y se estableció como hipótesis inicial: brote de GEA por transmisión persona-persona durante el mes de mayo, siendo la causa más probable la viral. El objetivo es describir un brote de GEA en UED y analizar los factores asociados a su aparición.

Métodos: Se diseñó un estudio de cohorte bidireccional, con cálculo de RR como medida de asociación y fijando IC al 95%. Nuestra unidad de análisis fueron los 14 residentes y 6 trabajadores a riesgo durante el periodo epidémico. La definición de caso fue "presencia de al menos vómitos y/o diarrea, sin ninguna patología de base que lo justificase, y con contacto con caso en la residencia durante el periodo epidémico". Se recogieron variables de persona, lugar y tiempo a través de encuesta epidemiológica. Se realizó coprocultivo de enterobacterias y detección de antígenos virales (rotavirus, adenovirus, astrovirus, norovirus y sapovirus) en 3 residentes y 2 familiares. Se implantaron las medidas de control oportunas.

Resultados: La tasa de ataque entre residentes fue de 57,14% (8/14) y entre los trabajadores de 16,6% (1/6). Los síntomas más frecuentes fueron vómitos, diarrea y dolor abdominal. La curva epidémica describió una propagación persona-persona. Los residentes con antecedentes familiares de GEA tuvieron un riesgo 2 veces superior con respecto a los que no los presentaban (RR cruda: 2; IC95%: 1,13-3,5); así mismo, la presencia de casos secundarios en familiares también incrementó el riesgo de enfermar (RR cruda: 4; IC95%: 1,2-13,3), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. El estudio microbiológico resultó negativo a enterobacterias y positivo a PCR para Norovirus Genogrupo II. Después de dos periodos de incubación sin notificación de nuevos casos, se dio por finalizado el brote.

Conclusiones/Recomendaciones: Como conclusión, se confirmó la presencia de brote de GEA por Norovirus del Genogrupo II de transmisión persona a persona en una UED de la tercera edad en un municipio de Granada, hallándose como factores de riesgo la presencia o antecedente de GEA en familiares.

968. BROTE DE TOXINFECCIÓN ALIMENTARIA POR NOROVIRUS GENOGRUPO II DURANTE UN CONVITE EN GRANADA, 2015

D. Almagro López, D. Almagro Nievas, M.A. Onieva García, A. Corma Gómez, F. Carrillo Hurtado

UGC Interniveles de Salud Pública de Granada; UGC Protección de la Salud del Distrito Granada Metropolitano.

Antecedentes/Objetivos: El 27 de mayo de 2015 una pediatra de un centro de salud de Granada notificó al Servicio de Epidemiología la

detección de un brote intrafamiliar con tres casos de gastroenteritis aguda (GEA). Los casos, el niño atendido por la pediatra y sus padres, habían asistido a un convite por celebración familiar en un restaurante el día previo. Tras confirmar la alerta, se procedió a su declaración y se postuló una posible toxiinfección alimentaria (TIA) sin sospecha clara de etiología ni vehículo de transmisión. El objetivo es describir el brote de TIA y analizar los factores asociados.

Métodos: Se diseñó un estudio caso-control. Nuestra unidad de análisis fueron los 81 comensales que habían acudido al convite. Se recogieron variables de persona, lugar y tiempo a través de encuesta epidemiológica (telefónica y on-line). Se realizó coprocultivo de enterobacterias y detección de antígenos virales a cinco enfermos. Se realizaron dos inspecciones alimentarias tomando muestras de alimentos testigo (mero y solomillo en salsa) en las que se analizó *Salmonella* ssp. Se realizó estudio de manipuladores y se implantaron las medidas de control oportunas.

Resultados: La tasa de ataque fue de 30,86% (25/81). En el 30% de las familias se afectaron todos sus miembros. El 63,6% fueron mujeres y la edad media de los casos fue de 35,6 años. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal, seguido de malestar general, náuseas, diarrea, vómitos y fiebre. Dado que todos los enfermos comenzaron con síntomas tras el evento o 3 días después (periodo de incubación: mediana de 54 horas, máximo de 3 días), se descartó la transmisión persona-persona y se postuló la transmisión a través de alimentos. Los alimentos con mayor asociación al riesgo de enfermar desde el punto de vista estadístico fueron el solomillo en salsa (OR = 11,2; IC95% = 1,21-99,3) y el salchichón (OR = 24; IC95% = 1,02-560,17) Paso del entremés, siendo éste último dosis-dependiente. De los cinco coprocultivos realizados, cuatro fueron positivos a norovirus genogrupo II y otro a *Campylobacter jejuni*. Uno de los manipuladores resultó positivo a norovirus con genogrupo no especificado. Los alimentos investigados a *Salmonella* ssp resultaron negativos y no se investigó virus. Después de dos periodos de incubación sin notificación de nuevos casos, se dio por finalizado el brote.

Conclusiones/Recomendaciones: Como conclusión, se confirmó la presencia de un brote de TIA causado por norovirus genogrupo II con el salchichón como probable vehículo de transmisión. No pudo descartarse una posible contaminación por manipulación de portador positivo a norovirus.

693. BROTE DE GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS GII. VULNERABILIDAD EN PACIENTES DEPENDIENTES

N. Pascual Aguirre, D. Almagro Nievas, P. Guijosa Campos

Unidades de Gestión Clínica de Salud Pública de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Los Norovirus son responsables de al menos un 40% de brotes de gastroenteritis aguda (GEA) dados en diferentes instituciones. El día 12 de enero de 2016, se comunica al Distrito Sanitario la existencia de 23 casos de GEA en una residencia de la tercera edad. El primer caso ocurrió el 10 de enero. La hipótesis barajada fue transmisión persona a persona y etiología vírica. Objetivos del estudio: describir el brote de GEA ocurrido y analizar qué causas y factores pudieron existir en su origen y propagación.

Métodos: Con encuesta epidemiológica se registraron variables personales (edad, sexo, síntomas, enfermo/trabajador), temporales (fecha inicio síntomas, turno que aparecen) y espaciales (planta, habitación, tipo habitación). La población de estudio fue de 107 residentes y 111 trabajadores. Periodo epidémico estimado: 10 al 22 de enero de 2016. Se procesaron 4 coprocultivos y se indicaron medidas preventivas (medidas de higiene y limpieza del establecimiento). Se realizó estudio descriptivo y de cohortes bidireccional, con inclusión de RR e IC al 95%. Para buscar modelos de enfermar, se realizó análisis multivariante mediante regresión logística con cálculo de OR ajustada e IC al 95%.

Resultados: La clínica predominante fue diarrea (62.75%) y vómitos (52.94%). El periodo de incubación fue 24-48h y la duración auto-limitada. La tasa de ataque global fue 35,32% y específicas 47,66% para residentes y 23,42% en trabajadores. La tasa de ataque en la primera planta fue mayor que en la segunda (64,7% y 32,14% respectivamente). Existieron diferencias en cuanto a enfermar por sexo ($p = 0,01$), edad ($p = 0,01$) y ubicación ($p < 0,01$). El multivariante concluyó como único factor de riesgo tener el dormitorio en la primera planta (ORc = 4,0 IC95% 1,74-9,19), controlando por el resto de variables. Tras la intervención disminuyó el número de casos. Los coprocultivos fueron positivos a Norovirus GII.

Conclusiones/Recomendaciones: Se confirmó la hipótesis de etiología viral. La primera planta de la residencia fue la más afectada por el brote, en esa planta residen los ancianos dependientes y que por tanto precisan de más cuidados. Es importante reforzar las medidas de higiene y seguridad en las residencias de mayores, equiparando el riesgo de infección nosocomial al de centros sanitarios.

40. ENFERMEDAD DE CHAGAS: POSIBLE TRANSMISIÓN ORAL EN TRABAJADORES DEL SECTOR HIDROCARBUROS, CASANARE-COLOMBIA, 2014

L.P. Zuleta-Dueñas, A.J. López-Quiroga, F. Torres Torres, O. Castañeda-Porras

Secretaría de Salud de Casanare.

Antecedentes/Objetivos: El agente etiológico de la enfermedad de Chagas (ECh), *T. cruzi*, puede transmitirse por vía oral, tras la ingesta de alimentos o bebidas contaminadas. En la semana epidemiológica 14/2014, fueron notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) dos casos de ECh agudo en Paz de Aripuro-Casanare, en trabajadores del sector hidrocarburos. Objetivo. La Secretaría de Salud de Casanare apoyó la investigación de campo con el propósito de: verificar la existencia del brote, caracterizar la población afectada y establecer medidas de control y prevención de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo de investigación de brote: a) búsqueda de personas sintomáticas -cuadro compatible con ECh- según definición de caso, remisión para atención médica, b) aplicación de encuesta entomológica (192/197 viviendas), c) inspección sanitaria: análisis microbiológico de muestras de alimentos, y d) estudio de reservorios: zarigüeyas/caninos/felinos/monos/araguatos. Sistematización/análisis en Epi-Info® 7.1.5, mediante medidas de frecuencia, tendencia central, razón de masculinidad; Índice de Infestación Domiciliario (IID) intra y peri domiciliario; exámenes parasitológicos/serológicos.

Resultados: a) 552 expuestos, enfermos 40 (7,2%); mujeres 7 (17,5%), hombres 33 (82,5%), razón de masculinidad 5:1. Edad promedio $39,1 \pm 10,8$ años; tasa de ataque 7,2%; letalidad 5,0% (2/40); todos confirmados por laboratorio; síntomas: fiebre: 100%, cefalea 80,0%, mialgias y artralgia 65,0%, edema facial 55,0%, dolor abdominal 37,5%; tiempo promedio incubación 17 ($r = 3-21$) días; b) Vectores: R. prolixus, IID-intra 3,3, IID-peri 2,2; c) cinco restaurantes inspeccionados, condiciones sanitarias deficientes, alimentos microbiológicamente no-conformes; y d) reservorios: zarigüeya/canino positivos por qPCR e infectados con *TcIsylvatic*, *TcIII* y *TcIV*.

Conclusiones/Recomendaciones: Las características epidemiológicas, ambientales y sanitarias confirman la ocurrencia del brote de ECh agudo por exposición ocupacional, de posible transmisión oral, de mayor proporción ocurrido en Colombia. Se recomienda considerar en áreas endémicas de enfermedades transmitidas por vectores la implementación de programas de vigilancia epidemiológica especialmente diseñados para empresas y su integración con el Sivigila.

192. BROTE DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS DE LA PROVINCIA DE CASTELLÓN, AÑO 2015

M.A. Romeu García, A. Arnedo Pena, A.M. Vizcaíno Batllés, J.B. Bellido Blasco, N. Meseguer Ferrer, I. Vivas Fornas, E. Silvestre Silvestre

Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Castellón.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis (TB) en residencias de ancianos necesita de una actuación específica por los Servicios de Salud en orden a su prevención, control, diagnóstico y tratamiento, por las características específicas de estos mayores institucionalizados. A partir de un caso de TB pulmonar se inició el estudio epidemiológico para determinar el origen de la enfermedad y tomar las medidas oportunas de prevención y control.

Métodos: Estudio para detección de casos TB e infección tuberculosa latente (ITL) incluyendo a 264 contactos: 69 residentes, 53 trabajadores y voluntarios, 116 escolares con actividades conjuntas y 9 profesores, 17 familiares de casos; con una participación total del 100%. Interferon-gamma release assay (Igra) positiva > 0,34 UI/ml (QuantiferON-TB Gold In-Tube). Prueba de Mantoux a los escolares. A todos los residentes se realiza estudio radiológico de tórax, y a aquellas personas con ITL. Técnica de secuenciación de genomas completos para análisis genómico de mutaciones puntuales de un solo nucleótido.

Resultados: El primer caso fue en un anciano residente, detectándose dos casos nuevos; primero en una anciana y después en una trabajadora. En los 3 casos se aisló *M. tuberculosis* en muestras clínicas. La técnica de secuenciación determinó que los casos pertenecían a un mismo grupo de transmisión reciente. La tasa de ataque para TB fue de 2,5% (3/122), residentes y trabajadores del centro. Las tasas de ITL no difirieron significativamente ($p = 0,20$) entre residentes 24,6% (17/69) y trabajadores 15,1% (8/53). La tasa de conversión resultó de 2,9% (2/69) para residentes y 1,9% (1/53) para trabajadores ($p = 1,00$). Se recomendó quimioprofilaxis en las 3 conversiones y en determinados contactos con ITL. En los escolares y profesores no se detectó ITL. Se extendió el estudio a los familiares de los casos secundarios, donde la tasa de ITL resultó del 17,64% (3/17).

Conclusiones/Recomendaciones: El estudio completo de las personas expuestas a un caso de TB permitió la detección de dos casos nuevos, considerados de bajo riesgo, y de ITL. La técnica de secuenciación genómica orientó la cadena de transmisión de la TB, indicando que el caso índice sería la trabajadora, detectado en último lugar. Se evidencia la importancia de las medidas de prevención periódicas, tanto de los ancianos residentes como del personal trabajador, para la detección precoz de la enfermedad y evitar su transmisión.

812. CASOS ESPORÁDICOS DE LEGIONELOSIS ASOCIADOS A HUMIDIFICADOR DOMÉSTICO POR ULTRASONIDOS

A. Miguel Benito, J. Reinares Ortiz, E. García Vicente, B. Álvaro Gómez, C. Sanz Ortiz, A. Asensio Rubio

Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Entre diciembre de 2015 y febrero de 2016 se notificaron dos casos esporádicos de legionelosis confirmados por antigenuria positiva a *Legionella Pneumophila* Serogrupo 1 (LPSG1). Ambos con antecedentes de uso de humidificadores por ultrasonidos y escasa posibilidad de exposición a otras fuentes.

Métodos: Investigación epidemiológica mediante una encuesta ampliada. Se inspeccionaron los domicilios para comprobar la presencia de instalaciones de riesgo. Se tomaron muestras de agua caliente sanitaria y de los humidificadores para su análisis.

Resultados: Ambos casos, una mujer de 87 años con antecedentes de asma y un varón de 35 años en tratamiento con inmunomodulador

por esclerosis múltiple, manifestaron movilidad muy limitada en los días previos y coincidían en el uso habitual de humidificadores cuyo mantenimiento no era el adecuado. Igualmente se confirmó la presencia de restos retenidos en los difusores de los grifos, temperaturas de salida del agua caliente de 45,8 °C y 46,2 °C y un nivel de cloro residual libre 0,3 y 0,6 ppm respectivamente. En el caso 1, la muestra de agua caliente resultó con 8×10^4 ufc/L LPSG1 y la del humidificador de $2,6 \times 10^5$ ufc/L LPSG1 Subgrupo Olda Oxford. La detección de amebas fue negativa. En el caso 2, en la muestra de agua caliente se obtuvieron $1,4 \times 10^4$ ufc/L LPSG1 Subgrupo Olda Olda, en la del humidificador $2,2 \times 10^5$ ufc/L LPSG1 Subgrupo Olda Olda y presencia de *Acanthamoeba* spp (pendiente de identificación e investigación de *Legionella* intraamebiana).

Conclusiones/Recomendaciones: Aun sin disponer de una prueba molecular definitiva, los elevados recuentos de *Legionella pneumophila* SG1 en el agua de los humidificadores, la presencia de amebas en uno de ellos, y la escasa exposición a otras posibles fuentes de infección, hacen más que probable que el origen de estos dos casos esporádicos de legionelosis se deba a la utilización de humidificadores domésticos recargados con agua con elevados recuentos de *Legionella*. Serían factores favorecedores la baja temperatura de preparación del agua caliente sanitaria, las escasas condiciones de limpieza de los puntos terminales y el mantenimiento inadecuado de los humidificadores. Dos claves en la investigación de casos esporádicos de legionelosis son la encuesta pormenorizada y la inspección del domicilio, máxime cuando se trata de individuos que presentan una movilidad reducida. A pesar de estar considerados como instalaciones de menor probabilidad de proliferación y dispersión de *Legionella*, los humidificadores cuentan con un uso muy extendido, y su mantenimiento y cuidado no siempre es el más adecuado.

495. USO DE SECUENCIACIÓN ULTRAPROFUNDA PARA ESTABLECER REDES DE TRANSMISIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC)

N. García González, N. Caro Pérez, M. Laguno, J. Gregori, J. Costa, J. Quer, X. Forns, S. Pérez del Pulgar, F. González Candelas

FISABIO-Universitat de València; CIBERESP; Hospital Clínic, IDIBAPS; CIBERehd; Institut de Recerca-Hospital Universitari Vall d'Hebron; Roche Diagnostics SL.

Antecedentes/Objetivos: El establecimiento de cadenas y redes de transmisión de organismos infecciosos es una de las tareas más laboriosas y complejas en la vigilancia epidemiológica. La aplicación de técnicas de secuenciación masiva (NGS) permite caracterizar la variación existente en cada muestra y no sólo las secuencias más representativas de la misma y plantea nuevos retos analíticos. Aquí planteamos cómo aprovechar la información obtenida con NGS a la caracterización de redes de transmisión del VHC en pacientes coinfectados con VIH.

Métodos: Entre 2008 y 2013 se diagnosticaron 113 casos de hepatitis C aguda en varones que tienen sexo con hombres coinfectados con el VIH. Se obtuvieron secuencias por NGS de 77 muestras de esos pacientes (5 pacientes con HAC y 11 controles de subtipo 1b; 33 y 11 del 1a; 38 y 15 del 4d, y un HAC del genotipo 3a) amplificando un fragmento de 340 nucleótidos del gen NS5B. Todas las secuencias del subtipo 4d forman un grupo monofilético con alto soporte y claramente diferenciado de los controles respectivos, lo que habitualmente se interpreta como evidencia de una red de transmisión.

Resultados: La aplicación de distintos criterios indica que no todos los pacientes infectados pertenecen a una única red de transmisión. Un criterio restrictivo, compartir secuencias, permite establecer grupos de transmisión muy reciente. El segundo criterio, basado en comparar la diversidad genética entre pacientes con la variabilidad genética intrapaciente de un infectado crónico por el VHC, permite establecer con mayor precisión el número de redes de

transmisión y sus integrantes. Al aplicarlo, observamos que algunos de los miembros de la red identificada en el subtipo 4d no deberían considerarse como tales. De hecho, la secuenciación de otra región del virus en las muestras de pacientes con HAC permitió su comparación con secuencias de un brote de VHC en MSM extendido a varios países del mundo. El resultado revela que, en el caso del subtipo 4d, la única red autóctona incluye a 22 pacientes y los restantes se distribuyen en grupos pequeños, algunos asociados a pacientes de otras redes nacionalidades, de acuerdo con lo predicho por el segundo criterio.

Conclusiones/Recomendaciones: Estas relaciones de transmisión deben ser corroboradas por el análisis epidemiológico de sus integrantes antes de ser aceptadas como definitivas. La utilización de métodos más resolutivos no evita la necesidad de considerar con detalle la región genómica a analizar y la necesidad de contar con los controles poblacionales adecuados, sean estos de la población local o de otras redes conocidas que pudieran incluirse en las redes de transmisión estudiadas.

Financiación: MINECO BFU2014-58565R.

699. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS Y TOXINAS ALIMENTARIAS: UNA ASOCIACIÓN PELIGROSA

A. Corma-Gómez, R. López Sepúlveda, E. Gámiz Sánchez, B. López Hernández

Unidad de Gestión Clínica Interniveles de Salud Pública de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Los alimentos constituyen un soporte activo de contaminación y multiplicación de patógenos. La manipulación de grandes cantidades de alimentos en instituciones colectivas supone un riesgo añadido. La gravedad del cuadro clínico de toxoinfección alimentaria (TIA) varía en función del tipo de contaminación, de la cantidad de alimento consumido y además de la vulnerabilidad individual. En 2015 se notifica un brote TIA en un Centro Residencial de Enfermos Mentales. Entre los antecedentes del centro consta un brote de TIA anterior con 42 afectados/as y un exitus. El objetivo de este estudio es describir el nuevo brote de TIA acontecido en esta institución en 2015, y analizar la susceptibilidad de los pacientes por su medicación habitual.

Métodos: Estudio descriptivo y analítico de un brote de toxoinfección alimentaria de ámbito público. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, ubicación de afectados por pabellones residenciales, fecha inicial de síntomas, medicación habitual, tipo de dieta. Se realizó: búsqueda activa de casos, encuesta alimentaria, inspección alimentaria. Análisis descriptivo con cálculo de frecuencias y tasas de ataque. Ya que la mayor parte de los pacientes son polimedicados se realizó regresión logística multivariante para identificar riesgos asociados al tipo de medicación.

Resultados: Se detectaron 18 casos que presentaron dolor abdominal, diarrea sin fiebre, la clínica fue leve y la evolución favorable. La tasa de ataque fue más alta en el pabellón de psicodéficantes, con mayor número de prescripciones de psicofármacos. No se encontraron diferencias entre sexo, ni por tipo de alimento. El estudio analítico de las heces resultó negativo. El riesgo de enfermar fue 11,67 veces mayor entre los sujetos que toman antiepilépticos ($IC = [2,288; 59,482]$).

Conclusiones/Recomendaciones: Se sospechó una toxina bacteriana como la causante del brote, sin confirmar. Los factores más importantes relacionados con el brote son la preparación masiva de alimentos que puede favorecer prácticas de manipulación y conservación inadecuadas. El origen de la mayor susceptibilidad de los pacientes que toman antiepilépticos (ácido valproico, el más frecuente) debe analizarse mediante el estudio detallado de las interacciones y la potenciación del efecto anticolinérgico de otros fármacos, con disminución del tránsito intestinal y aumento del

tiempo de exposición a la toxina. Debe realizarse un esfuerzo suplementario en el sistema de autocontrol y planes de higiene en este tipo de instituciones.

CO21. Salud urbana

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Aula 1.2

Modera: Manuel Franco Tejero

76. DOS APROXIMACIONES PARA EL ESTUDIO DE LA DISTRIBUCIÓN ESPACIAL URBANA DE LOS LINFOMAS NO HODGKIN

J. González Rubio, R. Angélica Barbella, E. Arribas Garde, A. Nájera López

Universidad de Castilla-La Mancha; Universidad de Castilla-La Mancha-CHUA.

Antecedentes/Objetivos: Durante las últimas décadas se ha producido un incremento mundial en la incidencia del linfoma no Hodgkin. Aunque se desconocen las causas de esta enfermedad, la literatura señala ciertos factores de riesgo que hacen más probable su aparición. Entre estos factores parecen encontrarse algunos medioambientales, como la proximidad de zonas industriales. En la investigación sobre carcinógenos resulta de interés estudiar la distribución espacial de la enfermedad y para ello existen diferentes herramientas de análisis de datos espaciales; análisis de patrones espaciales de puntos y análisis de datos agregados. El objetivo principal de este trabajo fue comparar estas dos herramientas en el estudio de la distribución espacial urbana de los linfomas no Hodgkin.

Métodos: Se georreferenciaron los casos de los linfoma no Hodgkin diagnosticados en el núcleo urbano de la ciudad de Albacete entre el 1 de enero de 2012 y el 1 de junio de 2015. El análisis de patrones espaciales de puntos estudió la aleatoriedad de los casos comparándolos con un grupo de controles (muestra representativa de la ciudad), además se buscaron zonas con mayor incidencia. El análisis de datos agregados, determinó la incidencia de las 110 secciones censales de la ciudad de Albacete, estudiando la aleatoriedad en la distribución mediante el test I de Moran, investigando además las zonas sensibles". Posteriormente se compararon los resultados de las dos técnicas utilizadas".

Resultados: Del estudio de patrones espaciales de puntos se deduce que, con un p-valor de 0,38, no se puede descartar la hipótesis nula que establece la distribución aleatoria de los linfomas no Hodgkin. Del estudio de datos agregados se deduce que, con un p-valor de 0,10 y un I de Moran de -0,049, la distribución de la incidencia de linfomas es aleatoria. En cuanto a la búsqueda de las zonas de más incidencia, ambos estudios coinciden en su determinación.

Conclusiones/Recomendaciones: Las dos herramientas mostradas son útiles en el estudio de la distribución espacial urbana de los linfomas no Hodgkin. Sin embargo, cada una ellas tiene ventajas sobre la otra. El análisis de patrones espaciales de puntos permite detectar con mayor precisión los clústeres al evitar efecto frontera producido cuando se trabaja con datos agregados. El estudio de datos agregados es más potente para la búsqueda de causalidad dado que al conocer con exactitud la población residente permitiría el estudio de diferentes variables mediante muestreo. Por lo tanto, ambas herramientas se complementan y su uso combinado genera sinergias.

687. EFECTOS EN SALUD Y CALIDAD DE VIDA DEL PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL TREBALL ALS BARRIS

V. Puig-Barrachina, D. Malmusi, M. Salvador-Piedrafita, X. Bartoll, I. Cortes, E. Díez, L. Ventura, E. Clotet, C. Borrell, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública; Barcelona Activa.

Antecedentes/Objetivos: El desempleo es un problema acuciante en nuestra sociedad actual y uno de los principales determinantes de las desigualdades en salud. Aún así, existen muy pocas evaluaciones (y difícilmente generalizables) del impacto en salud de las políticas activas de empleo. En la ciudad de Barcelona se implementa desde 2008 "Treball als Barris", un programa de carácter innovador, focalizado en los barrios más desfavorecidos. El objetivo del estudio es conocer cómo el programa ha influido en la salud y calidad de vida de personas usuarias.

Métodos: El estudio utilizó la técnica de Concept Mapping que conjuga aspectos cualitativos y cuantitativos así como un elevado componente de participación. El muestreo fue opinático, con 5 grupos: personal técnico del programa (N = 12), mujeres (N = 7) y hombres (N = 12) que terminaron el itinerario de inserción pero continúan desempleadas, y mujeres (N = 11) y hombres (N = 12) que encontraron empleo al menos durante 3 meses. La técnica se desarrolló en 2 sesiones. En la 1ª se planteó la pregunta focal "Una manera como el programa ha influido en mi calidad de vida es..." y las respuestas obtenidas se agruparon y valoraron individualmente en una 2ª sesión según importancia y frecuencia. Se representaron las ideas mediante un escalado multidimensional y un análisis jerárquico de las agrupaciones y se generan los mapas.

Resultados: El 44% de los participantes en las 2 sesiones no trabajaba en la actualidad ni había encontrado trabajo después del programa. Entre las personas que encontraron trabajo la mediana de meses trabajados fue de 6. Se obtuvieron 53 enunciados de los usuarios y 43 del personal técnico sobre la influencia del programa en la salud y calidad de vida de usuarios. Todos los grupos destacaron la adquisición de competencias transversales y específicas para encontrar trabajo como mecanismo para aumentar la seguridad y autoestima, además de incrementar sus opciones de empleo. También destacaron la influencia positiva del programa en la salud mental, disminuyendo la ansiedad, angustia y depresión. Como resultado negativo del programa, se resaltó, especialmente entre los hombres, la frustración generada al realizar cursos de formación y no encontrar trabajo. El grupo de mujeres con trabajo señaló la precariedad de los trabajos, junto con el hecho que éstos no les permitían seguir cobrando ayudas sociales, aunque no pudieran subsistir con su sueldo.

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudio evidencia mayoritariamente mecanismos de impacto positivo del programa de inserción laboral, aunque en un contexto de mercado laboral poco favorable, también surgieron algunos efectos negativos. La evaluación se complementará con un estudio cuantitativo pre-post intervención.

Financiación: RecerCaixa 2014.

931. COMPARACIÓN DE LA CAMINABILIDAD MEDIDA CON SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA Y CON INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DIRECTA

P. Gullón, U. Bilal, A. Cebrecos, J. Díez, X. Sureda, M. Franco

Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, UAH; Escuela Nacional de Sanidad; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: Debido a los beneficios en salud que tiene caminar, en los últimos años ha aumentado el interés en estudiar la influencia del entorno urbano sobre lo que los residentes caminan.

Para ello, se han desarrollado diversas herramientas y métodos para medir la "caminabilidad" de los barrios. Sin embargo, estos índices miden en ocasiones dimensiones diferentes y no existen comparaciones sobre la concordancia entre ellos. El objetivo de este trabajo es medir la correlación entre la caminabilidad en Madrid medida con Sistemas de Información Geográfica (SIG) y con un instrumento de medición directa.

Métodos: área De estudio: 36 secciones censales de 3 áreas diferentes (12 secciones por área) en Madrid. Las áreas seleccionadas corresponden a densidades de población baja, media y alta. Medición SIG: usando el índice de caminabilidad de Frank para cada una de las secciones censales. Este índice se calcula a través de: densidad de población, conectividad (intersecciones de calles) y uso del suelo (variabilidad en los usos del suelo). Medición directa: usando el instrumento de medición Madrid Systematic Pedestrian and Cycling Environment Scan (M-SPACES). M-SPACES recoge información de cada segmento, midiendo cuatro dimensiones en relación con la caminabilidad: vía, seguridad, estética y destinos. Se agruparon los resultados por sección censal, realizando una media ponderada por la longitud de cada uno de los segmentos que componen cada sección censal. Análisis: se calculó un coeficiente de correlación de Spearman entre el valor caminabilidad global medido con SIG y con M-SPACES en cada sección censal, así como entre la caminabilidad medida con SIG y las cuatro dimensiones del M-SPACES (vía, seguridad, estética y destinos).

Resultados: La correlación entre la medición global de la caminabilidad medida con SIG y con M-SPACES fue muy baja ($R = 0,01$ $p = 0,96$). Se encontró una correlación negativa significativa entre la caminabilidad medida por SIG y la categoría "vía" del M-SPACES ($R = -0,5$ $p = 0,01$), así como con "estética" ($R = -0,49$ $p < 0,01$). Sin embargo, se observó una correlación positiva significativa entre la caminabilidad medida por SIG y la categoría "destinos" ($R = 0,61$ $p < 0,01$). La correlación con la categoría "seguridad" fue baja ($R = 0,25$ $p = 0,13$).

Conclusiones/Recomendaciones: La correlación entre la caminabilidad entre ambos métodos fue muy baja, lo que se debe a la gran variación que existe entre las distintas categorías que mide el M-SPACES. El uso de diferentes índices de caminabilidad puede llevar a resultados contradictorios. La caminabilidad se trata de un constructo amplio y complejo, que requiere de marcos conceptuales comunes para que los resultados sean comparables entre los distintos estudios.

35. HACIA UN ENTORNO ALIMENTARIO SALUDABLE: BARRERAS Y OPORTUNIDADES EN MADRID USANDO MÉTODOS MIXTOS

J. Díez, R. Valiente, A. Cebrecos, A. Olea, R. García, C. Ramos, M. Franco

Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá; Departamento de Geografía, Universidad de Alcalá; CMS Villaverde, Subdirección General Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud; Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: Estudios previos han incidido en la necesidad de combinar metodologías geográficas, cuantitativas y cualitativas para entender el impacto del entorno alimentario sobre los hábitos alimentarios. El objetivo de este estudio fue identificar las barreras y oportunidades del entorno alimentario del barrio de Los Rosales (Villaverde) para promover una alimentación saludable, combinando un análisis objetivo de la disponibilidad, accesibilidad y coste de la alimentación con la percepción del entorno alimentario de los residentes.

Métodos: Este estudio, realizado a través de métodos mixtos, se llevó a cabo en Madrid, en un área de alta privación. 12 residentes fotografiaron, discutieron y analizaron los aspectos positivos y negativos del entorno alimentario de su barrio a través de la metodología FotoVoz. Se combinaron estos resultados con medidas de observación

social sistemática directa en el barrio (tipo de tiendas; alimentos disponibles; precio). Mediante un análisis de redes implementado en un Sistema de Información Geográfica (SIG), se midió y cartografió el acceso peatonal potencial a aquellas tiendas con una puntuación alta en el índice global de alimentación saludable (HFAI).

Resultados: El 59,4% de las tiendas del barrio son comercios tradicionales, identificadas por los participantes como activos del barrio por la variedad, la calidad del producto fresco, y su cercanía con el cliente. Los supermercados obtuvieron las puntuaciones más altas (media de 36,5 sobre 49) en el índice global de HFAI, sin embargo fueron asociados por los residentes a tiendas promotoras de marketing engañoso, y con alimentos perecederos de peor calidad. Aunque el 97,1% de los residentes pueden acceder en menos 10 minutos caminando a una tienda con un alto índice HFAI, se identificaron barreras físicas, como la falta de ascensores en las viviendas, o escaleras para acceder a galerías de alimentación. Temas como “el impacto de la crisis económica” sobre la capacidad adquisitiva y sobre el cierre de muchas tiendas tradicionales fue destacado en las discusiones grupales de los participantes.

Conclusiones/Recomendaciones: Combinar metodologías cuantitativas y cualitativas permitió diseñar futuras intervenciones a nivel del entorno de alimentación en el barrio, para mejorar la alimentación de sus residentes. Algunas de estas recomendaciones fueron: “potenciar huertos urbanos”; “mejorar la gestión de los bancos de alimentos”; “reactivar el pequeño comercio”; “mejorar la manipulación e higiene”; “ampliar la oferta de productos ecológicos y dietéticos”; “mejorar el etiquetado nutricional” o “reducir el marketing engañoso”.

969. DINAMIZACIÓN DE PROCESOS COMUNITARIOS EN CATALUÑA: EL VALOR DEL ACOMPAÑAMIENTO

A. González-Viana, A. Molins, A. Segura, M. Belmonte, J.M. Pons, N. Prats, C. Lacasa, M. Casamitjana, Grupo de Trabajo COMSalut

Agencia de Salut Pública de Catalunya; Departament de Salut; AQUAS; CatSalut; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: 30 años después de la conferencia de Ottawa, en Cataluña existen varios elementos que han impulsado la salud comunitaria. En Cataluña la red de centros de salud AUPA (red Catalana de PACAP) así como el grupo de PACAP de la Sociedad de Medicina y Enfermería de Familia y Comunitaria, a nivel político los dos últimos planes de salud y el Plan Interdepartamental de Salud Pública, han ayudado a impulsar un modelo para la salud comunitaria (SC) basado en los determinantes sociales, en disminuir las desigualdades y en el modelo salutogénico, y con componentes a nivel local de intersectorialidad y participación. Se concreta en los programas Salud en los Barrios y COMSalut, que implementan un modelo de SC. Objetivo: describir el acompañamiento y dinamización de procesos comunitarios y su estado actual.

Métodos: Fases metodológicas de la SC: alianzas y creación de grupo motor, diagnóstico (necesidades y activos), priorización de área(s) de intervención, intervención y evaluación. Se realiza formación y seguimiento de los procesos en el territorio tanto por parte de servicios centrales, como de equipos territoriales de SP (que forman parte de los grupos motores), así como soporte metodológico para cada una de las fases. Desde 2015 soporte a 20 procesos de SC (salud en los barrios y COMSalut). Se realiza formación y acompañamiento a los profesionales de SP implicados a nivel territorial (formación 2014-2015 y apoyo en proyecto concreto durante 2016), diseño y puesta en marcha de formación a distancia en SC, la primera edición la realizan 300 profesionales (SP y APS) con una valoración global de satisfacción de 8,5 (0-10). Se crea un grupo de seguimiento de procesos comunitarios (en el marco de COMSalut): asistencia de 40 profesionales de APS y SP mensualmente.

Resultados: Acompañamiento a 20 procesos SC: 20 grupo motor intersectorial y participación comunitaria; 1 en fase de intervención,

4 en fase de priorización, 15 en fase de diagnóstico (necesidades + activos); 19 continuidad intervenciones comunitarias, en proceso de revisión de procesos, necesidad y evaluación de las mismas; Durante 2016 y 2017 se llevarán a cabo 20 procesos de identificación de necesidades y de identificación de activos, priorización de áreas de intervención. A lo largo del 2017 se iniciarán intervenciones. En 2016 recogida de indicadores basales para evaluar proceso y resultados en salud y desigualdades.

Conclusiones/Recomendaciones: El acompañamiento metodológico impulsa la salud comunitaria en Cataluña en procesos locales, intersectoriales y con participación. Se espera que los resultados de evaluación avalen la metodología y se consigan resultados en salud y de disminución de desigualdades.

556. TRATAMIENTO DE LAS ZONAS VERDES EN LA VALORACIÓN DE IMPACTO EN LA SALUD DE LOS PLANES GENERALES DE ORDENACIÓN URBANÍSTICA

J. García Fernández, P. Barroso García

Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en Almería.

Antecedentes/Objetivos: El Decreto 169/2014, de 9 de diciembre, por el que se establece el procedimiento de la Evaluación del Impacto en la Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en desarrollo del título II de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, recoge dentro de su ámbito de aplicación la obligatoriedad de que se sometan a evaluación de impacto en la salud, entre otras actuaciones, los instrumentos de planeamiento urbanístico, destacando como figuras de mayor relevancia en la ordenación urbanística municipal los Planes Generales de Ordenación Urbanística. El objetivo de esta comunicación es aportar un conjunto de directrices básicas que permita un análisis adecuado para la mejora del tratamiento de las zonas verdes de las ciudades en los ámbitos urbano y rural, en su contexto más amplio posible.

Métodos: Para las aportaciones se han estudiado los siguientes documentos: Estrategia Andaluza de Sostenibilidad Urbana, Libro Verde sobre el Medio Ambiente Urbano, Ley de Ordenación Urbanística de Andalucía, Plan de Ordenación del Territorio de Andalucía, Directrices para el Tratamiento del Borde Costero. Dirección General de Costas y Modelos de actuaciones realizadas en diversas ciudades.

Resultados: Se han analizado espacios urbanos (parques y jardines, arbolado, plazas, paseos, playas urbanas, puertos, áreas recreativas) y espacios naturales (espacios protegidos y no protegidos por legislación específica). De todos ellos se han identificado determinantes existentes y potenciales, y los impactos que estos pueden producir (positivos o negativos). Se aportan las medidas correctoras paliativas y los modelos de referencia que se podrían implantar en cada uno de los tipos de espacios analizados.

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha elaborado un documento que puede ser útil para la Valoración de Impacto en Salud ya que se recogen recomendaciones, medidas correctoras y posibilidad de implantación de modelos. Todo ello iría encaminado a promover la calidad de vida de la ciudadanía, así como el desarrollo sostenible de las ciudades, siendo la cualificación de las zonas verdes un aspecto trascendental en dicha finalidad, dada su clara incidencia en la salud humana.

743. EL PROGRAMA SALUT ALS BARRIS DE BARCELONA: SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS EN EL ÁMBITO LOCAL

F. Daban, A. Pérez, N. Calzada, E. Díez, L. Artazcoz, M. Pasarín, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; IBB Sant Pau; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Universitat Autònoma de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: Salut als Barris de Barcelona (SaBB) desarrolla estrategias de salud comunitaria en zonas urbanas desfavorecidas desde 2007. Se inició en Cataluña en el año 2005 como refuerzo de los efectos en la salud de la Ley de Barrios, programa de regeneración integral de barrios degradados, y en Barcelona se ha mantenido y extendido hasta la actualidad, con un refuerzo importante en el último año. Durante esta década SaBB se ha desplegado en Barcelona y puede constituir un ejemplo local de Salud en Todas las Políticas (SeTP). Se describe el desarrollo y situación actual de SaBB respecto a las recomendaciones de la declaración de Helsinky sobre la SeTP (OMS, 2014): 1) compromiso político con la salud y la equidad en salud, 2) garantía de estructuras, procesos y recursos, 3) compromiso intersectorial, 4) creación de capacidad institucional, 5) adopción de mecanismos de rendición de cuentas, 6) establecimiento de medidas de conflicto de interés y 7) inclusión de comunidades y sociedad en el desarrollo, implementación y seguimiento.

Métodos: Estudio descriptivo. A partir de fuentes documentales se describe la evolución entre 2007 y 2016 de indicadores anuales para cada recomendación: 1) barrios desfavorecidos intervenidos y población indirectamente alcanzada, 2) recursos humanos y económicos invertidos, 3) sectores gubernamentales implicados, 4) capacitación llevada a cabo, 5) evaluaciones y artículos evaluativos, 6) medidas de conflicto de interés establecidas y 7) entidades participantes y población implicada.

Resultados: 1) en 2016 se ha alcanzado el despliegue en 17 de los 18 barrios menos favorecidos (sobre 73 barrios, 23%), con 320.012 residentes (sobre 1.610.000, 20%), 2) los recursos humanos y económicos invertidos se han triplicado en los últimos meses, 3) los servicios sanitarios, servicios de distrito municipal y salud pública colideran el programa desde 2007, 4) se han realizado dos talleres de formación en todo el periodo, 5) se han publicado evaluaciones tras cuatro años de intervención en todos los barrios y publicado 7 artículos científicos, 6) no se han establecido medidas de conflicto de interés y 7) han participado 194 entidades e instituciones y 6026 personas como usuarias, voluntarias o participantes.

Conclusiones/Recomendaciones: SaBB tiene una fuerte componente orientación de equidad, se encuentra políticamente muy reforzado, contempla la intersectorialidad en el barrio, no ha desarrollado suficiente capacitación, incluye un gran componente de evaluación y transparencia, carece de estrategias explícitas para afrontar conflictos de interés y cuenta con una importante participación comunitaria directa. Deben reforzarse los aspectos deficitarios y expandir las fortalezas de esta intervención de SeTP local.

Antecedentes/Objetivos: Un extenso número de estudios analiza los efectos de las crisis económicas en diferentes aspectos de la salud con resultados contradictorios. No obstante, la mayoría de la literatura está de acuerdo con la preocupación de los efectos sobre los problemas de salud mental. El objetivo de este artículo es evaluar los cambios en el consumo de psicotrópicos durante la crisis económica.

Métodos: Se utilizan dos bases de datos de corte transversal de la Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE), 2006 (antes de la crisis) y 2011-2012 (durante la crisis económica). Se utiliza un modelo multinivel con las comunidades autónomas y el año de la encuesta como niveles. Posteriormente, se utilizan métodos bayesianos para la inferencia.

Resultados: Los resultados descriptivos de las encuestas muestran que el número de personas que han sufrido depresión, ansiedad o problemas mentales durante los últimos 12 meses se ha reducido. Además, los resultados del modelo multinivel muestran que el riesgo a consumir antidepresivos no ha variado significativamente durante la crisis económica. No obstante, se encuentran diferencias entre comunidades autónomas: Aragón, Asturias, Valencia, Navarra y Galicia consumen antidepresivos por encima de la media de España. También se concluye que las mujeres han incrementado significativamente el uso de antidepresivos durante la crisis económica, mientras que estar desempleado entre un año o dos reduce la probabilidad de consumir antidepresivos durante la crisis. Respecto al consumo de tranquilizantes, de nuevo no se encuentran diferencias significativas entre los años previos de la crisis y durante la crisis. No obstante, se observa un incremento del uso de tranquilizantes entre las mujeres durante los años de la crisis. Se muestra que el País Vasco, La Rioja, Extremadura, Valencia, Aragón y Asturias son regiones con una mayor probabilidad de consumir algún tipo de tranquilizante que el resto de España.

Conclusiones/Recomendaciones: Se aporta nueva evidencia sobre la evolución de los problemas de salud mental durante periodos de recesiones económicas. En general, se concluye que el riesgo de consumir psicotrópicos se ha reducido, utilizando datos reportados por los individuos. Por lo tanto, se puede concluir que la gente tal vez no reconoce los problemas de salud mental y su consumo de psicotrópicos en las encuestas.

Financiación: 'Crisis y salud', CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) y 'Compositional and Spatial Data Analysis' (COSDA), AGAUR Generalitat de Catalunya, 2014SGR551.

433. IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA

M. Guardia, I. Ruiz-Pérez, M. Rodríguez, Y. Fornieles

SAS; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Instituto Biosanitario de Granada (IBS, Granada); Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La crisis económica ha bajado el gasto en salud, educación y bienestar social lo que ha llevado al deterioro de los determinantes sociales de la salud. Esto afecta la salud de las poblaciones, pero difieren los resultados en distintos estudios de cómo afecta la crisis. En crisis económicas aumenta la prevalencia de ansiedad y depresión. En Andalucía hay pocos estudios que conecten crisis económica y salud mental. La hipótesis es: aunque la crisis ha afectado a toda Andalucía, hay diferencias en el impacto sobre la salud mental que ha producido la misma según las distintas áreas geográficas. **Objetivos:** determinar el impacto de la crisis económica en la salud mental de los mayores de 16 años de Andalucía segmentando por provincias para ver las diferencias interprovinciales.

Métodos: Comparación de las Encuestas Andaluzas de Salud de 2007 y 2011. Se usaron variables dependientes: Salud mental percibida, diagnóstico de trastorno mental y consumo de psicofármacos. Y las Independientes: edad, sexo, estado civil, provincia, tamaño de municipio, situación laboral, tiempo en desempleo, nivel de renta y difi-

CO22. Salud mental

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 09:00 a 11:00 h

Aula 1.4

Moderadora: María Luisa Barrigón Estévez

179. UN ANÁLISIS DEL CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS DURANTE LA CRISIS ECONÓMICA

E. Arroyo Borrell, M. Sáez Zafra, G. Renart, L. Serra Saurina, C. Saurina, A. Cabrera-León, A. Daponte

CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Grupo de Investigación en Estadística, Econometría y Salud (GRECS); Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL), Universitat Pompeu Fabra; IMIM (Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques) Parc de Salut Mar; Escuela Andaluza de Salud Pública; Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía (OSMAN).

cultad para llegar a fin de mes con sus ingresos. Análisis: descriptivo de cada variable segmentada por provincias y año de estudio. Bivariante de cada una de las variables dependientes en cada provincia y año. Multivariante para comparar la variación en salud mental entre 2007 y 2011 ajustando por las variables independientes. La metodología ha sido regresión lineal múltiple y regresión logística dependiendo de la variable.

Resultados: Comparando 2007 y 2011; en casi todas las provincias han aumentado las personas diagnosticadas de trastorno mental (más en Jaén y Granada), ha aumentado el consumo de psicofármacos (más en Jaén y Granada) y se ha deteriorado la salud mental percibida (más en Granada, Almería, Jaén y Córdoba) con un aumento en Cádiz y Huelva.

Conclusiones/Recomendaciones: El mayor deterioro económico ha sido en Granada, Almería y Jaén. Los indicadores de salud mental han bajado en Granada y Jaén y han aumentado en Cádiz y Huelva. Las diferencias interprovinciales no se explican solo por el deterioro de la situación económica que es muy similar; tampoco por el posible tampón que supone el alto nivel de economía sumergida ya que los mayores porcentajes de esta se dan precisamente en las provincias donde más ha bajado la salud mental percibida. Una posible explicación es el papel del apoyo familiar y las redes sociales. Serían necesarios nuevos estudios para confirmar o no la existencia de estas bolsas de insalubridad mental para dedicar allí mayores esfuerzos del Sistema Sanitario. También sería de interés el estudio de porqué en Cádiz, y Huelva la salud mental no se ha resentido durante la crisis.

Financiación: Consejería de Salud PI 0360-2012.

75. SAÚDE MENTAL E SITUAÇÃO DE EMPREGO. ESTUDO EXPLORATÓRIO

M.H. Almeida, M. Xavier, J. Torgal

Unidade de Saúde Pública, NOVA Medical School-Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Antecedentes/Objetivos: O género, a idade, o nível de escolaridade, a perceção do acesso a bens materiais e estilos de vida são fatores conhecidos que interferem com a perceção do bem-estar individual. Também a situação de trabalho, o tempo e o número de vezes empregado e desempregado podem influenciar a saúde. Em 2008 Portugal apresentava uma taxa de desemprego de 7,6%, atingido em 2013 o valor mais elevado dos últimos 30 anos - 16,4% -. Atualmente a taxa de desemprego ronda os 12,4% havendo motivos que justifiquem um estudo na identificação e descrição dos fatores descritos que influenciam o bem-estar psicológico.

Métodos: Estudo piloto, observacional, transversal e analítico. Aplicação dum questionário online a uma amostra de inscritos num centro de emprego de uma única freguesia (n = 480). Analisaram-se as escalas General Health Questionnaire (GHQ-12), Connor-Davidson (CD-RISC-10) e a sub-escala de privação financeira LAMB. Foram ainda estudadas as variáveis idade, género, escolaridade, tempo de inscrição no centro de emprego, número de vezes empregado/desempregado, rendimento mensal, exercício físico, consumo de álcool, tabaco e a presença de patologias. Usando a análise de regressão logística procurou-se identificar potenciais efeitos significativos sobre a saúde psicológica (GHQ cutoff ≥ 5 método 0-0-1-1).

Resultados: Sessenta e um por cento (42) sentiam-se em sofrimento psicológico, dos quais 39 estavam desempregados. Menos de 12 anos de escolaridade (p = 0,039), ser sedentário (p = 0,023), privado de bens materiais (p = 0,001), apresentar menor resiliência (p = 0,033), ter doença física (p = 0,007) ou consumir álcool (p = 0,033) encontravam-se associados a distress psicológico (GHQ ≥ 5). No modelo final de efeitos principais a situação de emprego (χ^2 wald = 8,127; p = 0,004; OR = 0,017), a escolaridade (χ^2 wald = 7,623; p = 0,006; OR = 0,104), a situação de saúde (presença/ausência de patologia) (χ^2 wald = 8,205; p

= 0,004; OR = 0,104) e a perceção da privação financeira (χ^2 wald = 4,044; p = 0,044; OR = 1,094) apresentaram um efeito estatisticamente significativo sobre o logit da probabilidade de estar em sofrimento psicológico.

Conclusiones/Recomendaciones: Nesta amostra o sofrimento psicológico incidiu sobretudo sobre os indivíduos doentes, menos escolarizados, desempregados e com elevada perceção da privação financeira. Embora não se possa afastar a eventual ocorrência de viés de seleção, os resultados descrevem um padrão de efeitos semelhantes a estudos publicados na literatura científica. Neste momento está a decorrer um estudo na região de Lisboa, aguardando-se futuramente novos resultados que possam confirmar estes primeiros resultados exploratórios.

720. ANÁLISIS ESPACIAL DE LA PREVALENCIA ADMINISTRATIVA DE LA ESQUIZOFRENIA EN CENTROS DE SALUD MENTAL DE CATALUÑA

J.A. Salinas Pérez, M.L. Rodero Cosano, C.R. García Alonso, L. Salvador Carulla

Universidad Loyola Andalucía; The University of Sydney.

Antecedentes/Objetivos: La epidemiología espacial tiene como objetivo identificar patrones en la distribución geográfica de una enfermedad considerando su prevalencia o mortalidad. Las concentraciones en el espacio de la prevalencia pueden deberse a la coexistencia de factores de riesgo en determinadas áreas o a procesos de transmisión por proximidad. Esta investigación tiene como objetivo localizar concentraciones espaciales de valores significativamente altos (hotspots) y bajos (coldspots) de prevalencia administrativa de la esquizofrenia en centros de salud mental ambulatorios de Cataluña.

Métodos: Las tasas estandarizadas de prevalencia tratada de la esquizofrenia por municipios han sido calculadas a partir de la base de datos administrativa suministrada por el Departament de Salut para el año 2009. La localización de concentraciones espaciales se ha realizado a través de un Algoritmo Evolutivo Multiobjetivo diseñado específicamente para el análisis espacial de datos y validado en investigaciones previas. El algoritmo ha buscado grupos de municipios a través de la optimización de tres objetivos: 1) maximizar/minimizar la prevalencia para encontrar municipios con altos/bajos valores de prevalencia; 2) minimizar la desviación típica para que los municipios tengan valores homogéneos de prevalencia; y 3) minimizar la distancia geográfica para que los municipios se encuentren próximos en el territorio.

Resultados: El Algoritmo ha identificado y localizado 8 hotspots, compuestos por 10 municipios, y 13 coldspots con 22 municipios. Ambos tipos de concentraciones espaciales se distribuyen por todo el territorio catalán aunque con especial incidencia en la provincia de Barcelona. La distribución espacial de ambos tipos de concentraciones parece estar relacionada al aparecer muy próximas en muchos casos. Tanto los hotspots como los coldspots no respetan los límites de las áreas administrativas de salud.

Conclusiones/Recomendaciones: Los casos tratados de esquizofrenia en los centros de salud mental catalanes no presentan una distribución geográfica aleatoria. Por el contrario, se han detectado hotspots y coldspots en ciertas áreas de Cataluña. Los resultados obtenidos, combinados con otros tipos de análisis epidemiológicos, podrían apoyar la toma de decisiones y la planificación sanitaria. Por ejemplo, las áreas identificadas podrían demandar actuaciones específicas respecto a la dotación de recursos y el desarrollo de programas de salud mental. El próximo paso de esta investigación consistirá en la búsqueda de relaciones causales entre estas concentraciones y diversos factores de riesgo que pudieran explicar y prever su aparición.

Financiación: Plan Director de Salud Mental y Adicciones, Departamento de Salud de Cataluña.

730. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL Y TERRITORIAL: LOS ATLAS DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA Y GIPUZKOA

M.L. Rodero Cosano, J.A. Salinas Pérez, M. Ruiz Gutiérrez-Colosía, M.P. Campoy Muñoz, C.R. García Alonso, L. Alonso Pérez, A. Gabilondo Gálvez, L. Salvador Carulla

Universidad Loyola Andalucía; Red de Salud Mental de Bizkaia; Red de Salud Mental de Gipuzkoa; The University of Sydney.

Antecedentes/Objetivos: En España coexisten distintos sistemas de financiación de la salud mental debido a la cesión de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas. La comparación de la eficiencia de cada sistema precisa del análisis de sus diferentes características. Una de las más importantes es la evaluación de los sistemas de atención. Esta se realiza a través de los Atlas de Salud Mental. El objetivo de esta comunicación es presentar los atlas desarrollados en Bizkaia y Gipuzkoa.

Métodos: Los Atlas tienen una perspectiva integral en el estudio de la atención a la salud mental incluyendo servicios dependientes de diferentes administraciones. Los servicios analizados incluyen todos los grupos de edad y patologías psiquiátricas para el año 2016. Los servicios han sido evaluados a través del instrumento DESDE-LTC y un Sistema de Información Geográfica. El DESDE-LTC permite realizar un inventario y describir de forma estandarizada la atención real que ofrecen los servicios sociosanitarios independientemente de su nombre o la tipología a la que pertenezcan. Además se han utilizado bases de datos administrativas y demográficas.

Resultados: La investigación ha recopilado un inventario estandarizado con más de 150 servicios de Bizkaia y más de 130 en Gipuzkoa fundamentalmente comunitarios. Los Atlas incluyen un conjunto de mapas mostrando información sobre las áreas sanitarias y sus características sociodemográficas, la distribución y la accesibilidad de los servicios, y el uso de centros y unidades hospitalarias. Los resultados muestran las diferencias en la planificación de servicios de ambos territorios. Por una parte, en Bizkaia existe una concentración de servicios en torno a la ría de Bilbao. Por el contrario, en Gipuzkoa los servicios están más dispersos en el territorio. Por último, se ha constatado la adecuada provisión de servicios en ambos territorios en comparación con otras Comunidades Autónomas a excepción de un exceso de servicios de hospitalización de larga estancia.

Conclusiones/Recomendaciones: Los atlas de salud mental son instrumentos útiles para evaluar la atención a la salud mental suministrada por diferentes proveedores, no solo el sanitario, en ambos Territorios Históricos. Se ha podido realizar una descripción de la atención facilitada por cada servicio. Estas herramientas facilitan información útil para la toma de decisiones en política sanitaria basada en la evidencia informada.

Financiación: Proyecto Efecto de los sistemas de financiación en la calidad de la salud mental en España: Refinement-España (PI15/01986). Financiado por el Instituto de Salud Carlos III.

733. DISTRIBUCIÓN PROVINCIAL DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS CON TRASTORNO MENTAL EN ESPAÑA A PARTIR DEL CMBD

T. López-Cuadrado, M.L. Barrigón, P. Fernández-Navarro, A. Padrón-Monedero, I. Noguer, E. Baca-García, R. Fernández-Cuenca

Centro Nacional de Epidemiología, I, Salud Carlos III; Departamento de Psiquiatría, F. IIS-Jiménez Díaz, CIBERSAM; CIBERESP; Department of Psychiatry, NY Psychiatric Institute; Departamento de Medicina Preventiva, UAM/IdiPAZ; University Miami Miller School of Medicine.

Antecedentes/Objetivos: Los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante

de enfermedades cardiovasculares y cáncer. La OMS estima que un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Nuestro objetivo es describir la distribución provincial de las altas hospitalarias por trastorno mental en España a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD).

Métodos: Se seleccionaron los registros del CMBD donde figurase un trastorno mental (códigos CIE-9-MC 290 a 319) en alguno de sus diagnósticos. Se calcularon: tasas ajustadas (por 100.000 habitantes) por edad, para cada sexo y provincia de residencia, tomando como referencia la población europea; tasas por grupos de edad y sexo; razón de masculinidad.

Resultados: Entre 2004 y 2013 se produjeron 5.890.283 altas hospitalarias con algún diagnóstico de trastorno mental. El 58% de estas altas eran hombres y el 42% mujeres. Esto supone tasas ajustadas de 1.338 y 802 respectivamente. La distribución provincial de las tasas presenta cierta variabilidad, localizándose las tasas ajustadas más altas en Huesca, tanto en hombres como mujeres (2.419,7 y 1.675,9 respectivamente) y las más bajas en Melilla, también en ambos sexos, con una razón de tasas entre las provincias extremas de 3,4 en hombres y 4,8 en mujeres. Las tasas van aumentando con la edad. Por grupos de edad, en jóvenes las tasas son muy parecidas en hombres y mujeres. A partir de 35 años aumenta más en hombres llegando a una razón de masculinidad de 2,4 entre 55-64 años, descendiendo esta razón en los más mayores. Las tasas ajustadas para psicosis orgánicas fueron de 108,1 y 89,7, y en el caso de otras psicosis fueron de 63,4 y 62,4 respectivamente en hombres y mujeres. Las tasas correspondientes a trastornos neuróticos, de la personalidad y otros no psicóticos son de 1.218,3 y 686,1 para hombres y mujeres. En este grupo se observa una mayor variabilidad entre provincias, con razones de tasas entre las extremas de 3,8 y 5,7 (hombres y mujeres). La distribución provincial más homogénea, en uno y otro sexo, se encuentra en otras psicosis.

Conclusiones/Recomendaciones: Existe gran variabilidad en la distribución provincial de las altas hospitalarias con algún diagnóstico de trastorno mental en conjunto y también entre las distintas patologías psiquiátricas. Esta variabilidad interprovincial también afecta a la razón de masculinidad siendo la más alta en los trastornos neuróticos y de la personalidad (1,8), y las menores diferencias entre sexos en otras psicosis (1,0).

847. INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN EL ÁMBITO DE SALUD MENTAL

N. Robles, L. Muñoz, J. Arias, L. Rajmil, M. Espallargues

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques; REDISSEC; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En 2013 el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat realitzó el encargo a AQuAS de evaluar los resultados de los programas integrados de atención a la cronicidad mediante un conjunto de indicadores consensuados por expertos, resultando un total de 18 indicadores entre intermedios y finales considerados válidos y factibles para la evaluación. El objetivo del presente estudio es explorar la potencial factibilidad de los indicadores consensuados en el ámbito de la Salud Mental (SM).

Métodos: Se revisaron las bases de datos del sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT) con el fin de comprobar cuántos de los 18 indicadores consensuados podían extraerse de los registros de salud mental hospitalaria y ambulatoria. Se comprobó el comportamiento de los indicadores disponibles siguiendo la metodología de implementación utilizada en el proyecto: estudio evaluativo de áreas pequeñas, utilizando las Áreas Básicas de Salud (ABS) de Cataluña como unidad de análisis. Los indicadores se implementaron mediante modelos de ajuste del riesgo (si era pertinente y

posible) en las fuentes de información disponibles. Para su descripción y análisis del desempeño se cartografiaron las razones de casos observados y esperados para cada ABS. Para el análisis de benchmarking se presentaron dichas razones en gráficos de embudo para identificar aquellas áreas con un mayor número de casos observados respecto los esperados, utilizando intervalos de confianza al 95% y al 99,8% para definir las zonas de exclusión.

Resultados: La revisión de las bases de datos del ámbito del SISCAT mostró que de los 18 indicadores 8 se registran actualmente o existen indicadores equivalentes en el ámbito de SM y 4 podrían construirse a partir de los datos existentes en los registros. Los 6 restantes actualmente no son factibles o bien por no haber datos disponibles para su construcción o porque deberían reconsiderarse en el ámbito de SM. Se implementaron los indicadores Población atendida y Estancia media hospitalaria para las patologías de esquizofrenia y trastorno bipolar utilizando datos de 2014. El análisis preliminar permitió identificar áreas con valores observados significativamente diferentes de los esperados.

Conclusiones/Recomendaciones: El análisis exploratorio indica que, partiendo de los 18 indicadores consensuados para evaluar la atención a la cronicidad, más de la mitad serían factibles implementarlos en el ámbito de SM a partir de los datos disponibles en los sistemas de información del SISCAT. Cabría la reflexión de si estos indicadores serían válidos para reflejar la calidad asistencial de los pacientes que sufren trastornos mentales crónicos o deberían considerarse otros más específicos para este ámbito asistencial.

503. ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS EN EL PROCESO DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN NIÑOS

M. Morales Suárez-Varela, C. Schneckner-Yebra, D. Medici

Universidad de Valencia; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); CSISP-FISABIO.

Antecedentes/Objetivos: En el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) en la población infanto-juvenil, por su vasta heterogeneidad sintomática, resulta imprescindible identificar y validar aquellos posibles indicadores cuantitativos neurofisiológicos para obtener un mayor conocimiento de la neurobiología implicada y completar su diagnóstico. Los estudios denominados, electroencefalograma (EEG) y electroencefalografía cuantitativa (qEEG) se están utilizando cada vez más para evaluar a los pacientes con TDAH, motivo por lo cual, el objetivo es evaluar la correlación entre los resultados de EEG y qEEG y la gravedad de los síntomas dentro del proceso de diagnóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes remitidos a neuro pediatria por parte de un hospital público de la Comunidad de Valencia, y selección de 297 pacientes (un 26,60% niñas y un 73,40% niños, con una mediana de edad de 9 años 10 meses) diagnosticados con TDAH según el DSM-IV que cumplían cada uno de los criterios clínicos previamente establecidos. Se compararon las distintas categorías diagnósticas, EEG y qEEG y se exploró si existían resultados necesarios de ser comprobados clínicamente en el proceso de evaluación diagnóstica de TDAH.

Resultados: Se han obtenido alteraciones en el 25% de los EEG y en el 67,07% de los qEEG en los niños diagnosticados con TDAH. Los resultados en EEG y en qEEG son estadísticamente significativos entre los resultados totales normales EEG/qEEG y alterados EEG/qEEG, y entre el resultado del EEG/qEEG y el género del niño, como también, entre los diferentes tipos de alteraciones qEEG ($p = 0,001$).

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha comprobado que la rápida detección de un perfil neurofisiológico caracterizado por un status bioeléctrico epiléptico e inmaduro de acuerdo a la edad cronológica del niño corrobora en el proceso de diagnóstico. El EEG y el qEEG son estudios no invasivos clínicos adyuvantes y útiles en pacientes con TDAH.

370. SALUD MENTAL Y GHQ. VALIDEZ DE CONSTRUCTO INTERNA, EXTERNA EN POBLACIÓN ALTAMENTE ENVEJECIDA. ASTURIAS, 2012

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

Consejería de Sanidad; Universidad del País Vasco.

Antecedentes/Objetivos: En el Plan de Salud Mental de Asturias de 2015 se conocer y detectar las personas en riesgo de mala salud mental en la CA. Este proceso puede ser liderado por la AP de una manera más eficiente y cercana si se realiza con procedimientos no complejos y adecuada calidad. El instrumento GHQ-12 pudiera ser una buena herramienta para esta detección. Nuestro objetivo es conocer la validez y características de este instrumento en una población altamente envejecida (25%).

Métodos: Estudio poblacional en el que a partir de los datos obtenidos con el uso del GHQ-12 en la Encuesta de Salud en Asturias en 2012 ($n = 2.100$) se intenta conocer la precisión, consistencia interna y análisis factorial de los componentes del instrumento mediante análisis de la estructura factorial en la población general asturiana y en mayores de 64 años (25%) así como su validez externa. El análisis de la información se realizó con SPSS v18. Se analizan las comunilidades iniciales y reproducidas, varianza total explicada, matrices de componentes, determinantes, medida de adecuación muestral de KMO y esfericidad de Bartlett, consistencia interna con cada modelo de análisis de GHQ (Clásico, Likert, y corregido). También, su validez externa comparando con percepción de salud y consumo psicofármacos. Se dan los resultados del análisis del GHQ para todas las edades y en especial en > 64 años.

Resultados: Este instrumento intenta detectar cambios en la función normal de las personas (incapacidad para funcionar psíquicamente a nivel normal y la aparición de nuevos fenómenos de malestar de origen psíquico). Mediante análisis de comunilidades extraemos los ítems más explicativos (2, 4, 5, 6, 9, y 10) y los que menos (1, 3, 7 y 12). Con ellos, extraemos el número ideal de factores, 2, que son capaces de explicar el 53-59% de la varianza. Son los ítems 6, 9, 10 (funcionamiento social y afrontamiento) y 2,5 (bienestar psicológico). En todos los modelos los resultados son muy adecuados (análisis determinantes = 0,02). Tienen KMO = 0,9 y esfericidad con $p = 0,000$, datos que confirman el buen ajuste del modelo y su usabilidad. La consistencia interna (Cronbach) es de 0,85-0,87 (análisis global y por ítem). No hay diferencias significativas en los diferentes modelos en función de edad, si bien en mujeres el GHQ corregido presenta valores un poco inferiores. En el análisis de validez externa con mala autopercepción de salud y consumo de psicofármacos existe asociación de resultados de mala salud mental con esas variables de resultado ($p = 0,000$).

Conclusiones/Recomendaciones: Gracias a este estudio se ha logrado profundizar en el conocimiento los factores incluidos en GHQ y validados los mismos en población general y es un buen instrumento, ágil y sencillo para realizar una detección del riesgo de mala salud mental en población general en el ámbito de la AP.

354. EL FACTOR CONVIVENCIA EN LA PRESENCIA DE SOBRECARGA Y ANSIEDAD EN LOS CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

P. Luque-Carrillo, J.M. Carmona-Torres, I. Morales-Cane, P.J. López-Soto, L. Calero-Rodríguez, M.A. Rodríguez-Borrego

Departamento de Enfermería, IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba; Asociación San Rafael de Alzheimer y Otras Demencias de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: Los cuidadores informales de personas con enfermedad de Alzheimer hacen frente a elevados niveles de dependencia, incapacidad para la realización de las actividades básicas

e instrumentales de la vida diaria, trastornos neuropsiquiátricos, etc. (Ornstein and Gaugler, 2012). Todo ello contribuye a la aparición de sobrecarga, ansiedad y depresión en el cuidador, lo que supone una disminución en su calidad de vida (Joling et al., 2010). El objetivo del estudio es conocer si la convivencia con el paciente interfiere en la aparición de estos trastornos.

Métodos: Estudio cuasi-experimental "pretest-posttest" durante el que se llevan a cabo dos intervenciones: una intervención motora orientada a los pacientes y una intervención de terapia de grupo sobre resolución de problemas orientada a los cuidadores informales. Previa y posteriormente a la realización de las intervenciones se lleva a cabo una valoración del estado de los pacientes (funcional) y otra a los cuidadores en términos de sobrecarga, depresión, ansiedad. Muestra aleatoria poblacional de 45 pacientes con sus respectivos cuidadores, otras 45 personas.

Resultados: En el presente trabajo se informa de los datos obtenidos en la valoración pre-test a los cuidadores. La edad media de las 45 personas cuidadoras estudiadas fue de 59,4 años, el 15,6% presentaba sobrecarga, el 18,1% ansiedad y el 68,9% convivían con el paciente con Enfermedad de Alzheimer. En el modelo de regresión múltiple se ha observado que existe asociación entre la sobrecarga del cuidador y sus niveles de ansiedad; por cada punto que aumenta la escala Zarit de sobrecarga del cuidador existe un aumento de 0,273 (IC95% 0,077-0,470; $p = 0,008$) puntos en la escala de ansiedad (Beck et al., 1988). Por otro lado, las personas que conviven con el paciente respecto a los que no lo hacen reducen su ansiedad en 7,664 puntos (IC95% 0,865-14,463; $p = 0,028$), mientras que las personas que conviven a tiempo parcial respecto a los que no conviven modifican los niveles de ansiedad en -5,906 puntos (IC95% (-16,923)-5,111; $p = 0,285$).

Conclusiones/Recomendaciones: El establecimiento de sobrecarga y ansiedad y su relación con la no convivencia del cuidador principal con el paciente con enfermedad de Alzheimer pone en relieve aspectos relacionales a considerar, entre los que puede estar la toma de decisiones. Por lo que los datos obtenidos reafirman la decisión de introducir la intervención propuesta en el estudio cuasi-experimental, adiestramiento en la toma de decisiones al cuidador.

SESIÓN DE PÓSTERS

CP13. Vigilancia epidemiológica (III)

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 9:00 a 11:00 h

Pantalla 1

Moderan: María José Pérez Lozano y Ricardo Mexia

907. INFECCIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: CARACTERÍSTICAS Y FACTORES ASOCIADOS

A. McGee Laso, R. Sánchez Gómez, J.L. Valencia Martín

Hospital Universitario de Móstoles.

Antecedentes/Objetivos: Los principales tipos de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria están relacionados con procedimientos invasivos y constituyen una complicación grave que incrementa la morbilidad y los costes. Dado el incremento en la implantación de prótesis de cadera, conocer la incidencia de infección asociada a la misma (IAPC) e identificar los factores contribuyentes nos permitirá implementar estrategias de mejora de la asistencia.

Métodos: Análisis ambispectivo de las IAPC identificadas mediante la vigilancia activa de las 908 artroplastias de cadera realizadas en nuestro centro en el periodo comprendido entre 2006 y 2014, con recogida prospectiva de los datos relacionados con la cirugía y factores de riesgo asociados, y recogida retrospectiva de otros factores de riesgo intrínsecos del paciente. Previo al análisis, se aseguró la calidad de los datos mediante validación con los registros incluidos en la historia clínica y los resultados de las pruebas complementarias solicitadas.

Resultados: La incidencia de IAPC fue de 1,98%, siendo en su mayoría infecciones precoces (67%). En aquellas con confirmación microbiológica (72%), los gérmenes más frecuentemente aislados fueron *S. aureus* (22%) *S. coagulans* negativo (22%) y *P. aeruginosa* (17%). En un 11% de los casos la infección fue polimicrobiana. Los pacientes intervenidos fueron en su mayoría mujeres (89%), con una edad mediana de 74,5 años. El 65% presentaron un ASA mayor de 2 y en el 94% se encontraron enfermedades de base u otros factores predisponentes a infección (obesidad 58%, cirugía previa en la misma cadera 50%, diabetes 22%). La duración media de la intervención fue de 97 min. En el 85% de los casos la preparación prequirúrgica fue correcta y en todos los casos se realizó profilaxis antibiótica (en el 83% con cefazolina) durante una media de 3 días.

Conclusiones/Recomendaciones: La incidencia observada fue ligeramente menor que las descritas en otros estudios, aunque esta no incluye las infecciones manifestadas tras el alta con reingreso en otro hospital. Existen áreas de mejora, tanto en la preparación prequirúrgica como en el uso excesivamente prolongado de la profilaxis antibiótica o el control de algunos factores de riesgo modificables, que podrían reducir la incidencia de IAPC.

826. GESTIÓN DE UN BROTE DE ESCABIOSIS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO EN BARCELONA

J. Mirabent Domingo, R. Villar Vinuesa, G. Martín Ezquerro, J.P. Horcajada Gallego, C. Serra Pujadas

Servicio Salud Laboral, Parc de Salut Mar; IMIM-Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas; CISAL, UPF; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La escabiosis es una enfermedad parasitaria de afectación dermatológica con una gran distribución y que, en ocasiones, puede suponer un problema importante de Salud Pública. Este estudio pretende describir la gestión de un brote epidémico intrahospitalario en trabajadores sanitarios por exposición ocupacional a *S. escabiei* por contacto estrecho con pacientes diagnosticados.

Métodos: La población afectada por el brote incluye 505 trabajadores del Centro Asistencial Emili Mira que desarrollan su actividad laboral en diferentes unidades y edificios del centro. La gestión del brote se inició después de la declaración de los primeros casos en pacientes, en agosto de 2015, y se dio por finalizada después del periodo de latencia del último caso aparecido, en marzo de 2016. Se describen las medidas adoptadas para la contención de la propagación del brote propuestas por un grupo de trabajo interdisciplinar, las deficiencias detectadas y las mejoras implantadas, la importancia de una precisa vigilancia epidemiológica y la experiencia en el uso de permetrina al 5% en aplicación tópica y en el uso de ivermectina oral.

Resultados: Los trabajadores incluidos en el estudio fue de 505, la tasa de ataque fue de un 2,7%. La totalidad de los casos fue tratada con permetrina al 5% vía tópica y dos de ellos requirieron tratamiento vía oral con ivermectina por reacción cutánea al tratamiento tópico. Se pautó quimioprofilaxis con permetrina en el 25,5% de los trabajadores considerados contactos estrechos. En el resto de trabajadores (71,7%) se realizó periódicamente la búsqueda activa de posible clínica que alertase de una manera precoz de un posible contagio. El total de pacientes ingresados diagnosticados de escabiosis fue de 21.

Conclusiones/Recomendaciones: Las causas posibles que pudieron contribuir a la diseminación del brote fueron: falta de cumpli-

miento de las precauciones en las medidas de contacto, alta movilidad y rotación de los pacientes y profesionales por los diferentes edificios y unidades del centro y demora en el aislamiento y adecuado tratamiento del posible caso índice. Las principales medidas que han contribuido al control del brote propuestas por el grupo de trabajo han sido: formación a los trabajadores, vigilancia epidemiológica activa, mejora en el circuito de limpieza de la ropa de trabajo.

137. ANÁLISIS CRONBIOLÓGICO DE HOSPITALIZACIONES POR *SALMONELLA* EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA DURANTE 14 AÑOS

J.A. García Crespo, J.F. García-Cruces Méndez, J.M. Andrés de Llano, J.R. Garmendia Leiza, J.B. López Messa

Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Antecedentes/Objetivos: Analizar desde el punto de vista cronobiológico hospitalizaciones por salmonella en la comunidad de Castilla y León, con el fin de poder predecir el pico epidémico anual, que nos permita estar preparados para ofrecer la mejor atención a nuestros pacientes.

Métodos: Se realizó un análisis temporal de la distribución de las hospitalizaciones con diagnóstico principal infección o intoxicación alimentaria por salmonella desde el 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2014. Para el análisis estadístico cronobiológico inferencial por ritmometría, se realizaron consecutivamente, un análisis mediante la valoración de las curvas del espectro de potencia a través del análisis espectral con la transformada rápida de Fourier y un análisis de los armónicos resultantes de la aplicación del test de cosinor o de coseno múltiple. En el análisis espectral de Fourier se realizó una búsqueda sistemática de todos los ritmos posibles con estudios lineales, tanto en frecuencia como en periodo. Con el análisis del test de coseno múltiple, valorando distintos parámetros como acrofase y batifase (Acrofase: tiempo en el cual se verifica el valor máximo de la variable en la curva coseno adaptada. Batifase: tiempo en el cual se verifica el valor mínimo de la variable en la curva coseno adaptada).

Resultados: En la distribución por frecuencia según el mes de ingreso, observamos que entre los meses de junio y septiembre se producen más del 54% del total de hospitalizaciones, en el análisis espectral se observó un marcado ritmo dominante en el periodo de 12 meses y el análisis de cosinor para este período presentó un ritmo significativo ($p > 0.001$) con acrofase el 22 de agosto IC95% (10 de agosto; 4 de septiembre) y Batifase el 19 de marzo IC95% (4 de septiembre; 22 de abril).

Conclusiones/Recomendaciones: Los episodios de hospitalización por salmonella muestran un ritmo circanual con predominio en el mes de agosto. Aun así sigue habiendo casi un 50% de hospitalización por salmonella fuera del periodo estival.

136. EPIDEMIOLOGÍA DE AISLAMIENTOS BACTERIANOS PEDIÁTRICOS EN EL ÁREA SANITARIA SERRANÍA DE MÁLAGA

M.J. Gutiérrez Fernández, C.R. Lebrun Bougrat, J. Castro Rodríguez
AGS Serranía de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: El abuso y mal uso de los antibióticos así como la resistencia a los mismos es un problema de especial importancia en pediatría. En los primeros años de vida se concentran la mayoría de infecciones respiratorias cuya etiología es fundamentalmente viral. Algunas de las bacterias patógenas que pueden causar infecciones pediátricas (otitis, amigdalitis) como es el caso de *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* presentan tasas importantes de resistencia a las familias de antibióticos considerados de primera elec-

ción. Deseamos conocer la prevalencia, sensibilidad antimicrobiana y epidemiología de aislamientos bacterianos en la población pediátrica de nuestra área sanitaria durante un periodo de 5 años.

Métodos: Estudio descriptivo observacional. Analizamos un total 327 muestras procedentes de población pediátrica (población menor de 14 años) atendidos en el AGS Serranía de Málaga (consultas externas, área de urgencias y hospitalización), durante el periodo de septiembre 2010 a noviembre 2015. Se realizó estudio microbiológico de identificación y sensibilidad bacteriana (Eucast 2011), según protocolos establecidos.

Resultados: 1. Total muestras positivas 327. 2. Los microorganismos más prevalentes fueron: *Escherichia coli* (69%); *Campylobacter* spp 205 (62,69%) (11 *Campylobacter* spp, 186 *C. jejuni*, 8 *C. coli*) *Streptococcus pyogenes* 197 (60,24%); *Salmonella* spp 105 (32%); *Streptococcus pneumoniae* 10 (3,05%), *Staphylococcus coagulans* negativo (ScoN). 3. Estudio de prevalencia de gérmenes multiresistentes: *Streptococcus pneumoniae* resistente a penicilina 3 (30%), *Haemophilus influenzae* resistente a ampicilina por producción de betalactamasa (25%); MRSA 1 (20%), *Escherichia coli* BLEA 1 (1%), *Streptococcus pyogenes* resistentes a clindamicina y eritromicina 1 (1,01%). 4. El origen de las mismas fue: heces (43,7%), exudados faríngeo (30,17%); exudados óticos 42 (12,8%), orinas (12%) hemocultivos 6 (1,83%) y otros exudados 5 (1,5%).

Conclusiones/Recomendaciones: 1. El mayor porcentaje de aislamientos positivos en hemocultivos corresponde a contaminaciones por ScoN. 2. A pesar de la escasa prevalencia de microorganismos multiresistentes implicados en el desarrollo de infecciones en la población pediátrica en nuestra área (infección respiratoria de vías altas, gastrointestinal e ITU, enfermedad invasiva), se hace necesario establecer medidas de control, protocolos de trabajo, guías de prescripción, así como conocer el mapa de resistencia en nuestra área de trabajo, para controlar la emergencia de microorganismos multiresistentes.

306. ANÁLISIS TEMPORAL DE LA VARICELA EN CASTILLA Y LEÓN, 1983-2015

V.E. Benito López, C. Ruiz Sopeña, S. Tamames Gómez

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario de Salamanca; Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa causada por el virus varicela zoster. En 2005 Castilla y León (CyL) incluyó en su calendario 1 dosis vacunal en preadolescentes (2 dosis desde 2009). Hasta 2013 además se vacunó por prescripción privada en edad preescolar (coberturas > 50% en algunas cohortes). En 2016 CyL comenzará a vacunar a los 15 meses y 3 años con catch-up a nacidos desde 2013. Los datos sobre la tendencia epidemiológica de la varicela y su relación con las prácticas vacunales son escasos. El objetivo de este estudio es valorar el impacto de la vacunación en la disminución del número de casos declarados de varicela en CyL, al analizar la evolución natural esperada de la enfermedad.

Métodos: Se ha realizado un análisis de series temporales (tendencia y estacionalidad) de casos de varicela declarados al Sistema de Declaración Obligatoria (EDO) en CyL entre 1983-2015. Se emplearon agregaciones por año, semana y cuatrimestre (C) y se pormenorizó el estudio en dos periodos: prevacunal (1983-2004) y posvacunal (2004-2015). Para buscar diferencias interanuales se empleó el test ANOVA mixto split-plot con comparaciones por pares Bonferroni y para comparar los dos periodos el test de Fisher entre las medias marginales estimadas. Se consideró significativo un p valor < 0,05. El software empleado fue SPSS v.15.

Resultados: Periodo prevacunal: incremento en la frecuencia hasta 1989 (máximo 45.000 casos/año) y lenta disminución hasta 1997, después número estable de casos (10.000 casos/año). No sigue un patrón repetitivo (mediana de 600 casos en 1989 y de 250 casos en 1990). Si

se aprecia estacionalidad: pico en verano (C6-7) y disminución de casos en otoño (C9-11). Período posvacunal: disminución más marcada hasta 2010 (de 10.000 casos/año en 2005 a 4.000 en 2010), con repunte en 2012. Alternancia de picos, repetidos periódicamente cada 5 C, con una tendencia descendente. Se observa estacionalidad con incremento de casos hasta la C6, posterior descenso hasta C10, y ascenso hasta la C13. La comparación de los periodos presenta diferencias significativas ($p < 0,05$) en todas las cuatrisesmanas, excepto en C10 (pico inferior), con una clara disminución en el número de casos en el posvacunal.

Conclusiones/Recomendaciones: Se observa una disminución de la varicela entre 1983-2015, con diferencias significativas entre periodos, declarándose menos casos tras la introducción de la vacuna y manteniéndose un patrón estacional aunque de menor amplitud. Es necesario reforzar la vigilancia de la varicela que ayude a evaluar el impacto de las nuevas políticas de vacunación.

833. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE *CAMPYLOBACTER* Y *SALMONELLA* NO TIFOIDEA. CATALUÑA, 2005-2014

A.M. Jambrina Albiach, P. Ciruela Navas, S. Hernández Baeza, S. Broner Herbst, M. Jané Checa

Agència de Salut Pública de Catalunya, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: *Campylobacter* y *Salmonella* no tifoidea son la principal causa de toxiinfecciones alimentarias y gastroenteritis agudas (GEA) a nivel mundial. El objetivo de este estudio es describir la epidemiología de las GEA causadas por *Campylobacter* y *Salmonella* no tifoidea, notificadas al Sistema de notificación microbiológica de Cataluña entre 2005-2014, y el estudio de las resistencias antimicrobianas durante 2012-2014.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de las notificaciones de *Campylobacter* y *Salmonella* no tifoidea durante 2005-2014. Las variables estudiadas: sexo, edad, centro declarante, cuatrisesmana, año, muestra, técnica diagnóstica y resistencias antimicrobianas. Se han calculado tasas de incidencia (TI) anuales para cada grupo de edad según el Instituto de Estadística de Cataluña y las razones de tasas (RT) con intervalos de confianza (IC) al 95% asumiendo distribución de Poisson. Se ha analizado diferencia de proporciones mediante prueba χ^2 y prueba de Fisher, considerando nivel de significación estadística 0,05. La evolución de las incidencias se ha realizado entre 2005-2014 y 2009-2014.

Resultados: Se han notificado 71.911 episodios de GEA. *Campylobacter* ha representado 45,1% (32.421 casos) y *Salmonella* no tifoidea 28,7% (20.630 casos) del total de GEA. La TI de *Campylobacter* en 2005 ha sido $34,87 \times 10^{-5}$ habitantes y en 2014, $44,99 \times 10^{-5}$ habitantes (RT: 1,29; IC95%: 1,22-1,36; $p = 0,01$). La TI de *Salmonella* no tifoidea en 2005 ha sido $34,52 \times 10^{-5}$ habitantes y en 2014, $24,52 \times 10^{-5}$ habitantes (RT: 0,71; IC95%: 0,67-0,76; $p = 0,01$). Durante 2009-2014, las notificaciones de *Campylobacter* procedentes de centros de atención primaria (CAP) han supuesto 19,5% de las notificaciones. La TI de *Campylobacter* en 2009 ha sido $44,52 \times 10^{-5}$ habitantes y en 2014, $44,99 \times 10^{-5}$ habitantes (RT: 1,01; IC95%: 0,96-1,06; $p = 0,673$). Las notificaciones de CAP de *Salmonella* no tifoidea han supuesto 14,5% de las notificaciones. La TI de *Salmonella* no tifoidea en 2009 ha sido $28,40 \times 10^{-5}$ habitantes y en 2014, $24,52 \times 10^{-5}$ habitantes (RT: 0,86; IC95%: 0,81-0,92; $p < 0,001$). Entre 2012-2014, se ha estudiado la sensibilidad antibiótica en 3.579 cepas de *C. jejuni* (39,4%) y 2.379 cepas de *Salmonella* no tifoidea (37,4%), siendo los niveles de resistencia elevados para ciprofloxacina y ampicilina, respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: Desde 2009, la incidencia de *Campylobacter* se mantiene estable a diferencia de *Salmonella* no tifoidea que ha disminuido. Los niveles de resistencia antibiótica de *C. jejuni* han sido elevados para ciprofloxacina y, en *Salmonella* no tifoidea, elevados para ampicilina.

450. MONITORING OF *Aedes aegypti* IN NON-RESIDENTIAL PREMISES AS A TOOL FOR ARBOVIRUSES SURVEILLANCE

G. Gibson, A. Nobre, C. Pinel, R. Rafael, C. Jordão, P. Sabroza, L. Toledo, N. Honório

Laboratório de Transmissores de Hematozoários, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (LATHEMA/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil; Núcleo Operacional Sentinela de Mosquitos Vetores, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Programa de Computação Científica, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Secretaria Municipal de Saúde de Guapimirim (SEMSA), Rio de Janeiro, Brasil.

Antecedentes/Objetivos: The role of non-residential premises for maintenance and proliferation of *Aedes aegypti* in urban areas where dengue transmission exists has been fully discussed. Entomological surveys of *Ae. aegypti* are often focused on residential premises. However, non-residential premises such as cemeteries, vacant lots, recycling centers, scrap metal, tire repair services and others are considered potential key-sites for monitoring populations of *Ae. aegypti*. The present study aimed to describe the frequency and distribution of adult mosquitoes collected in non-residential premises in order to discuss the relevance of these sites for the maintenance of *Ae. aegypti*, and subsequent transmission of dengue, Zika and Chikungunya virus.

Métodos: A descriptive study was conducted weekly in the period from April to October 2014 in the urban area of the municipality of Guapimirim, Rio de Janeiro State. The identification and mapping of non-residential premises has been undertaken, as well as an entomological survey to collect adult mosquitoes in these sites by using battery-powered aspirators. In the laboratory, the specimens were sorted according to sex and species, and identified using taxonomic key.

Resultados: A total of 46 non-residential premises located in the urban area of the municipality of Guapimirim were identified, mapped and inspected. The most common non-residential premises were mechanical workshops (9), scrap metal (6), and tire repair services (5). A total of 2,928 adult mosquitoes were collected by aspiration, of which 2,619 (89.4%) were identified as *Cx. quinquefasciatus*, 159 (5.4%) as *Ae. aegypti* and 150 (5.1%) as *Ae. albopictus*. The sex ratio for *Ae. aegypti* was 1:1 with 50.3% of females, while for *Ae. albopictus*, the female proportion was higher (70.7%).

Conclusiones/Recomendaciones: Our findings underscore the importance of non-residential premises for the maintenance and proliferation of *Ae. aegypti* and *Ae. albopictus*, vectors of several globally important arboviruses, including dengue, Zika and Chikungunya virus. Continuous monitoring can pinpoint non-residential premises that need more detailed intervention and thus reinforce epidemiological and entomological surveillance in local areas.

Financiación: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro- FAPERJ and Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

617. FACTORES ASOCIADOS A LOS AISLAMIENTOS POR INFECCIÓN Y/O COLONIZACIÓN DE ADQUISICIÓN NOSOCOMIAL

G. Alemán Vega, H. Sandoval-Insausti, A. Hernández Aceituno, A. Figuerola Tejerina

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario La Princesa.

Antecedentes/Objetivos: Se estima que entre un 5-10% de los pacientes ingresados acabará con infección y/o colonización. El objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo asociados a los aislamientos por infección y/o colonización de adquisición nosocomial en un hospital de tercer nivel de Madrid.

Métodos: Estudio observacional analítico del total de aislamientos hospitalarios durante el periodo 2011-2015. Los factores analizados son: edad, sexo, tipo de aislamiento, cirugía previa, estancia previa en cuidados intensivos (UCI), coma, neoplasia maligna en los 5 años previos (NEO), enfermedad renal crónica (ERC), enfermedad pulmonar crónica (EPOC), diabetes mellitus (DM), inmunodepresión y duración del aislamiento. Se utilizó como fuente de información una aplicación informática, de elaboración propia, para el seguimiento de pacientes que precisan precauciones adicionales (MAPAH). Se llevó a cabo análisis univariante y multivariante mediante regresión logística, con cálculo de odds ratios (OR) y sus correspondientes intervalos de confianza (IC95%).

Resultados: Se analizaron un total de 2474 aislamientos. La edad media de los pacientes fue de 74 años (DE 17) con un 54% de hombres. El 85% de los aislamientos fueron de contacto con una duración media de 12 días y un 43% de adquisición nosocomial. En el análisis univariante, el 18,4% de los aislamientos nosocomiales presentaron estancia previa en UCI ($p < 0,05$), 31% cirugía previa ($p < 0,05$), 5,5% coma ($p < 0,05$), 33% NEO ($p < 0,05$), 15% EPOC ($p < 0,05$), 21% ERC ($p > 0,05$), 26% DM ($p > 0,05$) y el 19% inmunodepresión ($p > 0,05$). En el análisis multivariante los factores que se asociaron de forma independiente con la adquisición nosocomial fueron: cirugía previa (OR = 5,6; IC95%: 4,2-7,3), estancia previa en UCI (OR = 2; IC95%: 1,4-2,8), coma (OR = 3; IC95%: 1,6-5,8) y NEO (OR = 1,3; IC95%: 1,1-1,6).

Conclusiones/Recomendaciones: Los factores asociados a los aislamientos hospitalarios por infección y/o colonización de adquisición nosocomial fueron los antecedentes de cirugía previa, estancia previa en UCI, coma y neoplasia maligna en los 5 años previos. El estudio de los factores de riesgo puede ser útil para identificar e implementar estrategias de detección precoz y/o prevención de infecciones y/o colonizaciones nosocomiales.

464. AVALIAÇÃO DA ADESAO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

M.A. de Oliveira, M.C. Cardoso Ferreira, C. Magalhães Franca, K. Fernandes de Albuquerque, T. Pimentel A Batista, A. Pereira Dos Santos, C. França de Santana, M.M.B. Guedes, T.H. Guedes Santos, et al

Hospital Municipal Santa Isabel-João Pessoa-Paraíba, Brasil.

Antecedentes/Objetivos: Comparar a adesão ao numero de oportunidades de higiene de mãos pelos profissionais de saúde no inicio e após a implantação do protocolo de higiene de mãos da instituição.

Métodos: Como parte do protocolo de higiene de mãos, regulamentado pelo Ministério da Saúde, foi realizado o monitoramento das oportunidades de higiene de mãos nos locais críticos do hospital (UTI e Urgência Cardiológica). Foram observados os seguintes momentos, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde: antes de tocar o paciente, antes de realizar procedimento limpo/asséptico, após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções, após tocar o paciente, após tocar superfícies próximas ao paciente. Foi calculado a adesão ao protocolo dividindo o numero de adesões pelo número total de oportunidades observadas. Para comparar a proporção da adesão aplicou-se o teste de qui quadrado considerando um p significativo $< 0,05$.

Resultados: Foram observados cinco classes de profissionais: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Psicólogo e Fisioterapeuta. Na primeira avaliação foram observadas 242 oportunidades dando uma taxa de adesão de 68% enquanto que após 10 meses da implantação do protocolo contactou-se uma taxa de 86% ($p = 0,000$). Houve uma melhora significativa da adesão ao protocolo de higiene de mãos nos Técnicos de Enfermagem ($56\% \times 91\%$, $p = 0,000$) e nos Enfermeiros ($71\% \times 88\%$, $p = 0,02$). Não foi observada diferença em relação aos Médicos ($77,4 \times 77$ $p = ns$), fisioterapeutas (90×86 , $p = ns$) e psicólogos (74×86 , $p = ns$). Das oportunidades avaliadas a que recebeu maior numero de não adesão foi após o contato com instrumentais e objetos.

Conclusiones/Recomendaciones: A Categorização da observação por classes permite uma abordagem mais efetiva na educação dos profissionais de Saúde, constatando-se que após o protocolo de higiene de mãos houve uma melhora da adesão na Enfermagem. Não houve diferença nos demais profissionais de Saúde.

852. INSTALACIONES CON PRESENCIA RECURRENTE DE LEGIONELLA: HACIA UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN DEL RIESGO

I. Vilà, L. Arjona, C. Esparraguera, J. García-Gil, A. Mulero, V. Sánchez, M. Vallmajó, P. Castro, X. del Acebo, et al

Dipsalut; Universitat de Girona; Microbial SL.

Antecedentes/Objetivos: Dipsalut es un organismo de salud pública de la Diputación de Girona que implementa, entre otros, programas de prevención y control de legionelosis. En sistemas de agua caliente sanitaria (ACS) de alto riesgo (AR) se contempla un plan de muestreo semestral de puntos críticos, realizando anualmente unas 261 instalaciones en 103 municipios. Estas instalaciones son una posible fuente de multiplicación y dispersión de Legionella. A causa de la recurrencia en algunas instalaciones se implementó un plan piloto de seguimiento más intensivo y rápido, asociado al riesgo. Los objetivos fueron: a) determinar los parámetros de crecimiento poblacional y su relación con variables fisicoquímicas y con características estructurales de la instalación y b) aplicabilidad de los resultados en un nuevo modelo de gestión.

Métodos: Se escogieron las instalaciones con sistema ACS de AR con mayor recurrencia de presencia de Legionella. En estas 9, durante 6 meses, de abril a octubre, se realizó una monitorización de temperatura y un muestreo semanal de agua en 3 puntos críticos por cada instalación. En las 725 muestras se analizó la temperatura, el cloro libre residual y se cuantificó la Legionella spp mediante qPCR (ISO 12869:2014), realizando análisis confirmativo por cultivo en placa según método normativo (UNE-ISO 11731:2007). Se realizaron 27 tratamientos de limpieza y desinfección correctivos. En el último mes del estudio se realizaron, en algunas instalaciones, tratamientos térmicos preventivos semanales y se anuló el riesgo en los acumuladores solares.

Resultados: De las 9 instalaciones, 3 presentaban Legionella de forma persistente, a pesar de los tratamientos correctivos de limpieza y desinfección, revelando que éstos son poco efectivos en términos de duración en aquellas instalaciones con reservorio de difícil localización y eliminación. Estas instalaciones resultaron ser las más variables térmicamente con valores generalmente por debajo de los normativos. A partir de los resultados de qPCR, se observó crecimiento exponencial con tiempos de duplicación poblacional que oscilaron entre 4 y 8 días.

Conclusiones/Recomendaciones: En instalaciones con presencia persistente de Legionella se mejoraría el modelo de gestión mediante: a) Monitorización continuada de temperatura en puntos críticos b) Aumento de la frecuencia de muestreo a trimestral c) Tratamientos preventivos semanales por desinfección térmica d) Priorización de la eliminación del riesgo sanitario respecto al ahorro y eficiencia energética (funcionamiento continuo) y e) Limitación del riesgo por rango térmico inadecuado en los acumuladores solares.

317. E. COLI PRODUCTOR DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE). ¿NECESIDAD DE AISLAMIENTO?

J.C. Guerra Álvarez, M.V. García Palacios, M.J. Sánchez Sierra, F. González Monedero, M.I. Barranco Boada, N. López Ruiz, F.J. López Fernández

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Aunque gran parte de los aislamientos de contacto hospitalarios se deben a microorganismos multirresistentes (MDR), su eficiencia no parece clara en el E. coli BLEE. El alto coste de recursos empleados actualmente en su aislamiento (limpiezas frecuentes, materiales exclusivos, habitación individual, estancia prolongada...) justifica precisar la indicación del mismo. **Objetivos:** cuantificar la magnitud y describir la infección por E. coli BLEE en nuestro hospital. Revisar la evidencia disponible sobre la necesidad de aislamiento de estos microorganismos dada su repercusión costoe-efectiva.

Métodos: Estudio retrospectivo de infección/colonización por E. coli BLEE detectados por vigilancia activa, en pacientes ingresados en nuestro centro durante 2011-2015. Se incluyeron variables demográficas, mes-año, unidad de ingreso, localización de muestra y fecha ingreso/cultivo. Revisión sistemática de estudios observacionales, guías, revisiones y metaanálisis desde 1998 hasta 2015.

Resultados: En el periodo estudiado se detectaron 354 infecciones/colonizaciones por E. coli BLEE, pertenecientes a 270 pacientes, con 61 pacientes/año de media (máximo: 77 en 2014; mínimo: 47 en 2013). Esto supuso un 61,36% de todos los MDR BLEE del centro y hasta un 30,82% de los MDR de especial interés. La localización de infección/colonización por E. coli BLEE no mostró cambio anual significativo, predominando la urinaria (48,6%) seguida de la bacteriemia (11,8%). El 8-21% de ITUs prolongaron su aislamiento más de un mes. La revisión bibliográfica realizada encontró 1 guía de práctica clínica, sumarios de evidencia y 1 revisión sistemática sobre la necesidad de aislamiento de microorganismos productores de BLEE en general; indicando el uso de barreras (batas y guantes). No obstante, no hay evidencia de la eficacia de estas medidas en el caso específico de pacientes colonizados/infectados por E. coli BLEE, ya que su transmisión persona-persona ocurre principalmente en ámbito comunitario.

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque se recomiendan medidas preventivas de aislamiento y barrera para evitar la propagación de betalactamasas de espectro extendido, no hay evidencia bibliográfica de su efectividad hospitalaria en el E. coli BLEE. Además del económico, el coste añadido de su aislamiento sobre la gestión de camas de nuevos ingresos justificaría la no recomendación inicial de su aislamiento. No obstante, la adopción de este criterio en hospitales, precisaría un alto cumplimiento de precauciones estándares y vigilancia epidemiológica estrecha de la infección.

27. (DES)CONTROLE DA TUBERCULOSE EM ADULTOS EM SITUAÇÃO DE RUA, EM METRÓPOLE COM BAIXA INCIDÊNCIA

L.G. Gallo, F.E. Elias, A.E. Esteves, W.A. Araújo

PPGMT-Universidade de Brasília; PEPTS-Fundação Oswaldo Cruz.

Antecedentes/Objetivos: A população em situação de rua apresenta coeficientes de incidência para tuberculose de 40 a 70 vezes maior do que a população geral brasileira (coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes). Para aliviar este problema são utilizadas estratégias adaptadas à situação. O objetivo deste trabalho foi avaliar as intervenções realizadas no Distrito Federal para o controle da tuberculose pulmonar sensível entre adultos em situação de rua de 2012 a 2014.

Métodos: Análise lógica e normativa das intervenções encontradas, a partir de modelo teórico de acordo com as normas e legislações publicadas comparado ao modelo real construído por grupo focal e entrevistas semi-estruturadas, realizadas em 2015, com profissionais de saúde envolvidos com a atenção de adultos em situação de rua com tuberculose pulmonar.

Resultados: Os 20 profissionais entrevistados estavam vinculados a quatro hospitais e três equipes de Consultórios na Rua. Foram en-

contrados 10 casos (coeficiente de incidência: 169/100.000hab) de tuberculose pulmonar sensível em adultos em situação de rua. Destes, apenas dois (20%) foram notificados ao sistema de vigilância. O modelo real evidenciou diferenças do modelo normativo em todas as fases de atenção, como a atenção básica não realizar notificação ou tratamento dos casos e não estarem concretizados os fluxos de referência e contra-referência.

Conclusiones/Recomendaciones: O modelo de atenção realizado para o controle da tuberculose em adultos em situação de rua no Distrito Federal mostrou desafios que necessitam ser superados pois repercutem na ausência de notificação de casos no sistema de informação, subestimação do problema e não prestação de atenção integral à saúde desta população. Os resultados apontam para a necessidade de implantação de novas políticas, ou reorganização das existentes; realização de capacitações em serviço dos profissionais que atuam com esta população; e a representação deste segmento social no Conselho de Saúde.

Financiación: Ministério da Saúde e Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal.

CP14. Promoción y educación para la salud

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 9:00 a 11:00 h

Pantalla 2

Moderan: Alberto Fernández Ajuria y Elisabete Ramos

304. CHRODIS, UNA HERRAMIENTA PARA LA EPIDEMIOLOGÍA DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES PARA LA SALUD

F. Ruiz Domínguez, C. Monte Vázquez, V. Llamas Martínez

Consejería de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades crónicas, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, afectan a 8 de cada 10 personas mayores de 65 años en Europa y, para la atención y el tratamiento de las mismas, se destina aproximadamente entre el 70% y el 80% de los presupuestos de sanidad en toda la Unión Europea. "Joint Action CHRODIS" es la primera Acción Conjunta sobre Enfermedades Crónicas puesta en marcha a nivel comunitario en el marco del Programa de Salud de la Comisión Europea. La Acción Conjunta CHRODIS aspira a hacer acopio de la abundante información, ya existente, sobre las maneras eficaces y eficientes de prevenir y gestionar las enfermedades crónicas. Uno de los objetivos principales es estimular el intercambio de buenas prácticas en este campo entre las regiones y países comunitarios, otorgándose un énfasis especial a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades crónicas, especialmente las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

Métodos: CHRODIS se estructura en 7 grandes grupos de trabajo que, en un periodo concreto de tiempo, han de realizar la serie de tareas para lograr los objetivos perseguidos. Los 4 ejes principales son de CHRODIS son: la "Plataforma para el Intercambio de Conocimiento", la "multimorbilidad", la "diabetes" y la "Promoción de la Salud"; en este último es donde Andalucía está contribuyendo más activamente.

Resultados: Las tareas completadas hasta la fecha en el grupo de trabajo de Promoción de la Salud son: Informe del estado de la situación en todos los países participantes (country reports); Revisión de las políticas clave, lagunas y necesidades en 14 estados miembros (comparative overview); Detección de criterios de buenas prácticas

por medio de una metodología Delphi; Identificación de 41 buenas prácticas a nivel europeo; En el transcurso del presente año se va a abordar la evaluación de la transferibilidad de las buenas prácticas, empleando a 6 casos concretos el paquete de herramientas de evaluación denominado "ASTAIRE".

Conclusiones/Recomendaciones: Todos estos resultados fueron presentados, en noviembre de 2015, en una conferencia internacional de promoción de la salud en Vilna, Lituania, y se encuentran disponibles para consulta pública en la web de la Acción (www.chrodis.eu), junto con la información completa del resultado de las tareas del resto de grupos de trabajo. Andalucía va a implementar los criterios CHRODIS en sus acciones de Salud en Todas las Políticas, de manera que se incorporarán en un sistema de acreditación de calidad de sus programas de promoción de salud, en la baremación de la convocatoria de subvenciones o en la identificación buenas prácticas en proyectos de acción local.

Financiación: Cofinanciado por el Programa de Salud de la DG SANTE (UE).

9. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AGRESIVIDAD (AQ) REDUCIDO DE BUSS Y PERRY PARA ESTUDIANTES DE PRIMARIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE YAUYOS, JAUIJA, PERÚ 2014

D. Arias Merino, S.A. Urco Cáceres, G. Arias Merino

Universidad Peruana los Andes; Semilleros de Latinoamérica.

Antecedentes/Objetivos: Los últimos años la violencia en jóvenes ha ido aumentando tanto en el Perú como en muchas partes del mundo, medir dicha agresividad en los grupos de edad y entornos más vulnerables constituye un reto, el contar con un método de screening válido para nuestro medio nos permitirá conocer la situación en la que se encuentran los niños de Yauyos, y en base a ello se pueden plantear formas de intervenir y encaminar dicha agresividad que a posteriori podría generar más violencia, este ha sido el principal motivo para realizar la adaptación y validación del cuestionario abreviado de Buss y Perry en los estudiantes de educación primaria de Yauyos-Junín-Perú. El objetivo de este estudio fue en hacer una nueva versión del cuestionario de Agresividad (AQ) en un lenguaje comprensible y adecuado al contexto peruano y la posterior verificación de sus propiedades psicométricas y estructura factorial.

Métodos: El instrumento de adaptación es el cuestionario abreviado AQ de Morales-Vives, Codorniu-Raga & Vigil-Colet, 2005, que consta de 20 ítems y una estructura tetra factorial para valorar las dimensiones: Agresividad física, Agresividad verbal, Ira y Hostilidad. En la primera fase se realizó la adaptación lingüística por medio del análisis cualitativo de las aportaciones obtenidas de los grupos focales y valoración de expertos, en la segunda fase se ha aplicado el cuestionario abreviado a las escuelas de primaria de Yauyos. Finalmente en la tercera fase se ha realizado el análisis descriptivo de los datos y el análisis psicométrico por medio de la fiabilidad (a) y Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Se ha utilizado el software Stata 2013.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 92 niños (50 niños y 42 niñas), de 7-12 años. Se encontró que los niños presentan más agresividad que las niñas. Al valorarlos por grupo de edad se ha visto que los menores de 10 años son menos agresivos que los de 10 a 12 años. La fiabilidad del AQ abreviado es de 0.715, en el AFC se aprecia una buena réplica en la dimensión Agresividad física y la Hostilidad, con cargas factoriales bajas en la dimensión Ira. Finalmente se plantea un modelo de 19 ítems que cuenta con mejor ajuste y mayor fiabilidad ($\alpha = 0.726$), que el AQ abreviado inicial de 20 ítems.

Conclusiones/Recomendaciones: El cuestionario AQ Abreviado es un instrumento fiable y válido para la evaluación de la agresividad en forma general en los niños yauyinos, en cuanto a la estructura por dimensiones es útil para medir la agresividad física y la hostilidad.

986. EVALUACIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL "GUILLERMO MIRANDA" DE MURCIA

M.D. Flores Bienert, M.M. Belmonte Albaladejo, A.M. González Cuello

Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: En el Centro de Inserción Social de Murcia se pone en funcionamiento una estrategia educativa dirigida a los residentes mediante sesiones formativas sobre temas de salud. El objetivo de este trabajo es describir las estrategias educativas en salud en el CIS, cuantificando los conocimientos de los residentes para promover o recuperar su salud antes y después de la intervención educativa.

Métodos: Estudio descriptivo mediante la utilización de cuestionarios diseñados para ello, antes y después de cada sesión formativa sobre temas diversos relacionados con la salud con periodicidad semanal durante un trimestre. La población objeto de estudio son 60 hombres y 8 mujeres, todos hispanoparlantes o con conocimientos suficientes del idioma español. El análisis de los datos se ha realizado con el software IBM® SPSS®, r.21. calculándose la media, desviación típica, mínimo y máximo de las variables numéricas, así como la frecuencia y el porcentaje de las variables categóricas.

Resultados: En la valoración de eficacia de las sesiones formativas se observa después de la intervención un incremento estadísticamente significativo.

Conclusiones/Recomendaciones: La intervención educativa ha consistido en charlas grupales de temática variada, apoyadas en medios audiovisuales. El nivel de conocimientos mejora sensiblemente mediante las calificaciones obtenidas tras la exposición de la enfermera del tema de salud. Ante los resultados obtenidos, se plantea la necesidad de continuar durante más tiempo con la misma estrategia, contando con la participación del equipo multidisciplinar, compuesto por la enfermera, el maestro y la educadora.

341. DETERMINANTES DA AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE EM JOVENS ADULTOS DE UMA GRANDE CAPITAL BRASILEIRA

A.A. Bentes, C.C. César, D.E. Rodrigues, F.A. Proietti

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Antecedentes/Objetivos: A autoavaliação de saúde (AAS) é um dos indicadores globais mais utilizados em estudos epidemiológicos para avaliar a saúde de grupos populacionais. Há poucos estudos sobre a AAS em jovens adultos. Por 20 anos (2003-2023) o Brasil contará com uma população jovem de mais de 50 milhões, a mais expressiva de toda sua história. Esse que será o maior grupo de trabalhadores brasileiros não mereceria na juventude a melhor saúde que se poderia oferecer? O objetivo deste estudo foi avaliar os determinantes da AAS em jovens de 18 a 29 anos de uma grande capital brasileira, proporcionando uma reflexão sobre políticas públicas de saúde para este grupo tão importante para o desenvolvimento do país.

Métodos: A amostra foi constituída por 955 jovens, entre 18 e 29 anos do inquérito Saúde em Beagá, conduzido de 2008 a 2009 em Belo Horizonte, uma grande capital brasileira, localizada no sudeste do Brasil (2.500.000 habitantes). A variável resposta AAS foi avaliada por meio da seguinte pergunta: "De maneira geral o Senhor diria que a sua saúde está?". As respostas dicotomizadas em AAS razoável/ruim/muito ruim, categoria de referência, e AAS muito boa/boa. Os fatores associados a AAS entre os jovens consideraram as dimensões: sócio demográfica, hábitos de vida relacionados à saúde, condições de saúde e satisfação com o próprio peso. A magnitude das associações foi estimada utilizando regressão logística múltipla, estimada pela odds ratio (OR) e seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

Resultados: Participaram do estudo 955 indivíduos, sendo 54,4% mulheres, com idade variando entre 18 e 29 anos (54,8% com 18-24 anos). Quanto à escolaridade, 3,5% tinha apenas primeiro grau incompleto e 28% possuía nível superior completo/pós graduação. A autoavaliação da saúde foi considerada razoável/ruim/muito ruim por 18,3% dos entrevistados. As seguintes características apresentaram associações independentes e negativas com pior percepção da saúde: idade 18-24 anos (OR = 0,58; IC95%: 0,39-0,88); ter ensino superior (OR = 0,22; IC95%: 0,61-0,80); melhor posição socioeconômica (OR = 0,35; IC95%: 0,17-0,70), estar satisfeito com o peso (OR = 0,43; IC95%: 0,28-0,64) e ter uma alimentação saudável (OR = 0,52; IC95%: 0,34-0,81). Ter pelo menos uma doença aumentou em 2,98 vezes a chance de reportarem pior AAS (IC95%: 2,05-4,33).

Conclusiones/Recomendaciones: Considerando os determinantes sociais de saúde e compreendendo a AAS como um indicador de saúde multidimensional, os resultados deste estudo nos fazem refletir como políticas de redistribuição de renda, acesso à educação de qualidade, investimentos em esporte, cultura, lazer, assim como políticas para valorizar e garantir maior disponibilidade de alimentos saudáveis podem proporcionar ao jovem adulto brasileiro melhor saúde.

682. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE MENSAJES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL ENTORNO LABORAL PROGRAMA CLIMBS

N. de Lara, A. Puig-Ribera, A. Señé-Mir, R. Milà, F. Eves, C. Castell

Agència de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Universitat de Vic-UC Catalunya; Universitat de Birmingham, UK.

Antecedentes/Objetivos: Incorporar acciones de promoción de la salud como la actividad física y la alimentación saludable en el ámbito laboral es una medida eficaz, sostenible y de bajo coste para mejorar o mantener la salud de los trabajadores. El programa Climbs, Sube por las escaleras y elige alimentos saludables en el trabajo: Mejora tu salud mientras trabajas! Es un programa financiado por BUPA Foundation: The Medical Research Charity, y forma parte de un proyecto de investigación desarrollado por la University of Birmingham y la Universidad de Vic de Cataluña con la colaboración de la Agencia de Salud Pública de Catalunya del Departamento de Salud. El objetivo principal es desarrollar, aplicar y evaluar un programa conjunto de promoción de la actividad física y la alimentación saludable para implantarlo en los lugares de trabajo, centrado en el fomento del uso de las escaleras y la elección de alimentos saludables durante los días laborales.

Métodos: Intervención en cuatro empresas de Cataluña. Tres con intervención y una de control. Fase I. Diseño y desarrollo de los mensajes motivacionales. Fase II. Colocación de mensajes sobre actividad física en los lugares de toma de decisiones, al lado o sobre los botones de los ascensores, en las escaleras de cada planta del edificio y en el comedor laboral donde los trabajadores escogen los platos. Los mensajes se colocaron en las tres empresas intervención, la empresa control solo monitorizó el uso de las escaleras versus ascensor y la ingesta de menús semanales. Implementación: Durante 34 semanas de octubre 2013 a mayo 2014. Dos semanas de observación previa a la exposición de los mensajes. Tiempo de exposición 16 semanas, 4 semanas por cada campaña, alternado con períodos de no exposición entre campañas. Variables: Sensores que contabilizaban la frecuencia de uso de las escaleras medida con sensores en ascensores y escaleras, en la planta baja de los edificios. Recogida de oferta de menús semanales facilitados por la empresa de catering.

Resultados: Entre un 8 y un 16% de los trabajadores cambiaron sus hábitos. El uso de las escaleras se disparó hasta el 30% al añadir la campaña de alimentación saludable en la cafetería laboral. Los resultados apuntan a un incremento del 8, el 10 y el 16% de los trabajadores

que suben por las escaleras en las tres empresas que expusieron los mensajes, mientras que no se observó ningún cambio significativo en la empresa control.

Conclusiones/Recomendaciones: El proyecto de investigación CLIMBS concluye que aumenta el nivel de actividad física de los trabajadores si se colocan carteles con mensajes motivadores en puntos estratégicos en el trabajo.

776. LA EXPERIENCIA PACIENT ACTIU EN LA COMUNITAT VALENCIANA

M.A. Irles, G. Vallés, M.I. López, A. Antonaya, J.D. Royo, F. Climent, M.P. Castaño, X. Gómez, J. Trullenque

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Antecedentes/Objetivos: La educación para el autocuidado es una de las líneas de actuación recomendadas en el marco del nuevo paradigma de la cronicidad. El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia y resultados preliminares de la puesta en marcha del programa Pacient Actiu en la Comunitat Valenciana.

Métodos: El programa se inició en julio de 2014 siguiendo un modelo de formación en cascada. Se basa en la formación entre iguales mediante el desarrollo de talleres en la comunidad con contenido estructurado y dirigido a mejorar hábitos saludables y habilidades para el manejo de los síntomas de personas con una o varias enfermedades crónicas. Son impartidos por pacientes formados, que a su vez forman a otros pacientes, con el apoyo de personal sanitario a lo largo de 6 sesiones. Se evalúan distintas dimensiones en la primera y última sesión mediante sendos cuestionarios.

Resultados: Ocho maestros formadores fueron acreditados por la Universidad de Stanford para los programas "Tomando Control de Su Salud" y "Manejo Personal de la Diabetes". Estos han realizado 18 talleres en 11 departamentos de salud en los que participaron 173 pacientes (42% hombres y 58% mujeres) con una media de 61,8 años de edad. El porcentaje de pacientes con un mínimo de 4 sesiones de asistencia fue del 78%. La medición de la autoeficacia mostró un incremento (media inicial 7 DE 2,5 y final 7,4 DE 1,8). El 92% de los participantes valoraron la asistencia a los talleres como útil o muy útil para manejar sus problemas de salud y 9 de cada 10 personas se mostró satisfecha con la ayuda recibida y lo recomendaría a otras personas que se encuentren en una situación similar. Se han formado parejas de pacientes y sanitarios para el desarrollo de talleres en los 24 departamentos de salud de la Comunitat.

Conclusiones/Recomendaciones: El Programa Pacient Actiu es un nuevo modelo de educación en autocuidado bien aceptado y eficaz para el fomento de la autoeficacia en pacientes con enfermedades crónicas que complementa otras iniciativas en educación para la salud.

559. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN O BUSCAN LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS INCLUIDA LA ARTRITIS PSORIÁSICA

M.J. García de Yébenes, E. Loza, L. Carmona, R. Curbelo

Instituto de Salud Musculoesquelética.

Antecedentes/Objetivos: Explorar las barreras que los pacientes (asociados y no asociados) con EspA incluyendo la APs tienen en relación a la información que reciben sobre su enfermedad y proponer soluciones. Evaluar la satisfacción y características de la información recibida/buscada y sus canales.

Métodos: Análisis cualitativo del discurso en grupos focales. Se realizaron 2 grupos focales, uno con pacientes asociados y otro con pacientes no asociados. Se diseñaron para ambos casilleros tipológicos para asegurar la máxima representatividad de la muestra.

Resultados: Se realizaron dos grupos focales, el primero con 9 pacientes asociados reclutados a partir de 2 asociaciones de pacientes diferentes (55% hombres, 55% entre 40 y 60 años y 78% con enfermedad de más de 10 años). El segundo con 6 (55% hombres, 55% entre 40 y 60 años y 78% con enfermedad de más de 10 años) pacientes no asociados provenientes del mismo centro hospitalario. La principal y más veraz fuente de información es el médico seguida de las asociaciones de pacientes. Internet se consulta con mucha cautela por falta de filtro. Otros canales son irrelevantes. Son temas de interés las características de la enfermedad y sus tratamientos pero también la evolución, pronóstico y ayudas sociales, administrativas y de otra índole. Se necesita más información al inicio que adelante, pero esta debe darse de forma progresiva y adaptada a las necesidades del momento. En cuanto a las barreras destacamos la falta de tiempo en las consultas para informar, la poca actualización de muchos materiales que se proporciona, la falta de materiales especialmente escritos, la falta de ajuste del discurso al receptor. Se consideraron como facilitadores los contrarios a las barreras así como las asociaciones de pacientes, y una mayor motivación del médico, información escrita que apoye lo que se dijo en consulta para leer en casa, citas/grupos de pacientes específicas para explicar (educación), canales rápidos para información por el propio médico, un espacio específico de la consulta para poder preguntar.

Conclusiones/Recomendaciones: El reumatólogo sigue siendo la principal fuente de referencia y de veracidad en relación a información proporcionada. Las asociaciones de pacientes juegan un papel fundamental y son muy bien valoradas. Aparte de reconocer la existencia de factores personales poco modificables, en general los pacientes reclaman más tiempo para que les informen (sobre enfermedad, tratamientos y evolución y pronóstico), en formatos diferentes (verbal, papel, electrónico, grupos de pacientes), que la información sea veraz, objetiva y práctica, que el mensaje se enfoque con perspectiva positiva y siempre ajustado al receptor.

70. DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

C.M. Rocha Cruzeiro, A. Dias Inácio, D.F. Sequeira Silva, I. Santos Salla

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E).

Antecedentes/Objetivos: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa, segundo a Direção-Geral de Saúde (2006), uma das principais causas de mortalidade e morbilidade a nível mundial, com grave prejuízo na qualidade de vida dos doentes. Constitui um grave problema de saúde pública em Portugal e, é também uma das causas mais frequentes de internamento hospitalar. Esta patologia acarreta, futuramente, um número crescente de pessoas que necessitarão de cuidados especiais e portanto, de cuidadores informais capacitados para assisti-los no domicílio. Objectivos: identificar as características sócio demográficas dos cuidadores informais da pessoa com AVC, Identificar as dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com AVC no domicílio e analisar a sobrecarga do cuidador informal.

Métodos: Revisão integrativa da literatura, pesquisa de artigos científicos recorrendo às bases de dados, LILACS, Scielo, B-on e Repositório, tendo sido pesquisados artigos em idioma Português no período entre 2005 e 2015. A pesquisa foi conduzida a partir da questão de investigação, utilizando o método P[IC]OD e as palavras-chave: Cuidador Informal, Sobrecarga, Acidente Vascular Cerebral, Cuidador, Dificuldades, Stroke, Caregiver. Após a definição de critérios de inclusão e exclusão, recorreu-se a uma seleção rigorosa da qual resultaram 6 artigos.

Resultados: Relativamente ao cuidador informal verifica-se que o sexo feminino prevalece sobre o masculino e a idade varia de 31 a 61,5 anos, são maioritariamente casados, distribuição homogénea entre o grau de parentesco filhas" e "cônjuges" e também referem que os utentes com AVC residem no mesmo domicílio dos seus cuidadores

informais. A maioria dos estudos analisados evidenciam que as dificuldades apresentadas pelos cuidadores informais repartem-se em cinco áreas distintas: física, movimentação do utente, financeira, défice de conhecimento e sentimentos negativos (sentidos por parte do cuidador informal). Os resultados sugerem que a maioria dos cuidadores informais apresentam sobrecarga e que quanto mais dependente é a pessoa com AVC também maior é a sobrecarga".

Conclusiones/Recomendaciones: É prioritário oferecer suporte emocional e apoiar os membros da família, estabelecendo uma relação de confiança com o cuidador informal. Desenvolver investigação nesta área, identificar as dificuldades dos cuidadores informais aquando da prestação de cuidados à pessoa com AVC no domicílio, permitirá aos profissionais de saúde, estabelecer planos de cuidados individualizados que possam responder às necessidades específicas de cada família e à pessoa com AVC no domicílio.

806. DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA DE BASE LOCAL: PROYECTO SALTA HUMANES DE MADRID

C. Estrada, I. Wijers, M.I. Sillero, M.D. Lasheras, S. Mayorgas, R. Cupeiro Coto, S. Naval, A. Martínez, S. del Busto Bonifaz

Subdirección de Promoción, Prevención y EpS, DG Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, UPM.

Antecedentes/Objetivos: La red europea de prevención de obesidad (OPEN) dirige sus acciones de promoción de la práctica de actividad física (AF) y alimentación saludable a la población adolescente en zonas de mayor vulnerabilidad socioeconómica. El Proyecto SALTA de la Comunidad de Madrid, que forma parte de esta red, ha desarrollado el proyecto piloto Salta Humanes de Madrid (HM), de intervención comunitaria de base local, dirigido a población adolescente. El objetivo del proyecto es doble: mejorar los hábitos de los adolescentes de HM, al tiempo que se elabora un protocolo que facilitará la posterior extensión del proyecto a otros municipios. Presentamos el proyecto Salta-Humanes de Madrid.

Métodos: El diseño de la intervención se ha desarrollado según las siguientes etapas: 1. Compromiso político a nivel regional y local mediante acuerdo de colaboración. 2. Creación de un Comité Técnico Local intersectorial liderado por S. Pública local y Ayuntamiento. 3. Identificación de necesidades: análisis epidemiológico/socio-demográfico y de recursos. Estudio participativo de necesidades. 4. Diseño participativo de acciones, para el cual se han seguido estos criterios: estrategia de empoderamiento y co-creación (participación de la población adolescente), enfoque de educación para la salud y marketing social y enfoque positivo y lúdico. Todo el proceso prioriza la reducción de desigualdades socioeconómicas y de género. Se ha puesto especial interés en el plan de comunicación.

Resultados: Se constituye un Comité Técnico Local en el que participan las Concejalías de Salud, Juventud y Deportes, los 3 Centros educativos y el C. de Salud. Las asociaciones vecinales y comercio local colaboran en acciones puntuales. Necesidades identificadas: apoyar actividades en curso (viernes activos), ampliar y diversificar la oferta para las chicas, mejorar accesibilidad y estado infraestructuras y proporcionar espacio propio. Las acciones de promoción se dirigen a adolescentes y familias según 5 líneas de trabajo: información, comunicación y sensibilización (consejo médico, taller AMPAS, concursos), oferta de actividades específicas (Talleres baile/patinaje, Taller TIC...), promoción de entornos saludables (Prácticum INEF en c. educativos, reparación infraestructuras, arboretum...), plan de comunicación (materiales, web, vídeo) y evaluación.

Conclusiones/Recomendaciones: Para el desarrollo de esta intervención comunitaria ha resultado clave el compromiso político, la implicación de todas las concejalías y el resto de actores locales, el haber tenido en cuenta los activos en salud existentes, así como las propuestas de la propia población diana.

Financiación: Grants for proposals 2012 under the second Health Programme (2008-2013) DG SANCO.

622. SANITATION AND HEALTH PRACTICES IN UGANDA. A POSITIVE DEVIANCE APPROACH

J. Abalo, G. Ortiz Barreda, M.B. Mittelmark

Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway; MC venues Research Group, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway & PhD Program of Public Health, Universidad CES, Colombia; MC venues Research Group, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway.

Antecedentes/Objetivos: Uganda is hard hit by poor access to clean water, lack of basic sanitary facilities and practices, and the high cost of health care, all contributing to a high toll of infection-related illness. Responding, in 2010 the government implemented a community led total sanitation (CLTS) programme, using a participatory approach to empower communities to achieve better sanitation/health. Much can be learned from the experience of particular households in CLTS communities that managed to achieve significant sanitation improvements, despite ubiquitous deprivation. The 'positive deviance (PD)' method was used to study such success. PD is an innovative public health strategy to learn from people whose uncommon but successful behaviours or strategies enable them to find better solutions to a problem than their peers, despite facing similar challenges and having no extra resources. PD has been successfully applied to improve child nutrition and other public health challenges in the Global South, but until now it has not been used to address the need for better sanitation. Using PD, this study examined sanitation achievements in households with best practice.

Métodos: In a qualitative PD study in 2015 in three CLTS villages, data were collected through semi-structured in-depth audiotaped interviews, and observations. Participants were two district health officers and 10 men and 31 women in 41 households. Data were analysed using thematic network analysis.

Resultados: 25 Non-PD and 16 PD households were identified on the basis of reported and observed sanitation and health care practices. Compare to non-PD households, PDs engaged in traditional sanitary/health practices – using practitioners of traditional medicine such as birth attendants and traditionalist's shrines – to deal with infectious diseases (e.g., diarrhoea, malaria). For modern medicine, PDs use health center and village drug points. Fear of intimidations/shame from local leaders/village mates and costs of treatments together with extreme poverty inspired PDs. From health education, PDs learnt to sleep under treated nets, wash hands with ash/soap, and use latrines. For traditional knowledge on sanitation practices, PDs learned from elders and extended families.

Conclusiones/Recomendaciones: In the deprived villages studied, PD was effective in identifying particular instances of good household sanitation practices amongst the majority of households that struggled less successfully to achieve good sanitation. This study is thus the first to demonstrate the value of the PD method in community sanitation research in the Global South.

141. ESTIMACIÓN DE LOS NIVELES DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNITAT VALENCIANA

N. Tamayo-Fonseca, P. Pereyra-Zamora, J. Tuells, C. Barona, M.A. Irlés, R. Mas, A. Nolasco

Universidad de Alicante, Unidad de Investigación, Análisis, Mortalidad y Estadística Sanitaria; Servicio del Plan de Salud, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario del Vinalopó.

Antecedentes/Objetivos: La alfabetización en salud (AES) es un predictor importante del estado de salud de la población. El objetivo de este estudio es estimar el nivel de AES, así como estimar las prevalencias de alfabetización insuficiente o problemática y analizar la relación de esta variable con variables del entorno sociodemográfico, socioeconómico y del estado de salud en población general de 16 y más años de la Comunitat Valenciana (CV).

Métodos: Estudio de diseño transversal realizado a una muestra representativa por edad y sexo de población no institucionalizada, residente en la CV. Se utilizó el Cuestionario HLS-EU-Q16 de Alfabetización en salud propuesto por la Red Europea de AES y previamente validado para la población de la CV. Se estimaron prevalencias de diferentes niveles de AES según categorías de las variables estudiadas y sus intervalos de confianza al 95%. Para los análisis de asociación y modelos multivariantes se dicotomizó esta variable en 'Alfabetización inadecuada o problemática' y 'Alfabetización suficiente'. Se analizó la relación entre los niveles de AES y las variables sociodemográficas, socioeconómicas y de salud, mediante análisis simples (pruebas t, pruebas chi-cuadrado, pruebas no paramétricas) y multivariantes (modelos de regresión logística).

Resultados: En la CV, y para la población general, se ha podido establecer que el 38% de los sujetos encuestados presentó un nivel de AES limitado (5% nivel inadecuado y 33% con nivel problemático). Este porcentaje es mayor en > 65 años (68,3%), hombres (46,1%), con bajo nivel de estudios (50%), en situación laboral de no trabajo (parado, 44,8% u otras situaciones, 66,7%), con mala percepción del estado de salud (SAP) (58,8%), enfermedad crónica (45,5%) o con limitación de la actividad (53,3% grave, 55,2% no grave) con diferencias significativas. Respecto a la asociación, en el modelo simple, todas las variables presentaron asociación con la AES y en el modelo ajustado mantiene significación estadística la 'edad', 'profesión relacionada con la salud' y la presencia de 'limitaciones'. Existe una fuerte asociación entre el nivel de AES y la SAP (OR 3,25).

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha podido obtener diferentes niveles de AES en una muestra representativa de la población valenciana. El porcentaje de AES limitado, es elevado y difiere dependiendo del grupo de población. Se ha obtenido un perfil de población con nivel inadecuado o problemático de AES que debe ser tenido en cuenta como un grupo target para elevar o mejorar su nivel de AES a fin de reducir las disparidades sanitarias y de promover una mejora de sus características de salud.

471. PLATAFORMA DE SABERES: ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE EM AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

C. Souza, M.L. Teixeira, M.I. Gouveia, M. Barros, M. Oliveira, S. Santos, E. Hora, O. Lino, J. Pilotto

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Antecedentes/Objetivos: O Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) é uma unidade da Fiocruz voltada para a pesquisa clínica, ensino, serviços de referência e assistência em doenças infecciosas (DI). O Laboratório de Pesquisa em Epidemiologia e Determinação Social da Saúde, desenvolve projetos em epidemiologia clínica (EC) e social (ES). Defendemos a ideia de que a ES apresenta um diferencial epistemológico centrado em investigar os DSS, doença e bem-estar. A contribuição da ES está principalmente direcionada ao desenvolvimento de novas estratégias de investigação coletiva para subsidiar a EC. O objetivo deste trabalho é descrever o impacto clínico e social das ações de promoção da saúde (PS).

Métodos: As novas práticas de PS e formas de produção de conhecimento são desenvolvidas, em parceria com a Associação Lutando Para Viver Amigos do INI, uma associação conduzida por pacientes e

voluntários. Os participantes (portadores de DI, seus familiares/amigos), sugerem temas para oficinas, palestras, visitas a museus, centros de ciências, exposições, e outras demandas. Para avaliar o impacto das ações/atividades de PS entrevistamos 14 portadores de DI (sendo 7 de cada gênero).

Resultados: A idade da amostra sob estudo variou de 41 a 70 anos. Oito (57%) relataram ter mais de 8 anos de instrução. Dentre as ações realizadas desde 2011, as mais impactantes foram a visita ao Museu de Anatomia de Petrópolis, a caminhada na pista Claudio Coutinho na Urca, Espaço Cultural da Marinha com passeio marítimo, Oficinas de Literatura, Pintura e Dança. Motivos que os levam a participar das atividades: acesso ao conhecimento científico e tecnológico, compartilhar experiências, socialização, bem-estar, valorização da autoestima, inclusão social. Foram relatadas mudanças importantes que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida dos participantes como estreitamento das relações sociais, de amizade, e companheirismo; desenvolvimento do raciocínio e estímulo a aprendizagem; controle da ansiedade e stress; melhoria da comunicação. Identificamos, também, a partir das falas: maior autonomia, o aumento da responsabilidade a adesão ao tratamento e a importância do seu papel na sociedade enquanto multiplicadores dos conhecimentos e experiência adquirida.

Conclusiones/Recomendaciones: Os achados sugerem que o projeto vem fortalecendo as relações de solidariedade, responsabilidade social e cidadania. melhoria das condições de saúde e bem-estar do grupo estudado. Nossa intenção é também contribuir para que esses cidadãos possam ser participantes ativos das decisões da vida social, como o enfrentamento coletivo das iniquidades em saúde.

Financiación: Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI)/Fiocruz, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), Centro de Estudos Interdisciplinares de Saúde, Educação e Ambiente (CEISE).

CP15. Salud infantil y juvenil

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 9:00 a 11:00 h

Pantalla 3

Moderar: María Luisa Carpio Gesta

757. MORTALIDAD Y MORBILIDAD HOSPITALARIA DE LOS NIÑOS Y JÓVENES ARAGONESES

M.L. Compes, G. García-Carpintero, M. Esteban, M.C. Burriel, N. Álvarez, B. Adiego, F. Arribas

Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: Según Colomer, la infancia se percibe como un periodo vital con escasos problemas de salud, lo que lo hace casi invisible en investigación y en la planificación de servicios. En general, no se tiene en cuenta que se trata de un período de desarrollo y de alta vulnerabilidad. Este estudio pretende una aproximación al estado de salud en los primeros años de la vida de los aragoneses.

Métodos: Estudio descriptivo de mortalidad de 2004 a 2013 de 0 a 14 años (< 1 año, 1-4 y 5-14 años) Se calcula: número muertes y tasas específicas por grupos de edad, por año y por tipo de causa según grandes grupos de la CIE10 y lista reducida del INE. Estudio descriptivo de altas hospitalarias de 2010 a 2014 de 0 a 18 años (< 1 año, 1-5, 6-10, 11-15 y 16-17 años) a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Las variables analizadas son sexo, edad y capítulo de CIE 9 MC del diagnóstico principal Se calcula: porcentaje, tasa bruta y tasas específicas por edad y sexo y por capítulo de CIE 9MC.

Resultados: De 2004 a 2013 se registran 649 muertes de 0 a 14 años. La tasa global es 37,1 por 10⁵ h (< 1 año: 333,5; 1-4 años: 22,8; 5-14 años: 10,9). Las tendencias en todos los grupos son descendentes, sobre todo en la mortalidad infantil. La causa más frecuente en < 1 año son "enf. originadas en el periodo perinatal" (57%). 1-4 años "causas externas", destacando accidentes de tráfico (n = 11). 5-14 años "tumores", destacando leucemias (n = 10) y tumor maligno del encéfalo (n = 8). De 2010-2014, se registran 82.538 altas de 0 a 18 años. La tasa global es 7.066 por 10⁵ h (< 1 año: 42.451). Las altas más frecuentes son por "enf. del ap. respiratorio" (18%) y por "enf. del periodo perinatal" (14%). Las tasas son superiores en niños, salvo en "enf. mentales", "neoplasias" y "enf. endocrinas". Por capítulos, en < 1 año "determinadas condiciones con origen en el Período Perinatal"; 1-10 años, "enf. del ap. respiratorio"; 11-17 años "lesiones y envenenamientos" muy superior en niños. Las "enf. mentales" presentan mayor tasa en niñas de 11 años en adelante.

Conclusiones/Recomendaciones: Como ocurre en nuestro entorno, las tasas de mortalidad más altas se dan en el primer año y descienden hasta el grupo de 5 a 14 años, donde presentan las tasas más bajas de la vida. También en < 1 año la tasa específica de altas hospitalarias, es muy superior al resto de los grupos de edad estudiados, incluso a la tasa bruta de todas las edades. Esta tasa tan alta quizá refleje más un exceso de celo con este grupo de edad que una necesidad real de hospitalización si bien también es posible que esta respuesta de los servicios de salud esté implicada en el descenso de la mortalidad en este grupo de edad. Se constata que hay causas de muerte y de hospitalización que son evitables y por tanto sería conveniente plantear políticas de prevención.

262. PREVALENCIA, DURACIÓN Y CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PRIMER AÑO DE VIDA Y SUS DETERMINANTES

E. Tizón Bouza, S. Pita Fernández, M. Moureira Vázquez, S. Souto Derungs, N. Freire Barja, M.C. Suárez Sotelo, M.T. Seoane Pillado, S. Pérttega Díaz

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de lactancia materna (LM) al alta hospitalaria, a los 4, 6 y 12 meses, y variables asociadas. Determinar la validez y seguridad de diferentes antecedentes para predecir dicha prevalencia.

Métodos: Estudio observacional prospectivo (n = 420; $\alpha = 0,05$; $d = \pm 4,4\%$), entre junio/2013 y septiembre/2015, con mujeres ingresadas por parto. Se obtiene consentimiento informado y autorización del Comité Autonómico de Ética de la Investigación. Se realiza un estudio descriptivo y multivariante de regresión logística.

Resultados: La prevalencia de LM al alta fue de 81,4%, a los 4 meses de 54,7%, a los 6 meses de 41,6% y a los 12 el 19,1%. En el análisis multivariante, las variables con efecto independiente para predecir LM son: Al alta: consumo de tabaco, número de hijos, lactancia previa y parto gemelar. A los 4 meses: nivel de estudios, asistencia a educación maternal, género y lactancia en primera toma. Se encuentra en el límite de la significación lactancia previa. A los 6 meses: lactancia previa. En el límite de la significación edad de la madre y asistencia a educación maternal. A los 12 meses: se encuentra en el límite de la significación edad de la madre, consumo de tabaco y lactancia previa. La variable con mayor sensibilidad, especificidad y valores predictivos para predecir LM es la lactancia previa. Entre los motivos del cambio de LM destacan la hipogalactia a los 4 meses (34,6%), la introducción de alimentación complementaria a los 6 meses (68,2%) y la vuelta al trabajo a los 12 meses (30,3%).

Conclusiones/Recomendaciones: La prevalencia de LM disminuye con el tiempo, con baja prevalencia de LM exclusiva a los 6 meses.

Existen variables asociadas a la LM en el seguimiento. El antecedente de lactancia previa es la que mayor validez tiene para predecir LM.

540. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PUBERAL EN PREADOLESCENTES DE 11 AÑOS. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA COHORTE INMA-VALENCIA

A. Beneito, L. González, E. Alabarta, A. Cases, M. Estarlich, A. Esplugues, S. Llop, F. Ballester, M.J. López-Espinosa

Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología; Ambiente y Salud FISABIO-Universitat Jaume I-Universitat de València; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La pubertad es un momento decisivo en la vida humana y su alteración podría estar asociada con problemas de salud. Existen pocos estudios que hayan evaluado la maduración sexual en España. La cohorte INMA-Valencia permite el estudio y seguimiento del desarrollo puberal en una muestra representativa de población española. **Objetivos:** estudiar el desarrollo puberal en 80 chicas y 58 chicos (edad M: 10,9 [DE: 0,33] años, visita en proceso) y la concordancia entre la evaluación de enfermeras, padres/madres y chicos/as.

Métodos: Descriptivo de la evaluación del desarrollo mamario (DM), genital (DG) y vello púbico (VP) mediante los estadios de Tanner (del 1 = prepuberal al 5 = pospuberal), evaluado según enfermeras. Análisis de correlación entre evaluadores (enfermeras, padres/madres y chicos/as) usando el Test Kappa.

Resultados: En la evaluación realizada por las enfermeras, el porcentaje de chicas que se encontraban en los estadios Tanner = 1, Tanner = 2, Tanner = 3 y Tanner = 4 fue: 19, 36, 36 y 9% para DM y 15, 36, 26 y 23% para VP, respectivamente. La concordancia entre enfermeras y padres/madres fue para DM: 0,75 y VP: 0,76 ("fuerza considerable" en ambos); y entre enfermeras y chicas fue para DM: 0,37 ("fuerza aceptable") y VP: 0,43 ("fuerza moderada") ($p < 0,001$, en todos los casos). En chicos, la prevalencia en Tanner = 1, Tanner = 2 y Tanner = 3 fue: 26, 53 y 21% para DG y 72, 26 y 2% para VP. La concordancia entre enfermeras y padres/madres fue para DG: 0,47 ("fuerza moderada") y VP: 0,63 ("fuerza considerable") ($p < 0,001$) y entre enfermeras y chicos fue para DG: 0,29 ("fuerza aceptable", $p = 0,008$) y VP: 0,09 ("fuerza leve", $p = 0,037$).

Conclusiones/Recomendaciones: A los 11 años, las chicas tenían un desarrollo puberal más avanzado que los chicos. Un porcentaje similar de chicas habían iniciado la pubertad (Tanner > 1) para ambos caracteres sexuales secundarios. Para el caso de los chicos, un alto porcentaje estaba todavía en un estadio prepuberal con respecto al desarrollo de vello púbico. Considerando la evaluación por personal sanitario como "gold standard", parece más fiable la evaluación puberal por padres/madres que por los propios preadolescentes a la edad de 11 años ya que la concordancia fue mayor entre enfermeras y padres/madres que entre éstas y los/as chicos/as. Respecto a las diferencias entre sexos, la concordancia entre evaluadores fue menor en chicos.

Financiación: ISCIII-FEDER: PI14/00891, PI13/1944, Miguel Servet-FEDER CP11/0178, CP15/0025.

709. ALERGIA ALIMENTARIA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

T. Seoane-Pillado, A. Moreno-Álvarez, L. Vila-Sexto, A. Solar-Boga, S. Pérttega-Díaz, S. Pita-Fernández

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; INIBIC.

Antecedentes/Objetivos: La alergia alimentaria (AA) tiene una elevada prevalencia e incidencia. Se estima que afecta a 1-3% de la

población general. Son un motivo de consulta frecuente en pediatría, el huevo y la leche de vaca son los alimentos más frecuentemente implicados. Los objetivos son evaluar las características clínico-epidemiológicas de niños con AA a leche y/o huevo y la validez y seguridad de las pruebas para el diagnóstico, referencia exposición oral controlada.

Métodos: Estudio observacional de seguimiento. Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña. 2008-2015. N = 378 niños con sospecha de APLV y/o AA a huevo con clínica compatible y criterios inmunológicos (seguridad = 95% y precisión = $\pm 6\%$). Análisis descriptivo e inferencial. Curvas ROC. Validez y seguridad. Autorización del Comité Ético (CEIC 2010/423). Consentimiento informado.

Resultados: Según tipo de alergia, el 52,5% monosensibilizados APLV, el 34,6% con AA al huevo y el 12,9% comparten ambas AA. APLV: 56,6% son niños, edad inicio síntomas $10,8 \pm 13,4$ meses (Md = 7,0), el 94,7% con antecedentes de lactancia materna. Comorbilidad alérgica más frecuente es el asma (20,0%). El 27,5% presentan otras AA. Clínica en 1ª ingesta el 29,1%, síntomas más frecuente fueron: urticaria generalizada (42,1%) y vómitos (37,4%), anafilaxia en el 7,2%. IgE total $102,2 \pm 171,8$ U/ml. Alcanzan la tolerancia total el 91,8% (Md = 25 meses) AA al huevo: 58,0% niños, edad inicio síntomas $2,7 \pm 2,7$ años (Md = 2,0), el 82,9% con antecedentes de lactancia materna. El 38,9% padecen otras AA. El 77,8% tienen antecedentes familiares de atopia. Clínica en 1ª ingesta el 49,5%, síntomas más frecuentes: urticaria peritoneal y generalizada (40,6%, 39,1%), vómitos (24,2%). IgE total $348,5 \pm 594,2$ U/ml. Alcanzan la tolerancia total el 48,9% (Md = 5 años) APLV+ huevo: 59,2% niños, edad inicio síntomas para leche Md = 4,2 meses y para huevo Md = 12,0 meses. 98,0% sufren otra AA, antecedentes familiares el 77,8%. Clínica en 1ª ingesta de leche en 50% y huevo en 31,3%. Síntomas más frecuentes: urticarias y vómitos. IgE total $161,6 \pm 164,4$ U/ml. Alcanzan tolerancia total a leche el 70,8% (Md = 36 meses) y a huevo el 51,0% (Md = 4 años). IgE para leche de vaca: AUC = 0,763, sensibilidad = 52,4%, especificidad = 89,6%, VPP = 66,0%, VPN = 83,0 IgE específica ovomucoide: AUC = 0,839, sensibilidad = 76,8%, especificidad = 91,2%, VPP = 93,5%, VPN = 70,45%.

Conclusiones/Recomendaciones: Los pacientes con ambas alergias presentan un curso evolutivo más desfavorable y asocian con más frecuencia otras alergias alimentarias. La determinación sérica de IgE leche de vaca muestra una mayor sensibilidad y especificidad. En el caso del huevo, la determinación sérica de IgE para ovomucoide es la que presenta resultados más fiables.

715. PROCESO DE DESENSIBILIZACIÓN DE LOS NIÑOS CON ALERGIA ALIMENTARIA A LECHE Y/O HUEVO

T. Seoane-Pillado, A. Moreno-Álvarez, L. Vila-Sexto, A. Solar-Boga, S. Pérttega-Díaz, S. Pita-Fernández

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; INIBIC.

Antecedentes/Objetivos: La leche y el huevo son los alimentos que producen con más frecuencia alergia alimentaria infantil. Generalmente el proceso evoluciona hacia la tolerancia, pero en algunos casos persiste y las reacciones pueden ser graves. La desensibilización (DS) oral consiste en la administración de cantidades crecientes del alérgeno de una forma protocolarizada, regulada y progresiva con el objetivo de alcanzar la tolerancia o adelantarla. El objetivo es determinar las características clínicas e inmunológicas de los pacientes sometidos a DS.

Métodos: Estudio cuasiexperimental. Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña. Año 2015. Se incluyen niños con alergia a la leche y/o huevo persistente (prueba de exposición oral positiva) sometidos a DS: 24 niños con alergia a la leche y 45 con alergia al huevo. Análisis

descriptivo e inferencial. Autorización del Comité Ético (CEIC 2010/423). Consentimiento informado.

Resultados: La DS oral se realiza de forma ambulatoria, con incrementos de dosis semanales bajo supervisión médica. El procedimiento finaliza cuando los pacientes toleran 50 g de huevo o 200 ml de leche. DS leche: el 75% son niños, con edad media de inicio $6,4 \pm 2,7$ años y duración media $3,7 \pm 2,4$ meses. El 66,7% presentan otras alergias alimentarias y tienen antecedentes familiares de atopia el 95,8%. DS huevo: el 60% son niños, edad de inicio $7,1 \pm 2,4$ años y dura $3,9 \pm 2,6$ meses. El 46,7% tienen otras alergias alimentarias y el 83,3% tienen antecedentes familiares de atopia. Durante la DS la manifestación clínica más frecuente fue el prurito velopalatino (43,5% leche, 33,3% huevo). Al finalizar la DS se objetiva un descenso en los niveles de IgE sérica total y específica para leche de vaca. En el caso del huevo, hay un descenso estadísticamente significativo de IgE de clara e IgE de ovoalbúmina. En 10 pacientes sometidos a DS con huevo, se lleva a cabo el test de activación de basófilos mediante técnica de citometría de flujo antes y después del procedimiento. En estos pacientes, se observa un descenso significativo en la expresión de CD63 después de la de DS. Además, los basófilos son entre un 30%-50% menos reactivos.

Conclusiones/Recomendaciones: La DS se asocia a un porcentaje de tolerancia elevado con reacciones clínicas menores. Se objetiva un descenso en los niveles de IgE específica para las diferentes fracciones de la leche y el huevo, estadísticamente significativos en el caso de la clara del huevo y la ovoalbúmina. Se aprecia un descenso en la activación de los basófilos y en la expresión de CD63 tras el procedimiento.

439. INGESTA NUTRICIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS VALENCIANOS: ESTUDIO ANIVA

N. Rubio-López, M. Morales-Suárez-Varela, Y. Pico, L. Livianos, A. Llopis-González

Universidad de Valencia; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); CSISP-FISABIO; CIDE, UV-CSIC-GV.

Antecedentes/Objetivos: Estudios epidemiológicos mundiales estiman que uno de cada cinco niños va a desarrollar algún tipo de problema mental antes de llegar a la edad adulta, y que el 50% de todos los problemas de salud mental de los adultos se desarrollan en la infancia y adolescencia. La infancia es un período crucial para el desarrollo físico, psicológico y social del niño, pero desafortunadamente, este período coincide con la aparición de enfermedades psiquiátricas. La adecuada nutrición es un factor relevante para el crecimiento y desarrollo de los niños, no sólo en términos fisiológicos, sino también para el desarrollo cerebral (desarrollo óptimo de la función cognitiva). Sin embargo, la calidad nutricional de los niños y adolescentes se ha deteriorado significativamente en las últimas décadas. Dada la importancia de la nutrición y la salud mental como problemas de salud pública, el presente estudio examina la relación entre la ingesta nutricional y los síntomas depresivos en los escolares valencianos.

Métodos: El estudio ANIVA es un estudio transversal en niños de 6 a 9 años en la provincia de Valencia. Se seleccionó una muestra final de 710 niños. Se suministró una autorización paterna, confirmando la participación del niño. La ingesta de macro y micronutrientes consumidos se estimó a través de un registro de tres días (cumplimentado por los padres) que fue evaluado por el programa DIAL y los síntomas depresivos fueron evaluados a través del cuestionario CES-CD cumplimentado por los niños en clase.

Resultados: El 20,70% de los niños presentaron síntomas depresivos. En términos demográficos, los escolares presentaron una elevada relación con síntomas depresivos si el nivel educativo familiar era bajo y su residencia era rural ($p < 0,05$). En cuanto a la valoración nutricional, los niños con síntomas depresivos mostraron menores in-

gestas de nutrientes que los niños sin síntomas depresivos. En general, más del 90% de los escolares mostraron ingestas inadecuadas de hidratos de carbono, fibra y flúor; y más del 50% mostraron ingestas inadecuadas de vitamina D, E, zinc e iodo. También se identificaron diferencias entre los niños con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos en relación con la ingesta diaria recomendada para la energía total ($p = 0,026$), vitamina C ($p < 0,001$), vitamina E ($p = 0,004$), magnesio ($p = 0,018$), y hierro ($p = 0,013$), cuyas ingestas fueron inferiores en los niños con síntomas depresivos, mientras que la fibra ($p < 0,001$) fue mayor para dichos niños.

Conclusiones/Recomendaciones: Nuestros resultados identifican que los carbohidratos eran el factor más estrechamente asociada con los síntomas depresivos. La nutrición juega un papel importante en la salud mental, por lo que, una inadecuada nutrición, puede contribuir a la patogénesis de la depresión.

690. ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL REGISTRO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL EN CATALUÑA

B. Prats, M.A. Betriu, I. Lorente, J. Vidal, C. Bugie, P. Poo, R. Fernández, C. Cabezas

ASPCAT, Departamento de Salud; Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias; APEPC, CAT (Asociación para el Estudio de la Parálisis Cerebral Infantil).

Antecedentes/Objetivos: La parálisis cerebral infantil (PCI) es la causa de discapacidad motriz más importante en la edad infantil. Su prevalencia es de 2-3/1.000 nacidos vivos. Por su asociación con efectos perinatales adversos es un buen indicador para hacer un seguimiento del embarazo, de la salud perinatal y de la salud materno-infantil a largo término. Se recogen los casos de niños con PCI en el registro de la PCI del Departamento de Salud y se ha establecido un convenio de colaboración entre la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT), el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias y la Asociación de Profesionales para el Estudio de la Parálisis Cerebral Infantil (APEPC.CAT) en marzo 2015. El objetivo principal es dar a conocer las principales variables del registro de la PCI en Cataluña para mejorar las actuaciones de prevención de la parálisis cerebral infantil.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de niños con PCI (acumulado 2000-2013): 500 casos. A partir del registro de PCI (ASPCAT): niños < 5 años con parálisis cerebral infantil. Las variables estudiadas son: sexo, peso, nacionalidad, edad de la madre, tipo de parto, tipo de gestación, gemelos, prematuridad, logopedia, edad gestacional y región sanitaria.

Resultados: La mayor parte de los niños con PCI son del sexo masculino (52,6%) y un 13,6% son gemelos. En relación a la nacionalidad un 92,8% son autóctonos, mientras que el resto son extranjeros (7,7%). En un 38,7% de los casos realizan logopedia. En relación al peso un 44,2% tienen un peso inferior a 2.500 g y de estos un 47,96% tiene un peso de menos de 1.500 g. La edad materna es superior a 35 años en un 19,12% de los casos e inferior a 20 años en un 2,4%. La distribución por regiones sanitarias se concentra en un 64,3% en la región sanitaria de Barcelona seguida de la región sanitaria de Gerona (14,6%) y el menor número de casos se concentra en la región sanitaria de Alto Pirineo y Arán (0,4%). En un 42,83% de los casos el tipo de parto es por cesárea y en un 12,39% es distócico.

Conclusiones/Recomendaciones: La mayoría de niños con PCI son de sexo masculino y autóctonos. Las cesáreas representan casi la mitad del tipo de partos y más de 1/10 de los partos son distócicos. Un 13,6% son gemelos. Casi 1/3 de los niños son prematuros y casi un 50% tienen bajo peso extremo. El seguimiento de estas variables permitirá adoptar medidas preventivas en el control del embarazo y obtener mejores resultados en la salud del niño y de la madre.

664. ESTUDIO PIONERO EN LA DETERMINACIÓN DE ALTERACIONES AUDITIVAS Y NIVEL DEL LENGUAJE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CONCURRENTES A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA Y HOSPITAL PÚBLICO, ASUNCIÓN, PARAGUAY

M. Brizuela-Cabral, E. Villagra, G. Benítez, L. Cabrera, J. Ramírez, T. Talavera, F. Colman

Carrera de Fonoaudiología; Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción UC; Dirección General de Posgrado e Investigación DGPI UC.

Antecedentes/Objetivos: La fonoaudiología engloba las áreas de audiología, habla y lenguaje-voz. Su presencia debe favorecer la creación de un medio ambiente más saludable y propicio para el desarrollo de la comunicación. Se ha desarrollado una línea de base de las características auditivas en niños, niñas y adolescentes; el lenguaje y presencia del trastorno específico del lenguaje.

Métodos: Este estudio descriptivo se ha realizado con una muestra de 119 alumnos del colegio La Providencia, y 87 pacientes derivados al servicio de fonoaudiología del Hospital de Barrio Obrero del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (en adelante, HBO-MSPBS).

Resultados: Un 15% de los alumnos con una elevada proporción de hipoacusia conductiva uni o bilateral. El tipo de hipoacusia es conductiva en el 14% de los casos, mientras que el 1% restante presenta un tipo de hipoacusia neurosensorial. La prevalencia de las alteraciones del habla y lenguaje fue del 9%. De los pacientes derivados al servicio de fonoaudiología del HBOMSPBS, el 49% se presentó con alteraciones auditivas. Según los tipos de alteraciones auditivas, un 83% resultó ser de tipo conductivo. El nivel de alteración severa no fue detectado, pero sí un nivel moderado y profundo en el 30% de los afectados. Más del 50% de los pacientes niños, niñas y adolescentes presentan dificultades en habla y lenguaje. Dichos pacientes presentan un elevado desvío fonético, así como retraso en el desarrollo del lenguaje.

Conclusiones/Recomendaciones: Se resalta la importancia de reevaluar estas evaluaciones en niños, niñas y adolescentes a fin de dar una orientación para un tratamiento en forma multidisciplinaria, y favorecer, por tanto, la calidad de vida de los mismos y de la sociedad.

452. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES DE GUADALAJARA, MÉXICO

M.G. Vega-López, G.J. González-Pérez, M.A. Valle, M.E. Flores

Universidad de Guadalajara, México.

Antecedentes/Objetivos: Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, la prevalencia de fumadores activos entre los 12 y 17 años a nivel nacional fue de 12,3% (16,4% y 8,1% entre mujeres y hombres, respectivamente), cifras que reflejan un incremento con relación a lo observado a comienzos de siglo. Este estudio pretende caracterizar el consumo de tabaco en adolescentes, alumnos de escuelas secundarias públicas de Guadalajara, México, determinar su prevalencia e identificar factores asociados a ser fumador activo.

Métodos: Este es un estudio transversal. Se seleccionó una muestra aleatoria polietápica, representativa de la población estudiantil en escuelas secundarias públicas de Guadalajara, México, en el curso escolar 2012-2013. Se estudiaron 18 escuelas y 1.706 estudiantes entre 11 y 16 años de edad, a los que se aplicó un cuestionario estructurado de auto respuesta, destinado tanto a buscar información sobre consumo de tabaco del adolescente como a la obtención de datos personales, escolares y familiares. Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística, calculando odds ratio ajustados (ORa) -con un intervalo de confianza del 95%- para establecer la asociación entre distintos factores y el ser fumador activo (definido como aquel adolescente que fumaba al momento del estudio y que declaró haber fumado durante el último año).

Resultados: Casi un tercio de los estudiantes declaró haber fumado alguna vez y 7% (IC95% 5,8-8,3) era fumador activo al momento del estudio (5,7% en hombres, 8,2% en mujeres); alrededor del 35% fumó su primer cigarrillo antes de los 12 años. 92% de los fumadores activos fuman menos de 5 cigarrillos al día. 62% de los estudiantes ha comprado cigarrillos en tiendas, aunque la edad legal para poder comprar son los 18 años, y casi la mitad de ellos los ha comprado sueltos, lo que es ilegal. Factores tales como que sus mejores amigos fumen (ORa = 5,7), ser mujer (ORa = 1,9), sentirse rechazado por sus compañeros (ORa = 2,1) o ser repetidor de cursos (ORa = 1,9) se asociaron significativamente al hecho de ser fumador activo; ser consumidor de alcohol o drogas también está fuertemente asociado al hecho de ser fumador activo.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados muestran una prevalencia menor a la encontrada a nivel nacional, pero constatan una mayor proporción de fumadoras que de fumadores activos, y el inicio temprano del hábito de fumar. También revelan el papel de las relaciones entre amigos y de las circunstancias escolares adversas en el consumo de tabaco. Así, el estudio brinda elementos para implementar políticas educativas y sanitarias encaminadas a prevenir oportunamente -quizá desde los últimos grados de la educación básica- el consumo precoz de tabaco en la adolescencia, además de mostrar la necesidad de hacer cumplir estrictamente los ordenamientos legales existentes para la comercialización del tabaco.

970. EFECTOS DEL USO Y ABUSO DE INTERNET EN LA SALUD SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES EN EL SUR DE CHILE

M. Carrasco-Portiño, L. Garcés-Cuervo, N. Maldonado-Palomino, D. Márquez-Cartes, A. Mercado-Carrasco, E. Morales-Araneda, B. Romero-Constanzo

Departamento de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Concepción, Chile; Grupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante, España.

Antecedentes/Objetivos: El uso de estas tecnologías ya es un fenómeno masivo, especialmente entre jóvenes, quienes constituyen un grupo vulnerable y la falta de regulación del contenido al que pueden acceder ellos en Internet. En un estudio chileno, el 100% de adolescentes se conecta a diario a redes sociales, el 17% no cree que existan riesgos asociados a esto. El 87% publica información fotos y vídeos personales, llegando a subir fotos sugerentes o provocativas (sexting), pero se desconoce el efecto que puede tener éste uso en los adolescentes, por ello, se caracterizará el uso/abuso de internet y su impacto en adolescentes de la comuna de Concepción durante el año 2015.

Métodos: Estudio transversal de jóvenes de un establecimiento de educación secundaria masculino de la ciudad de Concepción. Muestreo aleatorio simple de 4 niveles educativos. Muestra: 247 estudiantes. Se utilizó un cuestionario que valoraba las características personales, familiares, de uso de redes sociales, escala de victimización sexual (The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ)) y uso de sexting. Se obtuvo aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Concepción.

Resultados: La edad de los jóvenes fluctuaba entre 14 y 21 años, con una media de 16 años. El 56% ya inició actividad sexual. El 86% tiene acceso a internet. El 55% se consideraba usuario ocasional de Internet, 26% usuario habitual y 14% cree que hace un uso excesivo. El 51% admitió haberse quedado dormido, haber llegado tarde a clases o no haber entregado un trabajo a tiempo este motivo, el 14% de éstos admite que le ha ocurrido más 12 veces, aunque ésta situación disminuye cuando tenían una figura adulta supervisaba el uso de Internet ($p < 0,05$). El 61% señala haber iniciado una relación a través de esta vía, aunque 1/4 de éstos no conocía en persona su "novia". El 27% admitió haber compartido imágenes/vídeos de connotación sexual. El

66% recibió de amigos/as/pareja/desconocidos/éste tipo de material, el 42% de éstos re-envió este material. El 100% de aquellos que habían sido víctimas de abuso sexual ha participado del envío o recibo de imágenes con contenido sexual ocasional o frecuentemente.

Conclusiones/Recomendaciones: No existe una real percepción del uso de internet, ya que siendo un usuario excesivo (más de 3 horas/día) se consideran ocasionales o habituales, provocando un efecto en su rendimiento escolar, aunque esto disminuía significativamente si existía una figura adulta que supervisara su uso. Existe una relación significativa entre el grado de victimización percibido por los adolescentes y el sexting, es decir, envío de imágenes con contenido sexual ocasional o frecuentemente.

440. PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO “GAN” (ASMA EN LA INFANCIA EN ESPAÑA)

L. García-Marco, I. Carvajal-Urueña, R.M. Busquets, C. González-Díaz, A. Arnedo-Pena, A. Colomar, A. Llopis, M. Morales-Suárez-Varela, Grupo GAN España

Hospital Virgen de la Arrixaca; Centro de Salud de La Ería; Universidad Autónoma de Barcelona; Universidad del País Vasco UPV/EHU; Centro de Salud Pública de Castellón; Universidad de Valencia; CIBERESP; CSISP-FISABIO.

Antecedentes/Objetivos: El asma es una enfermedad crónica, que afecta a unos 334 millones de personas de todas las edades en todo el mundo, existiendo variaciones en la prevalencia dependiendo de la zona de estudio por sus implicaciones medioambientales y sociales. Se ha puesto en marcha un proyecto con el fin de mejorar el tratamiento del asma a nivel mundial mediante la vigilancia epidemiológica, la colaboración en investigación, el desarrollo de las capacidades profesionales y el acceso a medicación básica de calidad, en aquellos países en los que no está disponible fácilmente. El proyecto surge de la colaboración entre los participantes del proyecto ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) y la Unión Internacional contra la Tuberculosis y la Enfermedad Pulmonar (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, comúnmente llamada The Union). La Red Global de Asma (Global Asthma Network -GAN) es fruto del Informe “Global Asthma Report” de 2011. El objetivo es conocer la prevalencia de asma en niños de 6-7 y 13-14 así como el tratamiento que reciben y su control.

Métodos: Se usan cuestionarios estandarizados y previamente validados a nivel internacional internacionales, traducidos a los diferentes idiomas, para recoger información acerca de la prevalencia y gravedad del asma; guías clínicas nacionales de manejo de asma; y la disponibilidad, precio y asequibilidad de la medicación básica del asma. Los estudios de investigación indicarán cómo se realiza el diagnóstico de los pacientes, el número de visitas no programadas, incluyendo al servicio de urgencias, y de ingresos hospitalarios. Dichos cuestionarios serán completados por padres y alumnos de dos grupos de edad (6-7 y 13-14 años). La red de centros participantes en España son 17 centros.

Resultados: Tras realizar la solicitud de las autorizaciones en los diferentes centros de investigación, se ha traducido la encuesta, validándola. Se han tenido en cuenta los requerimientos éticos y consiguiendo permisos y que se está coordinando la recogida de datos bajo unos criterios de homogeneidad tanto del procedimiento de acceso como en los criterios de inclusión de los niños participantes para asegurar su representatividad, siguiendo el cronograma del proyecto.

Conclusiones/Recomendaciones: El proyecto ha sido muy bien acogido por instituciones y padres. La implicación de los investigadores ha sido fundamental para su gestión. La tasa de participación exigida para la representación de la población prevé la necesidad de continuidad y la extensión del proyecto respecto al cronograma previsto.

435. PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE BRONCODILADORES DE ACCIÓN LARGA EN NIÑOS CON ASMA (PI15/00449)

G. Hernández, M. Martí-Pastor, M. Praena, E. Van Ganse, M. de Bruin, A. Dima, O. Garin, M. Ferrer

Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas; CIBERESP; UAB; UPF; Universidad de Sevilla; Lyon Pharmacology-Epidemiology Unit; Amsterdam School of Communication Research.

Antecedentes/Objetivos: Los broncodilatadores de acción larga (BAL) fueron introducidos en los años 90 cuando mostraron mejoras significativas en la calidad de vida. Una reciente revisión de revisiones de la iniciativa Cochrane centrada en niños no permitió asegurar que la terapia combinada de BAL con corticosteroides inhalados (CI) esté libre de riesgos. Los objetivos de este estudio son: 1) Evaluar el riesgo de exacerbaciones asmáticas graves en niños con asma en tratamiento con BAL en comparación con aquellos en tratamiento con sólo CI; 2) Evaluar calidad de vida relacionada con la salud de los niños con asma y su relación con la adherencia al tratamiento y el control de los síntomas, según tratamiento y edad.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional prospectivo, de 2 años de seguimiento. El tamaño de la muestra se calculó de 1.467 pacientes para detectar diferencias de 1,3 en las proporciones de exacerbaciones (frecuencia del 24%, poder estadístico del 80%, significación del 5%, y pérdidas de seguimiento del 20%). El reclutamiento se realizará en las consultas de atención primaria de los pediatras del Grupo de Vías Respiratorias de la AEPAP. Criterios de inclusión: 6-14 años de edad; diagnóstico de asma; y tratamiento = 6 meses del último año con BAL o con CI sin BAL. Criterios de exclusión: terapia con omalizumab; enfermedad respiratoria concomitante; o exacerbaciones asmáticas graves en los últimos 2 meses. El seguimiento incluirá entrevistas telefónicas asistidas por ordenador y un cuestionario de calidad de vida a través de una ‘App’ para teléfonos móviles (cada 4 meses), así como una pregunta mensual para identificar exacerbaciones. Resultados de salud evaluados: exacerbaciones asmáticas graves, control del asma medido con el Asthma Control Questionnaire, y la calidad de vida medida con el EQ-5D-Y y el Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire. Para comparar las exacerbaciones entre los dos grupos de tratamiento se aplicarán modelos de Cox ajustados por el sesgo de indicación (‘propensity score’). Se construirán modelos de ecuaciones de estimación generalizadas (GEE) para evaluar la evolución en el tiempo de la calidad de vida relacionada con la salud.

Resultados: Resultados esperados: este estudio se enmarca en el proyecto europeo ASTRO-LAB (EC HEALTH-F5-2011-282593) cuyos resultados preliminares revelan importantes diferencias entre Francia y Reino Unido en tratamiento, pero no incluyó pacientes españoles. Los niños tratados con BAL presentarán mejor calidad de vida, pero mayor riesgo de padecer exacerbaciones asmáticas graves respecto a aquellos tratados con sólo CI.

Financiación: 2014 SGR 748 y PI15/00449.

476. A FUNÇÃO RESPIRATÓRIA DE CRIANÇAS DO 1º CICLO ESCOLAR, DO CONCELHO DE COIMBRA

J. Conde, A. Ferreira, J.P. Figueiredo

A Função Respiratória de Crianças do 1º Ciclo Escolar do Concelho de Coimbra.

Antecedentes/Objetivos: As alterações respiratórias estão cada vez mais presentes, desde tenra idade, seja porque a vida é cada vez mais sedentária, seja porque a poluição citadina está cada vez mais presente. Conhecendo os favoráveis indicadores da qualidade do ar da cidade de Coimbra, avaliamos dois grupos de crianças, utilizando a espirometria na procura das alterações respiratórias denunciadoras de doença. Ainda que o exame espirométrico, não seja o mais sensível

e seja muito dependente da colaboração, asseguramo-nos que a mesma não interferiria nos resultados, excluindo as crianças cuja colaboração não garantisse a fiabilidade dos dados.

Métodos: Avaliamos uma população de crianças representativas do concelho de Coimbra, com a intenção de perceber as eventuais alterações respiratórias. Estudamos as crianças que frequentam o 1º ano de escolaridade e as que frequentam o 4º ano, utilizando para isso a espirometria. As crianças foram seleccionadas entre as que não tinham história de doença, nem sintomatologia evidente e apresentavam colaboração suficiente. Os resultados foram estratificados para serem representativos da população do concelho de Coimbra.

Resultados: Os resultados demonstram uma população predominantemente saudável, com as crianças do 1º ano (6 a 7 anos de idade), a apresentarem alterações das pequenas e médias vias aéreas em 7,0% dos casos, com as meninas a representarem 4,3% da amostra. Apenas em 0,4% das crianças, estávamos na presença de alteração ventilatória do tipo obstrutivo. No grupo do 4º ano de escolaridade (9 a 10 anos), os resultados demonstraram 4,0% de alterações obstrutivas das vias aéreas periféricas e apenas em 2,0% foi constatável alteração ventilatória obstrutiva.

Conclusiones/Recomendaciones: Podemos afirmar que a população entre 6 e 10 anos apresenta um bom nível de ausência de doença, já que em nenhum dos indicadores se ultrapassaram os 7% da presença de alterações e o grupo que apresenta valores compatíveis com doença é inferior a 2%. A estes resultados não será alheia a boa qualidade do ar da cidade e o baixo nível de poluição.

548. COMORBILIDADES EN EL NIÑO CON DIAGNÓSTICO EN TDAH

M. Morales Suárez-Varela, C. Schneckner-Yebra, D. Medici

Universidad de Valencia; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); CSISP-FISABIO.

Antecedentes/Objetivos: Los niños y adolescentes diagnosticados con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) presentan una sintomatología significativa relacionada con el desarrollo general afectivo y social. A su vez presentan tics, dificultades durante el descanso nocturno y paroxismos, siendo muy importantes el poder ser detectados de forma temprana y objetiva. El objetivo de este estudio es plantear si las dificultades en la adquisición y/o en el desarrollo de las funciones socio-afectivas y del sueño, agravan el perfil cognoscitivo en el TDAH y por consiguiente, empeora aún más su desarrollo.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes remitidos a neuropediatría y selección de niños diagnosticados con TDAH según el DSM-IV que cumplieran cada uno de los criterios clínicos previamente establecidos. Se compararon las distintas categorías diagnósticas según variables epidemiológicas y se exploró en los niños diagnosticados con TDAH, si las relaciones sociales con sus padres, la depresión, la ansiedad, los trastornos del sueño y la epilepsia, incrementan las dificultades propias del TDAH.

Resultados: En el estudio de 297 (26,60 niñas y un 73,40%, edad media = 9 años 10 meses) pacientes con diagnóstico en TDAH (DSM IV) en un hospital público de la Comunidad de Valencia, los resultados en las comorbilidades fueron estadísticamente significativos ($p = 0,001$) en todos los aspectos analizados, exceptuando en Síndrome de Asperger en el género masculino, probablemente por su pequeño tamaño muestral. Según estudios previos de autores procedentes de diversos países, los resultados fueron estadísticamente significativos en los tres aspectos analizados ($p = 0,001$), exceptuando en Ansiedad por Ogrin y en Enuresis por Shreeram que se corresponden con los del presente estudio.

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha detectado en consulta pediátrica que la depresión, ansiedad, la pobreza en las relaciones sociales y en la calidad del sueño en los niños diagnosticados con TDAH del

presente estudio puede coexistir frecuentemente en el TDAH como se ha detectado y estudiado en muchos otros países.

CP16. Salud laboral

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 9:00 a 11:00 h

Pantalla 4

Moderador: Encarna Santolaria Bartolomé

587. SCHOOL VIOLENCE AGAINST TEACHERS OF STATE PUBLIC SCHOOLS IN A CITY IN SOUTHERN BRAZIL

F.N. Melanda, H.G. Santos, M.Z. Campanini, A.E. Mesas, S.M. Andrade

Universidade Estadual de Londrina.

Antecedentes/Objetivos: This cross-sectional epidemiological study aimed to characterize incidents of school violence against teachers and to verify factors associated to these events.

Métodos: The study population was made up of 789 teachers of the state public schools of the city of Londrina, Brazil. The information was obtained from interviews and a self-reported questionnaire between August, 2012 and June, 2013. The data were input in duplicate in EpiInfo version 3.5.4 and tabbed using the software SPSS version 19.0. Poisson regression was performed using the forward method with calculations of the prevalence ratio and 95% confidence interval for each of the groups of violence reported (psychological, physical, and sexual) using sociodemographic and work characteristics as independent variables.

Resultados: Of the teachers interviewed, 71.1% reported having suffered some sort of violence in the school in the 12 months prior to the research. The most commonly reported violence was insults and mockery from students (55.4%) followed from threats (21.4%). The least mentioned forms of violence were assaults (actual or attempted) using physical force (7.9%), blade weapons (0.8%), or firearms (0.5%). Among the violence groups, the psychological one was the most commonly reported (64.1%) and was associated, after adjustments, to a total or partial lack of professional satisfaction and to a poor or regular relationship with superiors and pupils. The physical violence group (8.4%) was associated with the following variables: Teaching in elementary school, having a non-statutory contract with the state government, and having suffered violence out of the school. Finally, sexual violence (14.1%) was associated to being male, younger (< 35 years old), single, and having a high workload with the students (= 32 hours).

Conclusiones/Recomendaciones: These characteristics may express the actual work and life conditions of the teachers studied and reveal a profile of teachers more vulnerable to violence, which often extrapolates the school environment.

893. AGOTAMIENTO PROFESIONAL EN MÉDICOS INTENSIVISTAS: UCI DESDE LA TEORÍA FUNDAMENTADA

O. Segura, M. Gómez Duque, C. Enciso, O. Castañeda Porras

Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia; Grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social, Universidad Nacional de Colombia; Centro de Investigación en Medicina Crítica y Aguda, Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, Colombia; SMC-AS Unidad de Investigaciones, Bogotá, Colombia.

Antecedentes/Objetivos: La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es uno de los servicios hospitalarios de mayor complejidad y costo. Conlleva para el médico intensivista presiones, frustraciones y conflictos en un entorno cada vez más estresante, en el cual tiende a desarrollar enfermedades laborales. Una de éstas es el agotamiento profesional (burnout), que comprende agotamiento emocional, desapego frente al paciente y falta de realización profesional. Ha faltado interrogar a los intensivistas sobre su percepción respecto a la especialidad, su quehacer, la unidad donde trabajan o el entorno donde viven, aspectos que no son fácilmente cuantificables. Se propone usar la teoría fundamentada (grounded theory) para explorar cuáles estructuras o procesos al interior de la UCI colombiana pueden fomentar el burnout en estos especialistas.

Métodos: Estudio con enfoque cualitativo basado en teoría fundamentada de Strauss y Corbin, bajo la sospecha de la génesis del burnout mediada por la interrelación entre características de a) especialidad, b) equipo, c) edificio hospitalario, d) entorno. Muestreo teórico por conveniencia y entrevista estructurada con formulario por bloques a médicos intensivistas en Bogotá—fuesen profesores, especialistas o residentes. Transcripción de audio a Microsoft Word® 2013; información codificada y clasificada con Nvivo 10; contraste y saturación de información contra previos análisis de situación de la UCI entre 1995 y 2015.

Resultados: 14 especialistas entrevistados. Para ellos, la evolución de la UCI y el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia moldean su presente: a) especialidad fuertemente masculina, reactiva frente a problemas de Salud Pública (enfermedad coronaria, trauma, sepsis), principalmente de anestesiólogos e internistas; b) gran dependencia de tecnologías en salud (monitores, ventiladores); c) carencia de recursos e improvisación estructural en el hospital; d) preocupación por riesgos biológicos empeorada por otra de riesgos laborales y administrativos—precarización laboral, falta de cohesión gremial y fragilidad estatal. Conciencia sobre burnout está mediada por la literatura extranjera, siendo sentido como asunto ajeno.

Conclusiones/Recomendaciones: La UCI y la práctica del intensivismo en Colombia pueden reflejar condiciones de desigualdad e inequidad predisponentes de enfermedad laboral. Se precisa un enfoque epidemiológico-social para superar el desconocimiento sobre el burnout y otras enfermedades laborales asociables al trabajo en la UCI.

978. AGOTAMIENTO PROFESIONAL EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO COLOMBIANAS: PRELIMINAR DE UN ESTUDIO CASO-CONTROL

O. Segura, O. Castañeda, C. Enciso, M. Gómez Duque

Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia; Grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; SMC-AS Unidad de Investigaciones, Bogotá, Colombia; Centro de Investigación en Medicina Crítica y Aguda, Hospital Infantil de San José, Bogotá, Colombia.

Antecedentes/Objetivos: El agotamiento profesional (burnout) es estudiado en forma usualmente descriptiva; se han propuesto factores psicosociales y posibles relaciones causa-efecto detrás de su origen, sin ahondar en su interrelación y sin concretarlas en estudios analíticos. En Colombia se describió en estudiantes de medicina, en otros especialistas o en enfermeras de Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), sin estudiar directamente al médico intensivista. Objetivo: analizar la posible asociación entre características interrelacionadas de la UCI, la práctica profesional del intensivista y la presencia de burnout.

Métodos: Estudio cuantitativo de caso-control; se aplicó una encuesta digital e impresa entre profesionales y técnicos de UCI colombianos (octubre 2014 - octubre 2015) basada en el instrumento

MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey), complementada por componentes sociodemográfico, laboral y de entorno. Los casos fueron definidos como médicos intensivistas que tuvieran nivel medio o alto en cualquiera de las dimensiones del burnout - agotamiento emocional (AE), desapego del paciente (DP) y falta de realización profesional (FRP); los controles fueron otros profesionales o técnicos de salud. Los datos fueron recogidos en plataforma Google o tabulados, e integrados con Microsoft Excel® 2013, y analizados mediante Epi-Info® 7 y Stata® 12 con estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: Se captaron 154 registros; 77 (50%) hombres, con edad mediana 35 años (RIQ 30-42); 84 (54%) eran médicos especializados en Anestesiología, Medicina Interna o administrativas. De ellos, 62 eran intensivistas: 22 (35%) profesores, 29 (46%) especialistas, 12 (19%) residentes. Sólo 1 entre 6 ocupaba posiciones de dirección o liderazgo en la UCI. Por dimensiones de riesgo se hallaron: AE 23 (37%, $p = 0,05$); DP 32 (51%, $p = 0,19$); FRP 21 (33%, $p = 0,22$); Burnout 2 (3%, $p = 0,02$). Factores de riesgo analizados: postura (ORa 1,13; IC95% 0,28-4,52), agresión de usuarios (ORa 1,54; IC95% 0,31-9,96), maltrato de superiores (ORa 0,78; IC95% 0,14-4,17), reprobación del sistema de salud (ORa 0,42; IC95% 0,03-4,74).

Conclusiones/Recomendaciones: Se evidenciaron factores de riesgo asociados con el burnout en la literatura, pero estadísticamente insignificantes en el análisis. Las dimensiones del burnout precisan estudio particular con otros enfoques investigativos. Hay diferencias que sugieren desigualdad e inequidad entre profesionales y técnicos de la UCI, lo cual lleva a interrogar las políticas de talento humano en salud en el país.

965. FATORES ASSOCIADOS À PREVALÊNCIA DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO NO BRASIL E NA COLÔMBIA

E.I. Gómez La-Rotta, E. da Costa Dias, C.A. Morales Pertuz, D. Donizetti Trevisan, M.C. de Melo, F.H. Aoki, H. Correa-Filho

Universidade Estadual de Campinas-Unicamp; Unicamp; Hospital Militar Central.

Antecedentes/Objetivos: Os acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre trabalhadores e estudantes da área da saúde ocorridos no desenvolvimento de suas atividades de trabalho e ou formação constituem grave problema de saúde pública, pela frequência e gravidade potencial de suas consequências. O objetivo do estudo foi analisar o processo de implantação da Norma NR-32 buscando conhecer seus impactos sobre a prevalência de acidentes do trabalho com exposição a material biológico e os fatores de risco associados.

Métodos: Realizamos estudo longitudinal retro-prospectivo entre alunos de cursos de medicina, enfermagem e odontologia e de profissionais médicos e enfermeiros de Hospitais Universitários no Brasil e na Colômbia, para determinar a Prevalência de Relato de Acidente com Material Biológico Incidentes no Ano Progresso. Realizou-se a regressão de Poisson para calcular a Razão de Prevalência (RP) de acidentes e avaliar a associação entre acidentes com material biológico, e as escalas de conhecimento, de adesão às precauções padrão e percepção de risco e as demais covariáveis coletadas (variáveis independentes) que foram categorizadas.

Resultados: Entrevistamos 348 estudantes e 617 profissionais selecionados aleatoriamente, com média (DP) de idade de 33,04 ($\pm 10,81$); 73,3% dos participantes eram do sexo feminino; com renda familiar entre 6 e 20 salários mínimos mensais (SMM) para o ano de 2014. Encontrando-se prevalência de relato de acidentes com material biológico incidentes no Ano Progresso de 10,2% entre os participantes, sem diferença entre os países. Entre os fatores associados à ocorrência de acidente estão a percepção sexual de risco, nível de conhecimento, à adesão às Precauções Padrão (PP), Percepção de Risco no trabalho e realização da testagem de AntiHBs.

Conclusiones/Recomendaciones: Concluimos que a implementação da norma não contribuiu diretamente com a diminuição dos acidentes, mas possivelmente melhora o conhecimento e a adesão às Precauções Padrão entre os profissionais e estudantes da saúde. Ainda existe uma alta proporção de indivíduos que não percebem o risco de adquirir as hepatites B e C, o VIH e outro tipo de doenças de transmissão sexual ao ter relações sexuais com múltiplos parceiros sem utilizar métodos de proteção tipo barreira (camisinha). Pelo que se faz necessário dar ferramentas por meio de treinamento e capacitação desde sua formação, com a finalidade de aumentar a percepção de susceptibilidade ao risco e assim melhorar as atitudes e práticas de proteção tanto no campo pessoal como profissional.

Financiación: CAPES pelo convênio PEC-PG, FAEPEX e Universidad El Bosque.

401. SISTEMA DE COMUNICACIÓN DE SOSPECHAS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. EXPERIENCIA Y RESULTADOS

V. Esteban Buedo, E. Santolaria Bartolomé, P. Cadeddu Martín, S. Casanova Vivas

Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La escasa comunicación oficial de las enfermedades profesionales (EPP) es un obstáculo importante para conocer bien el daño para la salud de origen laboral. En la Comunidad Valenciana (CV), desde 2010, trabajamos en un nuevo sistema de comunicación de sospechas de EPP informatizado, que facilita a los facultativos de la Conselleria y a los de los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRL) el cumplimiento de su obligación legal de comunicar dichas sospechas, a Mutuas o al INSS. Forma parte del Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral (SISVEL) y su objetivo principal es mejorar la declaración de EPP.

Métodos: El sistema, de la Dirección General de Salud Pública (SP), consiste en una aplicación informática, similar a la disponible en Epidemiología para las EDO, con la que conecta para problemas que pueden ser EDO y EPP. Integra a los facultativos de SPRL por un portal Web, y a los de la Conselleria de manera proactiva, mediante alerta en la historia clínica, que se activa cuando coincide el diagnóstico con una EP en mayores de 16 años. La aplicación recuerda al médico los criterios clínicos y de exposición mínimos a cumplir y le permite ver la información sobre etapas y resultados del proceso, para informar al trabajador, cambiar tipo de baja, etc. Los médicos de la Inspección y del INSS también tienen acceso. SP actúa como organismo intermedio y coordinador de acciones e información. La cobertura es del 100% de la población y de todas las EPP. Si el médico no dispone de información suficiente del origen laboral, puede solicitar investigación a la Unidad de Salud Laboral del Centro de Salud Pública. Para reforzar el uso se realizan actividades informativas e incentivos para los médicos.

Resultados: En el año 2014 se recibieron 3.480 sospechas de EPP y se comunicaron 2.198 a Mutuas, la mayoría de facultativos de la Conselleria. Más del 90% de las enfermedades comunicadas eran provocadas por agentes físicos y un 4% las respiratorias. Los casos aceptados como contingencia profesional por las Mutuas fueron 702, un 34.4% de los enviados, similar a años anteriores. El principal motivo de rechazo como EP (50%), fue no cumplir criterios de exposición. Las EPP reconocidas oficialmente en la CV en 2014 aumentaron el 42% respecto a 2013, cifras que aún están muy por debajo de las estimadas.

Conclusiones/Recomendaciones: SISVEL es útil para la detección precoz de algunos de problemas de salud considerados EPP y está teniendo un impacto considerable en las estadísticas oficiales. Ayuda a conocer mejor los problemas de salud y de riesgo de las personas que trabajan y a deslindar adecuadamente la responsabilidad asisten-

cial, económica, etc., entre Mutuas o INSS y la Conselleria, para con los trabajadores afectados.

790. SATISFAÇÃO NO TRABALHO E ABSENTEÍSMO EM PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA EM CIDADE DO SUL DO BRASIL

A.M. Levorato, E. Giroto, A.E. Mesas, A.D. González, M.Z. Campanini, M.S. Bortoletto, S.M. Andrade

Universidade Estadual de Londrina.

Antecedentes/Objetivos: Devido a reformas educacionais e intensificação do trabalho, professores brasileiros têm enfrentado inúmeros obstáculos na profissão docente. Assim, muitos acabam experimentando insatisfação no trabalho, com prejuízo à sua saúde física e mental e elevação dos índices de absenteísmo. Nesse sentido, este estudo objetivou analisar a relação entre satisfação no trabalho e absenteísmo em professores da educação básica.

Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, com população de estudo composta por professores das 20 maiores escolas da Rede Estadual de Ensino de Londrina-PR, Brasil. A coleta de dados ocorreu de agosto de 2012 a junho de 2013, por meio de entrevista e preenchimento de um questionário pelos professores. A satisfação no trabalho (variável independente) foi avaliada por meio da escala Occupational Stress Indicator, utilizando como ponto de corte o percentil 25. O absenteísmo (variável dependente) foi considerado como desfecho positivo se o professor tivesse faltado ao trabalho por doença, problema de saúde ou lesão nos últimos 12 meses. A análise dos dados foi realizada pela regressão de Poisson com o cálculo de razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC) de 95%.

Resultados: Participaram deste estudo 902 professores, com idade média de 42 anos e a maior parte composta por mulheres (68,4%). O absenteísmo foi relatado por 50,6%, com a maioria destes referindo afastamentos de um a três dias (59,0%). Os principais motivos de afastamento foram: problemas respiratórios (22,3%), problemas osteomusculares (14,3%), transtornos mentais e comportamentais (11,4%) e cirurgias (10,0%). Em análise ajustada, a menor satisfação no trabalho mostrou-se associada ao absenteísmo (RP = 1,21; IC = 1,05-1,40). Também revelaram-se associadas ao absenteísmo: idade superior a 40 anos (RP = 1,16; IC = 1,02-1,32), relacionamento regular ou ruim com alunos (RP = 0,76; IC = 0,59-0,97) e diagnóstico referido de doença crônica (RP = 1,67; IC = 1,28-2,18).

Conclusiones/Recomendaciones: Os resultados mostram relação entre absenteísmo e menor satisfação no trabalho no exercício da profissão docente, independentemente de outras variáveis. Desta forma, tornam-se necessárias medidas para melhorar a satisfação no trabalho docente, como a melhoria das condições e redução da carga de trabalho.

Financiación: CNPq (459671/2014-6); Fundação Araucária (PR, Brasil).

484. DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA DE BARCELONA

J. Mirabent Domingo, S. Vargas-Prada, F.G. Benavides, C. Serra Pujadas

Centro de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra; Servicio de Salud Laboral, Parc de Salut Mar; IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Unidad Central de Contingencias Comunes, ASEPEYO.

Antecedentes/Objetivos: La incapacidad temporal (IT) es la situación en la que se encuentra un trabajador que está incapacitado tem-

poralmente para desarrollar su trabajo debido a una enfermedad o accidente. Cuando la causa de la IT es una enfermedad común o accidente no laboral se denomina incapacidad por contingencia común (ITcc). Las investigaciones se han orientado al estudio de la incidencia y la duración, pero investigaciones sobre factores relacionados en el retorno al trabajo son más escasos. El objetivo de este trabajo es analizar algunos determinantes de la duración de los episodios de ITcc en una institución sanitaria de Barcelona.

Métodos: La población base del estudio fueron los/as trabajadores/as con un contrato de trabajo en la institución sanitaria. Los sujetos de estudio fueron los trabajadores de dicha población con al menos un episodio de ITcc iniciados entre el 1 de enero del 2011 y el 31 de diciembre de 2013. Se trata de un estudio de 6.917 episodios entre 2011 y 2013 registrados por el Departamento de Recursos Humanos. Se calculó la duración mediana y los percentiles 25 y 75, y se representó el tiempo entre baja y alta mediante el método Kaplan-Meier. Se calcularon las hazard ratios ajustadas (HRa) por centro de trabajo, tipo de contrato, ámbito de trabajo, edad y sexo, y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) mediante regresión de Cox.

Resultados: La duración mediana global fue de 4 días, aumentando con la edad y en los trabajadores con un contrato estable. La duración mediana fue similar entre ámbitos de trabajo y ocupaciones, excepto para los auxiliares de enfermería y el personal de oficios (mantenimiento, etc.) con una duración mediana de 5 días y 6 días, respectivamente. Las duraciones medianas fueron similares para los distintos turnos de trabajo, entre áreas de trabajo, a excepción de la atención primaria, docencia e investigación con duraciones medianas de 3 días, y servicios generales con 5 días. El tiempo de retorno al trabajo fue superior en las mujeres (HRa = 0,9; IC95% = 0,8-0,9), en los turnos de mañana, tarde y noche, aumentó con la edad, y fue inferior en los trabajadores con un contrato temporal (HRa = 1,5; IC95% = 1,4-1,6) y para los técnicos medios asistenciales en formación (HRa = 2,0; IC95% = 1,3-3,1).

Conclusiones/Recomendaciones: La duración de los episodios de ITcc de los últimos tres años en una institución sanitaria de tercer nivel sanitaria está asociada principalmente a la edad, el tipo de contrato y algunas ocupaciones. En cambio, se observan sólo diferencias pequeñas con relación al sexo y al resto de variables laborales.

42. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN TRABAJADORES DE LA SALUD DEL HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO AGUAZUL-CASANARE, COLOMBIA 2015

C.P. Cárdenas-Pinto, Y.M. Mogollón-Pérez, M.P. Franky-Rojas, O. Castañeda-Porras

Hospital Juan Hernando Urrego Aguazul-Casanare; Esp. Epidemiología, Universidad de Boyacá; SMC-AS Unidad de Investigaciones.

Antecedentes/Objetivos: Los estilos de vida están relacionados con procesos sociales, como: hábitos, conductas y comportamientos de las personas, y está en ellas adoptar las medidas adecuadas para que las necesidades sean satisfechas saludablemente. Con el propósito de contribuir al fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad al interior del Hospital Juan Hernando Urrego (HJHU) del municipio de Aguazul-Casanare; se propuso efectuar este estudio con el objetivo de identificar y analizar los estilos de vida de los trabajadores de la salud vinculados al Hospital en el 2015.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal, mediante la aplicación de una encuesta estructurada, previamente validada, a una muestra conformada por 132 trabajadores de la salud vinculados al HJHU, seleccionados por muestreo aleatorio simple, nivel de confianza de 95%. Variables a estudio: sociodemográficas, consumo de alcohol y tabaco, hábitos alimenticios y actividad física. La

información fue sistematizada en la hoja de cálculo de Excel de Microsoft Office y analizada en el programa estadístico Epi-Info 7®, mediante el uso de medidas de frecuencia, tendencia central, dispersión y razón.

Resultados: El 74,2% (98/132) de la muestra fueron mujeres; razón hombre/mujer 1:3, mediana de edad 34 ($\pm 9,5$) años; el 75,0% en el grupo etario de 24-45 años, con pareja estable 52,2%, con estudios de educación superior 38,6%, afiliado al régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud 100,0%, de estrato nivel dos. 69,7%; fumó alguna vez 31,1%, de ellos, 81,0% (34/41), de los cuales, hombres 19 (46,3%) y mujeres 22 (53,7%), iniciaron consumo entre 16-20 años de edad, fuman actualmente 16 (12,1%) y consumen 1-5 cigarrillos diarios 14 (87,5%); el 91,6% (121/132) consumieron bebidas alcohólicas alguna vez, consumen actualmente 119 (90,0%), ocasionalmente 85,7% (102/119), el 74,8% (89/119) en el grupo etario de 25-45 años, hombres 32 (26,9%) y mujeres 87 (73,1%); presentan patrones alimenticios diversos, siendo relevante tomar las tres comidas desayuno, almuerzo y cena con un 41,6%, prefieren la carne 108 (81,8%), frutas 101 (76,1%) y verduras 89 (67,4%); realizan actividad física extralaboral 57(43,2%), de estos, el 49,1% (28/57) práctica un día a la semana, por más de 30 minutos el 64,9% (37/57).

Conclusiones/Recomendaciones: Pese a que los trabajadores de la salud objeto de estudio conocen lo relacionado a estilos de vida saludables, la mayoría de ellos no practican hábitos para lograrlo; por tanto, se recomienda a la institución fortalecer e implementar planes y programas de promoción de estilos de vida saludables en el ámbito laboral.

MESAS ESPONTÁNEAS

ME11. Retos en el uso de datos basados en historia clínica informatizada (“real world data”) para estudios epidemiológicos y fármaco-epidemiológicos

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 11:30 a 13:00 h

Aula 5

Coordina y modera: Bonaventura Bolívar

362. RIESGO CARDIOVASCULAR EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES: ESTRATEGIAS PARA MINIMIZAR EL INFRARREGISTRO DIAGNÓSTICO

M. Grau, M. García-Gil, M. Comas-Cufí, I.R. Dégano, R. Elosua, J. Marrugat, R. Ramos

Epidemiología y Genética Cardiovascular, IMIM-Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques; Grup de Recerca en Salut Vascular, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.

Antecedentes/Objetivos: Las personas con enfermedades autoinmunes (EA) tienen mayor riesgo de padecer acontecimientos coronarios. El uso de muestras de base hospitalaria y la variedad en los criterios de inclusión utilizados en estudios previos, impide conocer y comparar el riesgo de acontecimientos coronarios de cuatro grandes grupos de EA: enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad sistémica del tejido conectivo, espondiloartropatía y poliartropatía inflamatoria; y de las EA más prevalentes: artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico. Los objetivos son: (1) evaluar si los diagnósticos de EA se asocian con la incidencia a 7 años de acontecimientos

coronarios; (2) comparar la incidencia a 7 años de acontecimientos coronarios entre los diferentes diagnósticos de EA.

Métodos: Estudio de cohortes con seguimiento a 7 años de individuos entre 35-84 años, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular e incluidos a 1 de enero de 2006 en el Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAPI). El criterio de exposición fue el diagnóstico de EA. Se crearon algoritmos basados en el tratamiento recomendado por las guías de práctica clínica para identificar casos sin registro diagnóstico. Se siguió a la cohorte hasta diciembre de 2012 siendo acontecimientos de interés el infarto de miocardio y la angina de pecho. Se ajustaron regresiones de Cox por las variables edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular y uso de fármacos antirreumáticos modificadores del curso de la enfermedad.

Resultados: Se incluyeron 983.215 individuos (53% mujeres) con una media de edad de 53 (13) años seguidos una mediana de 6,5 años. La prevalencia de EA fue de 3,5%. Las regresiones de Cox ajustadas mostraron asociación significativa de las poliartropatías inflamatorias [hazard ratio = 1,10; intervalo de confianza 95% = 1,02-1,20] y la artritis reumatoide [1,42 (1,20-1,68)] con la incidencia de acontecimientos coronarios. Las enfermedades del tejido conectivo mostraron asociación significativa [1,40 (1,17-1,67)]; pero el lupus eritematoso sistémico no alcanzó la significación [1,44 (0,79-2,64)].

Conclusiones/Recomendaciones: Las personas con artritis reumatoide, enfermedad sistémica del tejido conectivo y poliartropatía inflamatoria, en este orden de magnitud, presentan un exceso significativo del riesgo de acontecimientos coronarios, comparados con la población general, no explicado por la mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.

364. MINIMIZACIÓN DE SEGOS EN UNA COHORTE: EFECTIVIDAD DE LAS ESTATINAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA CARDIOVASCULAR

M. García-Gil, M. Comas-Cufí, J. Blanch, A. Ponjoan, R. Martí, L. Alves-Cabrata, D. Parramon, D. Prieto-Alhambra, R. Ramos

Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària IDIAP Jordi Gol; Institut Català de la Salut; NDORMS University of Oxford.

Antecedentes/Objetivos: La evidencia de las últimas recomendaciones en relación al manejo de la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular es escasa y se fundamenta principalmente en los resultados de los ensayos clínicos. Los estudios observacionales con bases de datos pueden aportar evidencias a las recomendaciones del manejo si son capaces de emular en cuanto a minimización de sesgos se refiere, algunos de los aspectos fundamentales de un ensayo clínico.: Definir criterios de diseño de una cohorte retrospectiva que minimicen el impacto de los sesgos característicos de los estudios observacionales de efectividad de fármacos. A tal efecto se ilustrará mediante un ejemplo que analiza la efectividad de las estatinas en prevención primaria de la enfermedad cardiovascular.

Métodos: Período: 2006-2013. muestra aleatoria de 84.596 individuos, población general sin antecedentes de enfermedad cardiovascular ni criterios de fragilidad (cáncer, demencias, institucionalización) (sesgo potencialmente evitado: indicación tratamiento), 35-74 años, registrada en SIDIAPI (Sistema para la Información para el desarrollo de la Investigación en Atención Primaria). Criterios: período de inclusión con identificación de nuevos usuarios de estatinas (sesgo usuarios prevalentes), distribución aleatoria de los controles según la distribución de entrada de los usuarios (sesgo inmortalidad), ajuste de los modelos de Cox mediante índice de propensión al tratamiento (sesgo indicación). Eventos: enfermedad coronaria, ictus isquémico, mortalidad global.

Resultados: 3.406 nuevos usuarios (4,02%), edad media 50,1 (DE:10,5), 48% hombres, diabetes 4,7%, dislipemia 14,3%, hipertensión

15,6%, fumadores 27,5%. Mediana seguimiento: 6,7 a. Hazard ratios: enfermedad coronaria [0,75 (0,59-0,94)], ictus [0,82 (0,64-1,07)], mortalidad [0,96 (0,76-1,21)].

Conclusiones/Recomendaciones: los resultados son similares a los de los recientes ensayos clínicos en prevención primaria. Los criterios utilizados para el diseño de la cohorte son útiles para minimizar sesgos potenciales característicos de este tipo de diseño observacional con la ventaja de poder obtener información cuya representatividad poblacional es mayor, períodos de seguimiento más largos, mayor accesibilidad y menor coste en relación a los ensayos clínicos.

406. MANEJO DE DATOS FALTANTES: ESTUDIO DE SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS EN MÚLTIPLES FUENTES INTERNACIONALES

E. Martín-Merino, A. Calderón, S. Hawley, B. Poblador, A. Álvarez, D. Prieto-Alhambra

BIFAP, División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; Grupo EpiChron de Investigación en Enfermedades Crónicas, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, REDISSEC ISCIII; NDORMS, University of Oxford.

Antecedentes/Objetivos: Estudios de simulación han demostrado que la imputación múltiple (IM) debería usarse para manejar datos faltantes en estudios con registros electrónicos médicos (EMR). Sin embargo, en estudios de seguridad de fármacos son más comunes otras estrategias. Comparar la eficiencia y el sesgo que resulta de utilizar distintas estrategias en el manejo de datos faltantes (frente a la IM) en un estudio de evaluación del riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) con medicamentos antiosteoporóticos (AO).

Métodos: Utilizando 3 EMR españoles (BIFAP, IHDR, y SIDIAPI) y 1 británico (CPRD), se identificaron pacientes de ≥ 50 años durante 1998-2014 que comenzaban un tratamiento con AO (alendronato (AL), otros bifosfonatos, estroncio, SERM, teriparatida o denosumab). El riesgo de TVE asociado al tipo de AO se estimó mediante Hazard Ratio (HR) usando AL como referencia y ajustando (modelo substantivo) por factores de riesgo de TEV, IMC y tabaquismo en el año de comienzo (80% y 62% datos faltantes, respectivamente). El HR y errores estándar se estimaron, en primer lugar, mediante imputación múltiple transversal (método referencia) y luego, con los siguientes métodos de comparación: 1. Análisis de casos completos (CC) usando sólo pacientes con datos de IMC/tabaco; 2. Ajuste con "categoría faltante" (CF) en IMC/tabaco; 3 y 4. IM longitudinal, añadiendo al IM transversal los valores de IMC/tabaco registrados el año anterior (IM-1) y posterior (IM+1) al comienzo.

Resultados: Entre los nuevos usuarios de AO en BIFAP (N = 95.057), IHDR (N = 12.688), SIDIAPI (N = 160.842) y CPRD (N = 161.202), se identificaron 422, 19, 396 y 2051 casos de TVE respectivamente. Comparado con la IM transversal, el CC y CF sugirieron un HR sesgado en la mayoría de los análisis. Los métodos longitudinales de IM mostraron HR similares al transversal. La precisión más baja se observó en el CC, seguido del CF. En algunos casos, la precisión mejoró en los modelos longitudinales de IM frente al transversal.

Conclusiones/Recomendaciones: La elección de la estrategia de manejo de datos faltantes en estudios de seguridad de fármacos puede afectar a los estimadores de riesgo (sesgo) y su precisión (potencia). Suponiendo que "el estimador real" se obtiene de la IM transversal, los análisis con casos completos o categoría faltante sugieren resultados sesgados. Además, el análisis con categoría faltante no corrige por falta de certeza en los datos faltantes, ofreciendo precisión inexacta. Sugerimos evitar estas dos estrategias en estudios de seguridad de fármacos con datos faltantes en variables potencialmente confusoras.

365. EVOLUCIÓN DE LOS PATRONES DE TRATAMIENTO INICIAL EN PACIENTES EPOC DE NUEVO DIAGNÓSTICO 2007-2012

M. Barrecheguren, M. Monteagudo, J. Ferrer, E. Borrell, C. Llor, C. Esquinas, M. Miravittles

Departament de Pneumologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron; Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària IDIAP Jordi Gol; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: El tratamiento de la EPOC está diseñado sobre la base de las características clínicas y la gravedad. Sin embargo, los patrones de prescripción en los pacientes con EPOC de nuevo diagnóstico en atención primaria pueden diferir de las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico con los datos obtenidos del Sistema de Información para el Desarrollo en Investigación en Atención Primaria (SIDIAP), una base de datos que contiene información de la población de 5,8 millones de habitantes (80% de la población de Cataluña). Se identificaron los pacientes con nuevo diagnóstico de EPOC durante el periodo del 2007 al 2012 y se recogió información sobre los patrones de tratamiento iniciales. El tratamiento inicial también fue descrito por fenotipo y gravedad.

Resultados: Durante el periodo de estudio se identificaron 41.492 pacientes con nuevo diagnóstico de EPOC. Los pacientes fueron clasificados como no exacerbadores (28.552 pacientes, 69%), asma-EPOC overlap syndrome (ACOS) (2.152 pacientes, 5,2%) y exacerbadores frecuentes (10.888 pacientes, 27,6%). Entre los pacientes en los que se disponía de FEV1, el 13,9% eran GOLD 1, el 55,2% GOLD 2, el 26% grado 3 y el 4,8% grado 4. En general, los patrones de tratamiento más frecuentemente prescritos fueron broncodilatadores de corta duración (SABD) en monoterapia (17,7%), broncodilatadores de larga duración (LABA) + corticosteroides inhalados (CI) (17,3%) y triple terapia (12,2%). La frecuencia de los pacientes tratados con un SABD aumentó del 15,9% al 19,5% durante el periodo de estudio, mientras que el número de pacientes no tratados se redujo de 24,4% a 15,1%. Hasta el 45,2% de los pacientes fueron tratados inicialmente con CI, que se prescribió con frecuencia en los pacientes con fenotipo ACOS (69,2%) y en los pacientes con fenotipo agudizador (52,4%), mientras que el uso de ICS disminuyó de 43,8% en 2007 a 35,8% en 2012 en los pacientes con fenotipo no agudizador. Hasta el 13,6% y el 14,8% de los pacientes GOLD 4 no recibieron tratamiento o solamente SABD después del diagnóstico.

Conclusiones/Recomendaciones: Los patrones de tratamiento inicial en pacientes con EPOC de nuevo diagnóstico a menudo no cumplen con las normas. El uso de CI es excesivo, pero ha disminuido principalmente en pacientes no agudizadores. Muchos pacientes con EPOC todavía permanecen sin tratamiento después del diagnóstico, aunque esto ha disminuido. Algunos pacientes GOLD 4 siguen recibiendo SABD o ningún tratamiento después del diagnóstico.

369. EL CLIMA Y LAS HOSPITALIZACIONES VASCULARES: APLICACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS AUTOCONTROLADOS

A. Ponjoan, J. Blanch, R. Martí, M. Comas-Cufí, L. Alves-Cabrata, M. García-Gil, R. Ramos, I. Petersen

Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària IDIAP Jordi Gol; Institut Català de la Salut; University College of London.

Antecedentes/Objetivos: Cuando los diseños de estudio clásicos no son adecuados, por ejemplo si solo se dispone de información de los casos, es necesario aplicar otros diseños como la serie de casos autocontrolados (self-controlled case series). Las grandes bases de datos clínicos permiten aplicar las series de casos autocontrolados a nuevos escenarios y facilitar la ejecución de este tipo de estudios. Para ejemplificar esta cuestión, se evaluó el efecto de la temperatura ambiental

sobre las hospitalizaciones urgentes por enfermedad vascular en población general.

Métodos: Estudio de serie de casos autocontrolados que incluye personas mayores de edad residentes en Cataluña entre 2006 y 2013. Se obtuvieron los datos clínicos del Sistema de Información para el desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP) y los meteorológicos de las 170 estaciones del Servei Meteorològic de Catalunya esparcidas por Catalunya. A cada individuo se le asignó la temperatura registrada en la estación más cercana a su residencia. De cada estación se calculó el percentil 5 (p5) de la temperatura máxima diaria de entre diciembre, enero y febrero de 2006-2013. Se consideró ola de frío un periodo de al menos 3 días con temperatura máxima diaria inferior al p5. Se aplicó un modelo de regresión de Poisson en el que se incluyó como variable dependiente la enfermedad vascular (primer evento de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o ictus), y como variables independientes la exposición a olas de frío (no/durante la ola/durante la ola y 7 días después) y la edad (18-35, 36-55, 56-75, > 75).

Resultados: Se obtuvieron 38.798 urgencias hospitalarias por enfermedad vascular durante los inviernos. Mediante un modelo de Poisson se estimó una incidencia relativa de 1,022 (IC95%: 0,964-1,0835) durante las olas de frío respecto a los periodos de no exposición, y de 1,084 (IC95%: 1,038-1,133) durante las olas de frío y los 7 días posteriores respecto a los periodos de no exposición. La incidencia relativa aumentó progresivamente con la edad.

Conclusiones/Recomendaciones: Las olas de frío incrementan la incidencia de enfermedad vascular con un efecto que puede retardarse hasta 7 días. Es pues necesario considerar los efectos del clima en la gestión de los recursos hospitalarios y establecer medidas de prevención. El uso de grandes bases de datos clínicos puede facilitar la aplicación de estudios de series de casos autocontrolados ya que permiten definir los periodos de exposición en base a registros históricos y de manera versátil y rigurosa.

367. COMBINAR IMPUTACIÓN DE VALORES Y SELECCIÓN DE VARIABLES EN LA CONSTRUCCIÓN DE MODELOS DE RIESGO

L. Alves-Cabrata, M. García-Gil, M. Comas-Cufí, A. Ponjoan, R. Martí, D. Parramon, J. Blanch, R. Ramos

Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària IDIAP Jordi Gol; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: La construcción de modelos de predicción usando bases de datos clínicos debería considerar el tratamiento óptimo de los valores perdidos y la variabilidad potencial en la selección de variables. Para ejemplificar la resolución de ambas cuestiones, se examinó el riesgo de fibrilación auricular (FA) en una población de hipertensos.

Métodos: Los datos del 60% de los participantes incluidos se utilizaron para construir un modelo de Cox de estimación de riesgo de FA, y el 40% restante para validarlo. Los valores perdidos de las variables continuas del estudio fueron reemplazados mediante imputación múltiple, usando 10 tablas de imputación. La estabilidad en la selección de variables se afianzó mediante muestreo de repetición (bootstrap). Para combinar ambas estrategias, de cada tabla de imputación seleccionamos 100 muestras bootstrap, cada una de ellas con una N igual a la del conjunto de datos de derivación, dando un total de 1000 muestras bootstrap. De cada una de ellas derivamos el mejor modelo mediante un algoritmo de pasos sucesivos, usando el criterio informativo Bayesiano de Schwartz para valorarlo. Contamos la frecuencia con la que cada variable fue incluida en los modelos bootstrap. Comparamos el índice-C, el criterio informativo Bayesiano de Schwartz y el criterio informativo de Aikake para evaluar su rendimiento y establecer el modelo final con las variables más frecuentemente seleccionadas.

Resultados: Modelo de riesgo de FA de 5 variables, que fueron las incluidas en los modelos bootstrap en el 100% de los casos. El C-índice (error estándar) del modelo final fue de 0,737 (0,003) y de 0,734 (0,004) en los subgrupos de derivación y validación respectivamente. La comparación de los coeficientes de regresión del subgrupo de derivación del modelo se solapaba con los del subgrupo de validación, y las curvas de calibración que contrastaban los deciles de riesgo estimados con la incidencia observada en el subgrupo de validación también mostraron una elevada superposición indicando una buena estimación del riesgo.

Conclusiones/Recomendaciones: Combinando la imputación de valores perdidos con muestreo bootstrap, se construyó un modelo de Cox fiable a partir de bases de datos clínicas.

ME12. Determinantes sociales de la salud

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 11:30 a 13:00 h

Salón de Actos

Coordinan y moderan: *Ignacio Duque Rodríguez y Maica Rodríguez-Sanz*

613. URBAN HEART BARCELONA: PROCESO DE REVISIÓN Y MEJORA DE UNA HERRAMIENTA PARA PROMOVER LA EQUIDAD EN SALUD URBANA

A.M. Novoa, G. Pérez, M. Rodríguez-Sanz, C. Borrell, M.J. Calvo, I. Cortés, E. Díez, A. Espelt, P.G. de Olalla, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública; Universitat Pompeu Fabra; Departament d'Estudis i Programació, Gabinet Tècnic de Programació; Departament de Recerca i Coneixement, Àrea de Drets Socials.

Antecedentes/Objetivos: Urban HEART (Urban Health Equity Assessment and Response Tool) es una herramienta desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuyo objetivo es ayudar a la toma de decisiones sobre la implementación de políticas dirigidas a promover la equidad en salud urbana. Uno de los elementos de Urban HEART es una matriz de indicadores que permite, de forma fácil y rápida en base a los colores del semáforo, visualizar y detectar las desigualdades en salud y en sus determinantes entre áreas geográficas. En 2015 la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) desarrolló una matriz provisional con 12 indicadores para los 73 barrios de la ciudad. Esta comunicación describe el proceso de revisión de la matriz de indicadores de Urban HEART para Barcelona para adaptarla mejor a los requisitos de la OMS.

Métodos: Se formó un grupo de trabajo que revisó la matriz de indicadores en cuatro fases. En la fase 1, partiendo del modelo de determinantes y desigualdades en salud urbana, se elabora una lista de indicadores de fuentes de información rutinarias y disponibles a nivel de barrio. En la fase 2 se invita a personas expertas en el manejo de datos e indicadores a contestar un cuestionario en que deben señalar si los indicadores cumplen una serie de requisitos (p.ej., fácil de interpretar, modificable con políticas, comparable en el tiempo) y puntuarlos del 1 al 10 según su relevancia para Barcelona. En la fase 3 el grupo de trabajo selecciona la lista definitiva de indicadores a incluir en la nueva versión de la matriz y en la fase 4 se establecen dos puntos de corte (objetivo y estándar de comparación) para cada indicador, necesarios para construir la matriz.

Resultados: Se identificaron 37 indicadores (11 de salud y 26 determinantes de la salud), 49% de los cuales elaborados desde institu-

ciones distintas a la ASPB (servicios sociales, educación, ecología, entre otras). Se invitaron a 35 personas de diversos ámbitos municipales a contestar el cuestionario. En mayo se elaborará la lista de definitiva de indicadores y sus puntos de corte. La nueva versión de la matriz se presentará en el próximo Informe de Salud de Barcelona.

Conclusiones/Recomendaciones: El proceso de revisión de la matriz Urban HEART Barcelona ha permitido refinar los indicadores utilizados y aproximar el instrumento a los requerimientos de la OMS y a la realidad de una ciudad europea. Además, ha ampliado la base de agentes sociales participantes, lo que facilitará el abordaje de la equidad en salud en el ámbito local.

182. TENDENCIAS EN LAS DESIGUALDADES EN SALUD QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN GITANA EN ESPAÑA (2006-2014)

D. La Parra, J. Arza, C. Vives-Cases, D. Gil-González

Universidad de Alicante; Universidad de Navarra; Instituto de Desarrollo y Paz de la Universidad de Alicante, Centro colaborador de la OMS para temas de Inclusión Social y Salud; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de esta comunicación es valorar a partir de los resultados de las encuestas de salud a población gitana y población general de 2006 y 2014, los cambios producidos en términos de desigualdades entre población gitana y población general en los objetivos de salud especificados en el Plan de acción de desarrollo del pueblo gitano que estuvo vigente de 2010 a 2012.

Métodos: Estudio transversal basado en la comparación de las Encuestas Nacionales de Salud de 2006 y 2012 y las Encuestas de salud a población gitana de 2006 (n = 933) y de 2014 (n = 1.167). Se analizó, en adultos (hombres y mujeres), buena salud auto-percibida, consumo de tabaco, sobrepeso y obesidad, no haber ido nunca al ginecólogo y accidentes de tráfico; y, en población infantil, obesidad y visitas al dentista. Se calcularon las prevalencias ajustadas por edad para cada sexo, usando la estructura de la población europea estándar como referencia.

Resultados: El porcentaje de mujeres gitanas que definía su estado de salud como buena o muy buena pasó de un 48,9% a un 55,5% (p < 0,05). Sin embargo, como esta mejora también se produjo en mujeres de la población general, no se llegó a reducir la distancia entre ambas. Disminuyó el porcentaje de mujeres gitanas que no había asistido nunca a visitas de ginecología por motivos distintos al embarazo o parto (del 24,4% al 16,4%). La mejora fue mayor que la observada en mujeres de la población general. La prevalencia de buena salud auto-percibida y consumo de tabaco mejoró en hombres de la población general, pero no en población gitana. En accidentes, se observa una situación similar a la de 2006 en la población gitana masculina, pero peor en la población gitana femenina, dándose así un incremento de la distancia entre población femenina general y gitana entre ambas fechas. En población infantil, no se observaron cambios en los indicadores seleccionados.

Conclusiones/Recomendaciones: Para la mayoría de los objetivos planteados en el Plan de acción de desarrollo del Pueblo Gitano no se observan diferencias estadísticamente significativas entre 2006 y 2014. En la medida que la salud está determinada por determinantes sociales como la educación, el empleo o la vivienda, así como las políticas sociales, el nivel socioeconómico o el anti-gitanismo y la discriminación, la mejora de la situación del Pueblo Gitano requiere un abordaje multisectorial, comprehensivo y más ambicioso que revierta los procesos de exclusión social.

Financiación: Ministerio de Economía y Competitividad (PI12/00842). Instituto de Salud Carlos III. Fondos FEDER. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

288. MUJERES Y CONSUMO DE DROGAS INYECTADAS: NECESIDAD DE INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

C. Folch, J. Casabona, A. Espelt, X. Majó, M. Meroño, V. González, J. Colom, M.T. Brugal

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (CEEISCAT)/ASPC; Agència de Salut Pública de Barcelona; Subdirecció General de Drogadependències, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; Àmbit Prevenció; Servei de Microbiologia HUGTiP; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Analizar los factores individuales, sociales y/o estructurales que pueden estar asociados a la vulnerabilidad a la infección por el VIH y el VHC según género en personas que se inyectan drogas (PID).

Métodos: Estudio transversal realizado en 2014-15 en una muestra de 729 PID reclutadas en centros de reducción de daños (601 hombres y 128 mujeres). La información conductual se recogió mediante un cuestionario anónimo y se recogieron muestras de fluido oral para estimar la prevalencia del VIH y VHC. La comparación de proporciones se realizó mediante la prueba de la χ^2 de Pearson y el test exacto de Fisher. Mediante un modelo de regresión logística se ajustó por la edad y los años de inyección la asociación entre la infección por VIH/VHC y el género.

Resultados: La prevalencia de infección por el VIH (26,8% en hombres y 29% en mujeres) y del VHC (67,4% en hombres y 58,1% en mujeres), no mostró diferencias estadísticamente significativas al ajustar por edad y años de inyección entre hombres y mujeres. Sin embargo, un mayor porcentaje de mujeres que hombres (19,2% vs 1,4%, $p < 0,001$) había mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero (últimos 6 meses). El 44,2% de las mujeres y el 12,8% de los hombres habían tenido relaciones sexuales con una pareja estable también inyectora ($p < 0,0001$); el 17,5% de las mujeres y 28,6% de los hombres había usado siempre preservativo con estas parejas. La prevalencia auto-declarada de ITS (alguna vez) fue superior en mujeres (33,6% vs 21%, $p = 0,002$), así como la prevalencia de haber compartido jeringuillas usadas en alguna ocasión (54,3% vs 45,7%, $p = 0,019$). Un 42,1% y 27,3% de las mujeres y hombres, respectivamente, había sufrido violencia física en el último año, y un 11,9% y 0,5% violencia sexual.

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudio pone de manifiesto diferencias en los factores que incrementan la vulnerabilidad frente al VIH/VHC en PID según género, factores que van del nivel individual (prácticas de riesgo de inyección) al nivel estructural (violencia física y/o sexual). Se debería de considerar una mayor y mejor integración entre los servicios de reducción de daños y los de salud sexual y reproductiva, incorporando servicios de atención de casos de violencia y necesidades específicas en personas que ejercen el trabajo sexual y se inyectan drogas. Son necesarias estrategias concretas que atiendan las especificidades de género, teniendo en cuenta el riesgo sexual y parenteral que muestran las mujeres inyectores a la adquisición de estas infecciones.

265. EL RIESGO DE DESAHUCIO Y SUS EFECTOS EN SALUD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

H. Vázquez-Vera, L. Palència, I. Magna, C. Mena, J. Neira, C. Borrell

ASPB; UPF; CEES-UFRO; CIBERESP; IIB Sant Pau.

Antecedentes/Objetivos: La inseguridad residencial, particularmente aquella dada por el riesgo de ejecución hipotecaria y desahucio, se ha intensificado a partir del estallido de la crisis económica. Recientemente, ha existido un aumento del número de estudios que analizan los efectos de este fenómeno sobre la salud, sin embargo,

todavía parecen ser escasos, sobretudo en ciertos contextos. El objetivo de esta revisión es identificar la evidencia sobre los efectos del proceso de ejecución hipotecaria y del riesgo de desahucio sobre la salud.

Métodos: Se realizó una búsqueda de la literatura científica en Medline, Scopus, PsycInfo, Web of Science, Proquest y Science Direct, la cual arrojó 3.304 resultados. Estos fueron revisados por título y abstract y luego a texto completo por 3 duplas independientes de investigadores. Durante la fase de extracción de datos se incluyeron la presencia de análisis de desigualdades en salud y la puntuación de la calidad de los artículos con una escala de 0 a 10.

Resultados: Se seleccionaron 50 artículos, de los cuales el 86% provenía de países anglosajones (principalmente EEUU) y el 80% se publicaron posteriores al 2009. Según el tipo de diseño, predominaron los estudios transversales (42%) seguidos por los de cohorte (26%), mientras que el 16% correspondió a investigaciones cualitativas. La mayoría de los estudios incluyó indicadores de salud mental (56%), seguidos por los que consideraron indicadores de salud física (38%) y conductas de riesgo (24%), teniendo en cuenta que muchos artículos incluían más de uno. La media de calidad fue de 7,74 (DE = 1,43). La mayoría de los estudios revisados reportan efectos negativos de este tipo de inseguridad residencial (98%), aunque alrededor de una cuarta parte de estos informa sobre la ausencia de efecto significativo sobre alguno de los indicadores de salud evaluados. Los estudios cualitativos informan sobre las consecuencias psicosociales y describen algunos posibles mediadores como el miedo, la vergüenza, la sensación de fracaso, entre otros. Estos afectarían la salud mental y, además, conducirían a la adopción de hábitos poco saludables. Por último, los estudios que evalúan desigualdades en salud coinciden en la interacción entre la inseguridad residencial y los ejes de inequidad, describiendo mayores efectos en los colectivos más vulnerables.

Conclusiones/Recomendaciones: El proceso de ejecución hipotecaria y los desahucios tienen efectos negativos sobre la salud física y mental de los afectados. Hace falta mayor investigación de este fenómeno, principalmente en contextos distintos al anglosajón.

612. URBAN HEART BARCELONA: APLICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA PROMOVER LA EQUIDAD EN SALUD URBANA

A.M. Novoa, G. Pérez, M. Rodríguez-Sanz, M. Pasarín, L. Artazcoz, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública; Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: Urban HEART (Urban Health Equity Assessment and Response Tool) es una herramienta desarrollada por la Organización Mundial de la Salud cuyo objetivo es ayudar a la toma de decisiones para la implementación de políticas dirigidas a promover la equidad en salud urbana. Uno de los elementos de Urban HEART es una matriz de indicadores que permite, de forma fácil y rápida en base a los colores del semáforo, visualizar y detectar las desigualdades en salud y en sus determinantes entre áreas geográficas dentro de una ciudad. El objetivo es describir la utilización de la matriz Urban HEART Barcelona como instrumento para identificar los barrios prioritarios de intervención para reducir las desigualdades en salud en la ciudad de Barcelona.

Métodos: El año 2015 se adaptó la matriz Urban HEART a la ciudad de Barcelona. Ésta incluyó 12 indicadores (6 de salud y 6 determinantes de la salud) para los 73 barrios de la ciudad. Para cada indicador se establecieron dos puntos de corte (percentiles 25 y 75) a partir de los cuales se creó la matriz, que colorea en rojo los barrios con peores resultados, en verde aquellos con mejores resultados y en amarillo el resto de barrios. Se creó un índice según la suma de los 12 indicadores

en cada barrio (1,5 puntos para el rojo, 1 punto para el amarillo, 0,5 puntos para el verde).

Resultados: La matriz fue publicada en el Informe de Salud del 2014 elaborado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) y tuvo una importante repercusión en la prensa. Permitted evidenciar que hay unos barrios de la ciudad con peores resultados (color rojo) para la mayoría de los indicadores, principalmente aquellos situados en el sudeste y norte de la ciudad, mientras que en otros predomina el verde (mejores resultados). El cálculo del índice permitió identificar 18 barrios prioritarios de intervención por ser aquellos con mayor privación socio-económica y peores indicadores de salud.

Conclusiones/Recomendaciones: De los barrios priorizados, 11 ya tenían implementado el programa Salut als Barris de Barcelona (SaBB), un programa desarrollado desde la ASPB con el objetivo de reducir las desigualdades sociales en salud entre los barrios de Barcelona. Para el resto de barrios se empezó a implementar SaBB, contactando con los agentes implicados y elaborando un diagnóstico de necesidades y activos en salud. Para ello, el nuevo Ayuntamiento de Barcelona, que tiene la reducción de las desigualdades en salud como una prioridad, ha presupuestado 300.000€. La matriz Urban HEART Barcelona se ha demostrado útil para identificar las desigualdades en salud entre los barrios de Barcelona y priorizar aquellos con mayor necesidad, así como para incluir la reducción de las desigualdades en salud en el debate público.

707. INFOBARRIS: UNA HERRAMIENTA INTERACTIVA PARA MONITORIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD Y SUS DETERMINANTES EN LOS BARRIOS DE BARCELONA

P.C. Llimona, G. Pérez, M. Rodríguez-Sanz, A. Novoa, A. Espelt, P.G. Olalla, M. Pasarín, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En Barcelona, los informes de salud de la ciudad y de distritos son instrumentos consolidados, mostrando su valor y aplicabilidad en la planificación sanitaria, además de informar a la ciudadanía. Sin embargo, esto nunca se ha realizado en los 73 barrios de la ciudad. El objetivo es desarrollar una herramienta que permita dar a conocer a profesionales de la salud y ciudadanía los indicadores de salud y los determinantes de la salud en los barrios de Barcelona de una forma atractiva, comprensible e interactiva.

Métodos: Se utilizó la metodología ágil de desarrollo iterativo e incremental para software. Las fases seguidas fueron: 1) organización del grupo de trabajo multidisciplinar; 2) propuesta y discusión del prototipo; 3) utilización de indicadores de la plataforma SISalut de la ASPB; 4) desarrollo del visualizador de datos usando la herramienta Tableau y el código JavaScript de Tableau, para poder colorear los mapas y sincronizar las selecciones del barrio a lo largo de las diferentes vistas de datos.; 5) pruebas de despliegue; 6) encuesta a personas usuarias.

Resultados: Se presentan los resultados de las fases 1-4 ya que las fases 5-6 están en desarrollo actualmente. El Infobarris, es una herramienta interactiva, accesible en la Web (disponible en <http://www.aspb.cat/infobarris/>). El contenido del Infobarris se estructuró en base al modelo de los determinantes de las desigualdades en salud en áreas urbanas incluyendo los siguientes apartados: contexto físico (vivienda), contexto socio-económico (renta disponible, desempleo, personas usuarias de servicios sociales) y salud. En este último se incluyeron indicadores sobre las características de la población, hábitos de salud, uso de servicios y prácticas preventivas, y varios indicadores de salud de la población de los 73 barrios comparándolos con los de sus distritos y de la ciudad. Se ha utilizado información dispo-

nible y actualizada de la ASPB y de organismos del Ayuntamiento de Barcelona, a partir de registros poblacionales con información territorial. El usuario selecciona el barrio de interés y mediante menús desplegables, las variables de estratificación de cada indicador: sexo, grupos de edad, país de origen. Los resultados se pueden ver en pantalla y exportar a pdf.

Conclusiones/Recomendaciones: El Infobarris permite por primera vez la visualización y divulgación online de la información poblacional disponible sobre la salud y sus determinantes, a nivel de los barrios de Barcelona y la comparación con los de su propio distrito y la ciudad.

514. INDICADORES DE PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA EN ESPAÑA EN 2011 POR SECCIÓN CENSAL

F. Domínguez-Berjón, A. Cebrecos, I. Duque, M. Calvo, M. Dell'Olmo, I. Plaza, D. Prieto, P. Rodrigo, M. Rodríguez-Sanz

Consejería de Sanidad de Madrid; Dirección de Salud, Gobierno Vasco; I Cat Salut; Salud Pública Cantabria; Salud Pública Aragón; Salud Pública Barcelona; SGTIC INE; Epi Social Cardio, Universidad de Alcalá.

Antecedentes/Objetivos: Los Censos de Población y Viviendas continúan siendo una fuente insustituible de información socioeconómica con detalle territorial y son una estadística consolidada y comparable a nivel internacional. Los datos de 2011 tienen el valor añadido de ser útiles para medir la fase posterior a la sistémica crisis económica y social iniciada en 2008. El objetivo es diseñar indicadores que sean comparables con los generados por el proyecto MEDEA para 2001, que aprovechen a fondo la nueva riqueza de la información censal 2011 (abordando el desafío metodológico que supone una información muestral) y que sirvan para el análisis de las actuales desigualdades sociales en salud y su evolución futura.

Métodos: Para complementar la información disponible en la web del INE se investigó 30 indicadores por sección censal sobre la población: estudios elementales, actividad/ocupación/paro, asalariados eventuales, ocupaciones elementales, grupos de edades, nacimiento y padres nacidos en países no desarrollados, así como sobre implicación en el cuidado a enfermos, menores, tareas domésticas y de voluntariado (para hombres y mujeres). También se investigó los hogares monoparentales y las viviendas según acceso a internet. El corazón del desafío metodológico ha sido plantear una petición de datos que tuviese en cuenta las limitaciones a la difusión que se derivan de un trabajo muestral con colectivos poco numerosos y una estrategia de cálculo que maximizase el tamaño de las celdas investigadas. Además se han desarrollado comprobaciones con el resto de informaciones disponibles en la web del INE y con otras fuentes exhaustivas que cubren parcialmente la misma información, de modo que es posible ofrecer una documentación metodológica detallada sobre procedimientos y resultados.

Resultados: De las 35.960 secciones de España en la fecha censal, solo en 43 no se dispone de información y se ha desechado la información de un máximo de 24 secciones por indicador, resultando una cobertura del 99,81% de las unidades, muy relevante considerando la naturaleza no exhaustiva de la fuente.

Conclusiones/Recomendaciones: Es viable disponer de indicadores socioeconómicos a nivel de Sección Censal en 2011 para toda España y en consecuencia el Censo 2011 continúa teniendo el papel central de sus precedentes para analizar los Determinantes Sociales de la Salud con detalle territorial. Los siguientes retos son la elaboración de indicadores compuestos y de datos por rejillas (para facilitar las comparaciones en el futuro o con otros contextos internacionales y con datos de mortalidad, salud, medioambientales y de tipo ráster).

Financiación: SEE.

COMUNICACIONES ORALES

CO23. Vigilancia epidemiológica (III)

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 11:30 a 13:30 h

Aula 0.1

Modera: Reyes López Márquez

948. EVOLUCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ANDALUCÍA PARA EL PERIODO 2010-2014: NUEVOS PARADIGMAS, NUEVOS RETOS

A. Corma-Gómez, C. Montaña Remacha, E. Rodríguez Romero, E. Pérez Morilla

Unidad de Gestión Clínica Interniveles de Salud Pública de Granada; Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades de transmisión sexual (ITS) suponen un importante problema de salud pública por la carga de enfermedad que generan y por las complicaciones y secuelas que producen si no se diagnostican y tratan precozmente. En el caso de las infecciones bacterianas, al ser curables, es posible reducir su incidencia y prevalencia mediante campañas intensivas de diagnóstico y tratamiento precoces, disminuyendo la duración del periodo contagioso. En el caso de las virales, que carecen de tratamiento curativo, la tendencia es hacia la cronicidad, por lo que los individuos son contagiosos durante periodos de tiempo más largos. El objetivo analizar la situación, evolución y características de las personas afectadas por las ITS, en Andalucía entre 2010 y 2014.

Métodos: Estudio descriptivo de las características epidemiológicas y de la evolución de las infecciones de transmisión sexual (Herpes genital, Infección por Chlamydia trachomatis, infección gonocócica, sífilis), en Andalucía en el periodo 2010-2014 utilizando como fuente de información el Sistema para la Vigilancia de Salud de Andalucía (SIVSA).

Resultados: Se contabilizan 8.767 nuevos casos de ITS en total. El 69% se produce en varones. Existe una mayor proporción de casos comprendidos entre los 20 y los 44 años (media 35 años). El 74% se desarrollan en población española. La tasa de incidencia ha sido mayor para la sífilis (8,13 por 100.000 hab. en 2014) y la infección por Chlamydia trachomatis (7,15 por 100.000 hab. en 2014). Existe un incremento porcentual para todas las ITS a estudio, siendo más destacado el que se ha producido para la infección por herpes genital (196% entre 2010 y 2014), infección gonocócica (59%), Chlamydia trachomatis (21%) y sífilis (9%). El 1,8% de los casos presentaba coinfección con VIH/SIDA.

Conclusiones/Recomendaciones: El número de casos de todas las ITS estudiadas sigue en aumento (como en otros países desarrollados), sobre todo en el caso del herpes genital. Una parte del incremento de casos se puede justificar por mejoras en la notificación (automática a la aplicación informática del sistema de vigilancia epidemiológica desde la historia clínica digital de Atención Primaria) pero también se debe al menosprecio del riesgo que lleva a prácticas inseguras y a un aumento del riesgo de transmisión. Para disminuir la incidencia y la prevalencia de este tipo de infecciones, interrumpiendo la transmisión y reduciendo la duración de la infección y para prevenir complicaciones y secuelas, es fundamental el fomento de prácticas seguras, la detección y el tratamiento precoz, la evaluación y manejo de los contactos sexuales de los casos.

695. INCREMENTO DE CASOS DE HEPATITIS C DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN LA CIUDAD DE BARCELONA

S. Manzanares-Laya, P. García de Olalla, C. Garriga, P. Gorrindo, J. Quer, M.J. Barbera, R. Solà, F. Rodríguez-Frías, J.A. Caylà

Servicio de Epidemiología, Agencia de Salud Pública de Barcelona; Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC), Centro Nacional de Epidemiología, Instituto Carlos III; Unidad Hepática, Instituto de Investigación y Hospital Universitario Vall d'Hebron; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd); Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual, Hospital Universitario Vall d'Hebron; Servicio de Digestología, Hospital del Mar, Barcelona; Unidad de Bioquímica y Microbiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Antecedentes/Objetivos: Durante la última década se han multiplicado los casos de hepatitis C (HC) en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en países desarrollados. El objetivo es describir la incidencia de HC entre 2007 y 2014, y analizar la exposición de riesgo en casos de HC en hombres de 18 a 59 años en la ciudad de Barcelona.

Métodos: Se calculó la incidencia de nuevos casos de HC notificados a la Agencia de Salud Pública de Barcelona entre 2007 y 2014. Se describió el sexo, exposiciones de riesgo, estatus frente al VIH y tiempo de coinfección. Las exposiciones se analizaron según periodo, 2007-2011 y 2012-2014, y se clasificaron como sexuales y no sexuales, como haberse sometido a cirugía, tratamientos o pruebas invasivas o uso de drogas. El virus se subtipificó utilizando secuenciación masiva mediante el uso de la plataforma 454/GS-Junior. Se realizaron análisis filogenéticos de las regiones E2PePhD y NS5B para evaluar las asociaciones entre los casos.

Resultados: Se observó un aumento significativo en la incidencia de HC en hombres, desde 0,65 casos/100.000 en 2007 a 2,50/100.000 en 2014, mientras que hubo una disminución en mujeres. Durante 2007-2011, 22 de 29 hombres de 18 a 59 años (75,9%) refirieron tener una exposición de riesgo no sexual. En 2012-2014 3 de 71 (4,2%) refirieron tal cosa, y 66 (93,0%) manifestaron haber tenido relaciones sexuales con hombres como exposición. De los 66 casos de HC identificados entre HSH, 58 (87,9%) eran VIH+ y el 70% de ellos llevaban conviviendo con el VIH menos de 5 años cuando fueron infectados por el VHC. Se analizaron 20 muestras de sangre, 9 (45,0%) resultaron subtipo 1a, 5 (25,0%) subtipo 4d y 3 (15,0%) mostraron infección mixta (4d+3a, 4d+1a y 1a+1b).

Conclusiones/Recomendaciones: Hemos detectado un aumento de HC en hombres, la mayoría sin otras exposiciones de riesgo que sexual, y muchos fueron pacientes infectados por VIH que estaban siendo seguidos clínicamente. Se identificaron diferentes genotipos en este estudio en curso, revelando brotes simultáneos. Se necesitan urgentemente medidas preventivas para disminuir la transmisión de HC en HSH, así como detección específica y una mejor vigilancia.

322. LINFOGRANULOMA VENÉREO EN ESPAÑA, 2005-2015: REVISIÓN DE LA LITERATURA

I. Herrando, M. Díez, A. Díaz

Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo, CNE, ISCIII; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El linfogranuloma venéreo (LGV), infección de transmisión sexual (ITS) producida por Chlamydia trachomatis L1-L3, era infrecuente en Europa hasta principios de los 2000 cuando apareció en forma de brotes. En 2013 se notificaron en Europa Occidental 1043 casos, un 22% más que en 2012. En España se han descrito brotes en Barcelona y Madrid. Esta ITS se ha incluido como enfermedad de declaración obligatoria a nivel nacional en 2015; en

Cataluña se vigila desde 2007. El objetivo de este estudio es describir los casos de LGV publicados en España durante 2005-2015.

Métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed de los artículos publicados en inglés y castellano, utilizando como palabras clave "Linfogranuloma venéreo", "LGV", "lymphogranuloma venereum" y "España" o "Spain". Además, se revisaron las monografías de los congresos de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Grupo de Estudio del Sida y Sociedad Española de Epidemiología. Se ha incluido el último documento de vigilancia epidemiológica publicado por el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre ITS y sida de Cataluña. Se excluyeron aquellos trabajos cuyo periodo de análisis quedaba incluido en otros artículos y en los que era difícil diferenciar entre muestras clínicas y pacientes.

Resultados: Entre 2005-2015 se han identificado 13 publicaciones que describen casos en 7 comunidades autónomas (Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valencia y País Vasco). El primero fue diagnosticado en Barcelona en 2004. La mayor parte de los casos se han descrito en Cataluña (462 casos declarados al sistema de vigilancia entre 2007-2014) y la Comunidad de Madrid (134 publicados desde 2009). Los principales afectados fueron hombres, españoles y entre 20-44 años; el mecanismo de transmisión más frecuente fueron las relaciones sexuales entre hombres aunque también se describen casos en heterosexuales con características clínicas diferentes. La mayoría presentó sintomatología, principalmente rectal. El serovar más frecuente fue L2. Entre el 62%-100% de los casos en hombres homo/bisexuales estaban coinfectados con el VIH y casi la mitad de los que disponían de información presentaban otras ITS concurrentes al diagnóstico de LGV.

Conclusiones/Recomendaciones: Tras la aparición del primer caso hace más de diez años, el LGV se ha distribuido ampliamente en España. Las características clínico-epidemiológicas de los casos son similares a las de los notificados en Europa. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la necesidad de instaurar la vigilancia de esta patología en todas las comunidades autónomas a fin de monitorizar su evolución, disponer de información adecuada para su control, y aumentar su visibilidad entre los profesionales sanitarios y la población más afectada.

305. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA REFORZADO DE NOTIFICACIÓN DE PAREJAS EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

S. Gil, S. Martín, E. Arellano, D. Martínez, M. Gosch, M.J. Barbera, E. Diez, J.A. Caylà, P. García de Olalla

Agència de Salut Pública de Barcelona; Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual Drassanes-Vall d'Hebron.

Antecedentes/Objetivos: La notificación de parejas (NP) es una herramienta fundamental en el control y reducción de las infecciones de transmisión sexual (ITS). La NP permite que las personas expuestas conozcan su situación de riesgo y accedan al diagnóstico y tratamiento precoz. El objetivo de este estudio fue determinar la efectividad de un programa reforzado de NP de ITS en Barcelona durante el 2015.

Métodos: Estudio transversal de ámbito asistencial a fin de determinar la efectividad de la NP en la detección de nuevos casos de sífilis, gonococia, linfogranuloma venéreo (LGV) y VIH. El programa se lleva a cabo en la unidad de infecciones de transmisión sexual Drassanes-Vall d'Hebron por el personal de enfermería de la unidad y de salud pública. Los métodos ofrecidos para la NP fueron a través del paciente (patient referral) y la notificación mediante el personal de salud pública (provider referral). Este último, además realizaba el seguimiento del caso índice (CI) y de sus parejas. Se recogieron datos socio-demográficos, clínicos, sobre prácticas sexuales y número de contactos

sexuales previos al diagnóstico. Todos los CI recibieron consejo asistido y educación sanitaria. Se calculó el porcentaje de contactos identificados en relación al total de contactos y el número de CI que es necesario entrevistar para obtener nuevo diagnóstico (NCNE). La efectividad se calculó dividiendo el número de nuevos diagnósticos realizados a partir de la NP entre el total de contactos que se realizaron las pruebas.

Resultados: De los 116 CI de sífilis entrevistados todos aceptaron la NP, se identificó el 14% de las parejas, el NCNE fue de 2 y la efectividad del 33%. En la gonococia, dos (2%) de los 101 CI entrevistados rechazaron la NP, se identificó el 36% de las parejas, el NCNE fue de 3 y la efectividad del 36%. Respecto al LGV, uno (6%) de los 16 CI entrevistados rechazó la NP, el 60% de las parejas se pudieron identificar, el NCNE fue de 16 y la efectividad del 5%. Dos (6%) de los 34 CI entrevistados de VIH rechazaron la NP, se identificó el 11% de las parejas, el NCNE fue de 5 y la efectividad del 14,3%.

Conclusiones/Recomendaciones: La búsqueda activa de nuevos casos entre las parejas de las personas con diagnóstico sífilis, gonococia, LGV y VIH se mostró viable, fue bien aceptada por los usuarios y permitió identificar una alta proporción de nuevos casos. Este tipo de programas debería estar integrado en la atención de las unidades de VIH e infecciones de transmisión sexual. La colaboración entre el ámbito asistencial y el de salud pública mejora el rendimiento de estas intervenciones.

29. PERFIL DOS PORTADORES DE HEPATITE B NO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL, ENTRE 2000 E 2013

S.S. Castro, R.F. Ferreira, E.R. Trevisan, V.J. Haas, M. Gomes, R.J. Molina

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Antecedentes/Objetivos: A Hepatite B é um problema de saúde pública. A vacina é a forma mais eficiente de prevenir a infecção e transmissão do vírus B. Descrever o perfil epidemiológico dos casos de Hepatite B no Estado de Minas Gerais, Brasil, entre 2000 e 2013, com base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, de base territorial, realizado com a base de dados do SINAN, fornecida pela Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, para o período entre 2000 e 2013.

Resultados: No ano de 2013 foram notificados no SINAN 1003 casos de Hepatite B no Estado de Minas Gerais. Nesse ano houve predominância do sexo masculino 57%. Observe-se maior proporção de casos na faixa etária de 20-29 anos (25,8%). Como relação a raça/cor a maioria dos casos eram pardos 40,3%, 51% eram alfabetizados e 88,3% moravam em zona urbana. Quanto a vacinação contra Hepatite B, apenas 10,3% dos casos realizaram esquema completo, predominando aqueles que não foram vacinados. Em se tratando da forma clínica 61,9% evoluíram para portador crônico/assintomático. O diagnóstico foi confirmado em 78,8% por meio laboratorial. A média de idade foi de 23,5 anos DP 1,79 anos e mediana de 39 anos. A incidência foi maior em todas as faixas etárias no sexo masculino. A razão de sexo foi maior acima de 60 anos, sendo o risco 25 vezes maior para homens nessa faixa etária em relação às mulheres. A incidência da doença aumentou consideravelmente após 2000 com pico em 2011.

Conclusiones/Recomendaciones: Houve maior número de casos de hepatite B notificados em homens, pardos, adultos, com evolução para hepatite crônica/portador assintomático e confirmação dos casos por meio laboratorial. A incidência foi crescente até 2011, com declínio após esse período. Deve-se ampliar as estratégias de vacinação contra VHB, de modo a reduzir a ocorrência de casos novos em indivíduos com comportamento de risco, ou no exercício da atividade profissional.

146. ADAPTACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA VIGILANCIA DEL VIH EN MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES CHILENAS

B. Carvajal, V. Stuardo, J. Belmar, J. Manríquez, C. Folch

Programa de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Chile presenta una epidemia del VIH concentrada en poblaciones de difícil acceso, hombres que tienen prácticas sexuales con otros hombres (HSB) y mujeres trabajadoras sexuales (MTS). El país no cuenta con una vigilancia activa de la infección por el VIH y otras ITS, por lo tanto no existen instrumentos validados para la realización de estudios bioconductuales. Con el propósito de contribuir a la vigilancia de segunda generación para el VIH y, en el contexto de un estudio bioconductual, esta investigación tuvo como objetivo adaptar un cuestionario conductual catalán para la vigilancia de segunda generación del VIH/Sida en MTS de la Región Metropolitana (RM), Chile.

Métodos: Estudio de validación de instrumento. La población fueron MTS de la RM. Se adaptó un instrumento catalán mediante traducción y retrotraducción del instrumento original, realizada por un académico español con residencia de más de 5 años en Chile y una académica de nacionalidad chilena con más de 5 años de residencia en España. La validación de contenido se realizó a través de un grupo Delphi con expertos de organizaciones sociales, agrupación de trabajadoras sexuales, Ministerio de Salud, servicios de salud, sociólogos y académicos. La aplicabilidad del cuestionario se evaluó en MTS durante el primer semestre del año 2015, previa firma de un consentimiento informado.

Resultados: El cuestionario originalmente escrito en español de España fue satisfactoriamente adaptado al español de Chile. En el proceso de validación de contenido se logró modificar, eliminar y cambiar el orden de las preguntas originales, disminuyendo de 87 a 74 preguntas. En la aplicabilidad, se encuestaron 61 MTS, número determinado por la saturación de comentarios. Posteriormente, se realizó un segundo grupo Delphi para definir el número final de preguntas. En este último proceso, el cuestionario final terminó compuesto por 63 preguntas, las que consideraron aspectos socio-demográficos, uso de drogas, trabajo sexual, hábitos sexuales, servicio de salud y sociales, estado de salud y conocimiento.

Conclusiones/Recomendaciones: El cuestionario final incluyó los indicadores para MTS recomendados por el reporte para el monitoreo de la epidemia del VIH y Sida (Indicadores GARP) de ONUSIDA, así como los recomendados por el Family Health International (FHI) para la vigilancia bioconductual. Es necesario considerar la pertinencia cultural de los instrumentos para el levantamiento de información, de esta forma, el cuestionario adaptado se levanta como una opción validada para los estudios bioconductuales sobre VIH en MTS del País.

Financiación: FONDECYT-11140021 Bio-behavioral surveillance for HIV/AIDS in hard-to-reach populations in the Metropolitan Region of Santiago, Chile.

544. NUEVO SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA HEPATITIS C: REDIMENSIONANDO EL PROBLEMA

P. Yepes-García, R. García-Pina, E. Gutiérrez, C. Navarro, A. García-Fulgueiras

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad, Murcia; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En 2015 se aprobó en España el Plan estratégico para la Hepatitis C, señalando como prioritaria la implantación de un Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de

Infección por VHC. En la Región de Murcia, este sistema se ha puesto en marcha a final de 2015. Objetivos del estudio: 1) Cuantificar por primera vez los nuevos diagnósticos de hepatitis C en la Región de Murcia en 2014. 2) Describir las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas de los casos al diagnóstico.

Métodos: Se realiza búsqueda activa en historia clínica a partir de las serologías positivas anti-VHC de todos los hospitales de la Región en 2014. Se incluyen como nuevo diagnóstico (nvdx) aquellos que cumplen la definición de caso de hepatitis C de la Red Nacional de Vigilancia (ECDC 2012), eliminando los casos con diagnóstico de hepatitis C previo, aquellos con infección resuelta al diagnóstico y los duplicados entre centros. Se realiza un análisis descriptivo de las variables de estudio, presentando la incidencia de nvdx en 2014, la distribución de casos con infección activa (PCR+) e indeterminada (PCR no realizada) y el porcentaje de infección aguda, crónica y no clasificable.

Resultados: En 2014 se registraron en la Región de Murcia 692 serologías anti-VHC+ confirmadas, de las cuales 128 son nuevos diagnósticos (8,7 casos/100.000 hab.). Además, hay 28 casos con serología positiva sin diagnóstico clínico (incidencia de 10,6/100.000 si se incluyen). De los nvdx, 10 casos (7,8%) corresponden a infecciones agudas (0,7 casos/100.000), 72 (56,2%) presentaban infección/hepatitis crónica (4,9 casos/100.000) y 46 (36%) no están clasificados. En el 70,3% de los casos se constató infección activa (PCR+). El 68,8% de los nvdx son hombres, con mayor incidencia a los 40-59 años (27,9/100.000). En mujeres, la mayor incidencia se registra en = 65 años (13,1/100.000). Entre los nvdx con información disponible, el 63,8% presentaban al diagnóstico un grado de fibrosis F2 o superior, el 25,8% cirrosis y un 6,2% hepatocarcinoma. En el 63,3% de los nvdx consta información del genotipo, siendo los más frecuentes el 1B (40,7%), el 1A (24,7%) y el 3 (16%).

Conclusiones/Recomendaciones: El sistema de vigilancia de nvdx permite estimar por primera vez la magnitud de hepatitis C de nuevo diagnóstico, diferenciando infecciones agudas y crónicas, así como una aproximación de base poblacional al grado de evolución de la enfermedad al diagnóstico. La incidencia preliminar de nvdx de VHC en la R. Murcia en 2014 es superior a la de nvdx de VIH para el mismo año. La gran mayoría de nvdx corresponden a hepatitis crónicas, si bien se han detectado 10 hepatitis agudas en 2014, ninguna de ellas notificada como EDO previamente. Entre los casos con seguimiento, la mayoría presentaban un grado considerable de fibrosis al diagnóstico.

604. CONTROL OVER SEXUAL REPRODUCTIVE HEALTH: STRESSORS AND RESOURCES FOR UNIVERSITY STUDENTS, UGANDA

M. Ebugo, M. Daniel, G. Ortiz-Barreda

Department of Health Promotion & Development, Bergen, Norway; MC Venues Research Group, Department of Health Promotion & Development, Bergen, Norway; MC Venues Research Group, Department of Health Promotion & Development, Bergen, Norway & PhD Program of Public Health, Universidad CES, Colombia.

Antecedentes/Objetivos: Sexual reproductive health (SRH) plays a role in human wellbeing. Unsafe sexual practices constitute a risk for disability/death. Despite the increase of contraceptive methods, unmet need for SRH services and information remains high in developing countries. University students suffer the highest rates of sexually transmitted infections, unwanted pregnancies and SRH problems. In Uganda, programs/strategies have been developed to improve youth's SRH. However, a knowledge gap remains regarding youth's own experiences with management of SRH risks/problems. The Salutogenic model of health focuses on how people use available resources to stay

healthy, giving an insight into how health is realised and how it can be maintained. The aim was to explore the experiences of university students in Kampala on their control over SRH.

Métodos: The research design was qualitative and phenomenological in approach. Data collection, between Jun-Sep 2015, used semi-structured in-depth interviews/observations, conducted at Makerere University (Kampala-Uganda) with 18 participants [11 students (5 male/6 female); 7 key informants (Dean of students/health workers/Local Council Chairperson/religious leader/hostel wardens). Interviews lasted 30/90 minutes and were audio taped. Thematic network analysis was used to analyse the data.

Resultados: The university students recognized some stressors that predisposed them to risky behaviours: peer pressure, low self-esteem/the need for belongingness, ignorance about SRH risks, economic/academic constraints and sex addiction, mainly. Stakeholders identified freedom and lack of parental supervision and misleading sources of information as predisposing factors. Those behaviours caused further stressors: unintended pregnancies and STDs from unprotected sex; abortion; emotional and mental breakdown; low self-esteem and lack of self-worth; violence from sexual partners, academic dropout due to pregnancy and being disowned by parents. University students coped with their problems through religion and spiritual support, social support from peers, relatives and health workers, contraception use, faithfulness, abstinence, VCT and learning from previous experiences.

Conclusiones/Recomendaciones: The Salutogenic approach represented a useful tool to address SRH problems among university students. This framework helped to identify stressful events that influenced the students' decision making in terms of unsafe sexual practices which caused health problems. Despite of all these difficulties, the use of coping mechanisms contributed to their own inner ability to thrive and promote their sexual health.

483. IMPACTO Y EVOLUCIÓN DE LA SÍFILIS EN LA CIUDAD DE VALENCIA: 2004-2014

A. Pagá, A. Míguez, R. Guaita, L. Soriano, R. Ferrer, A. Salazar

Medicina Preventiva, Hospital Universitario Dr. Peset; Servicio de Epidemiología, CSP Valencia; Medicina Preventiva, CHGUV.

Antecedentes/Objetivos: Desde hace 10 años diversas publicaciones alertan sobre la tendencia creciente de la sífilis y otras infecciones de transmisión sexual y el incremento de población expuesta a las mismas debido a las actuales tendencias en el comportamiento sexual, las migraciones y su carga de pobreza, y la escasa promoción del uso de métodos preventivos por parte de los servicios públicos. Objetivo: describir la evolución de la incidencia de sífilis en la ciudad de Valencia, identificando las características y prácticas de riesgo de los sujetos afectados.

Métodos: Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo al objeto de estimar la incidencia anual de sífilis en la ciudad de Valencia en el periodo 2004-2014. Fuentes de datos: casos notificados al sistema de Análisis de Vigilancia Epidemiológica y Red Microbiológica de Comunidad Valenciana y población registrada en el padrón del Ayuntamiento de Valencia. Las variables a estudio fueron: edad y sexo, nacionalidad, fechas de acceso al sistema sanitario, fecha de diagnóstico, formas clínicas de presentación, conductas y prácticas de riesgo. Las medidas de asociación fueron la razón de incidencias y, en las estimaciones de probabilidad asociadas a características del sujeto, la OR e intervalos de confianza.

Resultados: El impacto anual de la enfermedad evolucionó desde $2,4 \times 10^5$ en 2004 hasta $14,5 \times 10^5$ en 2014. Fueron varones el 82,96% con razón de masculinidad de 5. La incidencia más elevada se sitúa en los grupos 35-39 años, $16,49 \times 10^5$ y 40-44 años con $16,98 \times 10^5$. Destaca la diferencia entre mujeres según origen (edad media en autó-

tonas: 39,72 años frente a extranjeras: 32,91 años; $p = 0,004$). Las formas primarias y secundarias fueron 5 veces más probables en varones. El mayor factor de riesgo fue tener parejas múltiples (54,89%), sobre todo entre hombres homo o bisexuales, que alcanza el 90,0%. La coinfección por VIH fue 29,07% en varones y 4,35% en mujeres. La media de días de demora diagnóstica fue de 57. Más del 90% de los casos, se diagnosticaron mediante pruebas serológicas. El análisis estratificado de la condición homosexual/heterosexual y autóctono/extranjero muestra la ausencia de confusión entre ambas variables (Q de Breslow-Day: 0,7101; $p: 0,3994$) aislando las parejas múltiples como la exposición asociada al factor de riesgo que representa la opción homosexual entre los enfermos de sífilis.

Conclusiones/Recomendaciones: Factores culturales, posibles déficits de los servicios de promoción de la salud y la presión ideológica en torno a limitar la libre y segura sexualidad, constituyen las limitaciones que favorecen la transmisión persona-persona. El mayor determinante de riesgo fueron las relaciones con múltiples parejas y la prevención debería reforzarse en el colectivo de hombres que practican sexo con hombres.

575. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR HEPATITIS C EN ESPAÑA, 2004-2013

R. Boix, R. Cano, R. Amillategui, I. Noguera

Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La hepatitis C es un importante problema de salud pública sobre el que actualmente existe poca información epidemiológica. Un alto porcentaje de los casos requiere hospitalización debido a su elevada cronicidad y las complicaciones derivadas de la evolución natural de la enfermedad. Se ha explorado el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) con el objetivo de describir y analizar las altas por fallecimiento con diagnóstico de hepatitis C, así como su tendencia, en el conjunto de hospitales participantes en el CMBD en España, en el periodo 2004-2013.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo, de las defunciones hospitalarias con diagnóstico de hepatitis C en población española, durante el periodo 2004-2013 a partir del CMBD (Códigos 070.41; 070.44; 070.51; 070.54; 070.70; 070.71 de la CIE-9 MC). Se realiza un análisis descriptivo de las variables año del alta, edad, sexo, categoría diagnóstica y tipo de alta, así como, un estudio de tendencia de mortalidad.

Resultados: En los 10 años de estudio 2004-2013 ha habido un total de 351.996 hospitalizaciones por hepatitis C. El motivo de alta más frecuente fue el traslado al domicilio 305.219 (86,7%) y la segunda exitus 24.358 (6,9%). Del total de defunciones, 14.925 (61,3%) correspondieron a hombres y 9.433 (38,7%) a mujeres ($p < 0,0001$). Por categoría diagnóstica el total de defunciones se distribuyen en hepatitis aguda 447 (1,8%), hepatitis crónica 22.816 (93,7%) y hepatitis no especificada 1.095 (4,5%). La media de edad a la defunción en hombres fue de 60,77 (DE 15,78) y en mujeres de 71,30 (DE 14,10) ($p < 0,0001$). La tasa global de mortalidad en los casos ingresados fue de 5,39/100.000 habitantes (7,40 hombres-4,11 mujeres) en el periodo estudiado. La tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad intrahospitalaria es creciente, estadísticamente significativa, en hombres ($p = 0,001$), manteniéndose estable en mujeres ($p = 0,1$).

Conclusiones/Recomendaciones: La mortalidad intrahospitalaria de los casos con diagnóstico de hepatitis C es debida fundamentalmente a la hepatitis crónica, que se comporta con patrones diferentes en hombres y en mujeres a los que afecta en distinta proporción y a diferentes edades. El CMBD se considera una herramienta útil para identificar el perfil de la mortalidad asociada a hepatitis C y su evolución en el tiempo.

CO24. Salud ambiental

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 11:30 a 13:30 h

Aula 0.2

Moderador: Alberto Ruano Raviña

1. CÁNCER RENAL INFANTIL Y PROXIMIDAD RESIDENCIAL A FOCOS DE CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

J. García-Pérez, A. Morales-Piga, J. Gómez, D. Gómez-Barroso, I. Tamayo-Uría, E. Pardo Romaguera, P. Fernández-Navarro, G. López-Abente, R. Ramis

Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer, Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII, CIBERESP; Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, ISCIII, CIBERER; Hospital Infanta Leonor; CREAL, Universitat Pompeu Fabra; Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP), Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Existen pocos factores de riesgo bien establecidos para el cáncer renal infantil. Dado que una pequeña fracción de casos podría ser atribuible a susceptibilidad genética y algunas anomalías congénitas, se necesita evaluar el papel de otros factores de riesgo de carácter ambiental. El objetivo es estudiar el posible efecto de la proximidad residencial a instalaciones industriales, áreas urbanas y cultivos agrícolas tratados con pesticidas sobre el cáncer renal infantil, teniendo en cuenta categorías de grupos industriales y sustancias contaminantes emitidas.

Métodos: Se diseñó un estudio caso-control de base poblacional sobre cáncer renal infantil (0-14 años) en España. Los casos incidentes fueron proporcionados por el Registro Español de Tumores Infantiles y se incluyeron aquellas regiones con un 100% de cobertura: Cataluña, País Vasco, Navarra y Aragón (período 1996-2011), y C. Madrid (período 2000-2011). Los controles fueron obtenidos del registro de nacidos vivos del Instituto Nacional de Estadística, y apareados a los casos por año de nacimiento, sexo y región de residencia. A partir de los domicilios geocodificados, se calculó la distancia del domicilio de cada niño a los focos contaminantes (1271 industrias, 30 áreas urbanas = 75.000 habitantes localizadas en las áreas de estudio, y % de cultivos agrícolas en un radio de 1 km en torno al domicilio). Mediante modelos de regresión logística, ajustando por variables de apareamiento y confusores socioeconómicos, se estimó el efecto (odds ratio – OR) asociado a la proximidad a focos contaminantes ambientales.

Resultados: El análisis incluyó 213 casos de cáncer renal infantil y 1.278 controles. Se detectó un exceso de riesgo (OR, intervalo de confianza al 95%) de cáncer renal infantil estadísticamente significativo en la proximidad (= 2,5 Km) del conjunto de industrias (1,97; 1,13-3,42) – especialmente en industrias de producción de vidrio (2,69; 1,19-6,08), galvanizado (2,66; 1,14-6,22), residuos peligrosos (2,59; 1,25-5,37), cerámica (2,35; 1,06-5,21), tratamiento de superficies metálicas (2,25; 1,24-4,08), química orgánica (2,22; 1,15-4,26), sector de alimentación (2,19; 1,18-4,07), depuradoras (2,14; 1,07-4,30) y metalurgia (1,98; 1,03-3,82) –, así como en la proximidad a cultivos agrícolas.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados sugieren que vivir en la proximidad de industrias y cultivos agrícolas podría ser un factor de riesgo para el cáncer renal infantil.

Financiación: FIS 12/01416 y FIS CP11/00112.

711. ASOCIACIÓN ENTRE FENÓMENOS METEOROLÓGICOS Y HEPATITIS A EN ESPAÑA, 2010-2013

P. Gullón, C. Varela, E.V. Martínez, D. Gómez-Barroso

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El cambio climático aumentará la frecuencia de fenómenos climatológicos extremos, lo que afectará a la distribución y frecuencia de determinadas enfermedades, como las enfermedades transmitidas por el agua. Esto hace que determinar el rol del clima en dichas enfermedades, como la hepatitis A, deba ser una prioridad en la investigación en Salud Pública. El objetivo de este estudio es analizar la asociación entre los fenómenos meteorológicos y la aparición de nuevos casos de hepatitis A en España entre 2010 y 2013.

Métodos: Los casos de hepatitis A entre 2010 y 2013 a nivel municipal se obtuvieron de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Las variables meteorológicas (cantidad de lluvia, días de lluvia, tormenta y nieve), medidas en 77 estaciones meteorológicas distribuidas en España, se obtuvieron a través del National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA) Satellite and Information Service of USA National Climatic Data Center. A cada municipio se le asignaron los datos de la estación más cercana, de forma que se crearon 77 regiones meteorológicas. Los datos se agregaron a nivel de semana epidemiológica y región meteorológica. Se realizó un modelo de Poisson multinivel, incluyendo los fenómenos meteorológicos con un retardo temporal de 2, 3 y 4 semanas (período de incubación hepatitis A) y la tendencia temporal como efectos fijos, y la región meteorológica como efecto aleatorio. Se calcularon razones de tasas de incidencia (RTI) y sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Cuando la cantidad de lluvia caía dos semanas antes está por encima del percentil 90 (29,46 mm) la incidencia de hepatitis A aumenta un 22% (RTI = 1,22, IC95% 1,06-1,37). Si aumentan en un día los días en los que se han registrado precipitaciones, tormentas o nieve aumenta el riesgo de hepatitis A en un 3% (RTI = 1,03 IC95% 1,01-1,06), un 7% (RTI = 1,07 IC95% 1,01-1,14) y un 12% (RTI = 1,12 IC95% 1,01-1,25) respectivamente, con un retardo temporal de dos semanas.

Conclusiones/Recomendaciones: La cantidad de lluvia, los días de lluvia, tormenta y nieve se asocian con un aumento en la incidencia de hepatitis A 2 semanas después. La incorporación de estas variables meteorológicas en los modelos de predicción y en la vigilancia de la enfermedad puede ayudar a explicar y predecir la intensidad de transmisión de la hepatitis A y, como consecuencia, ser útil para responder eficazmente ante fenómenos meteorológicos, reforzando las medidas preventivas y el control de la enfermedad.

714. EXPOSICIÓN PRENATAL A PFAS Y DESARROLLO NEUROPSICOLÓGICO EN NIÑOS Y NIÑAS DE 14 MESES. RESULTADOS DE LA COHORTE INMA

V. Ballesteros Arjona, O. Costa, C. Manzano Salgado, N. Lertxundi, A. Aranbarri, M. Vrijheid, C. Iñiguez, F. Ballester, M.J. López Espinosa

OSMAN-EASP; FISABIO-UJI-Universitat de València; CIBERESP; CREAL; Universidad del País Vasco; Instituto de Investigación Sanitaria BioDonostia.

Antecedentes/Objetivos: Las sustancias perfluoralquiladas (PFAS) son sustancias químicas usadas en utensilios de cocina antiadherentes, tapizados, envoltorios, detergentes, etc. A pesar de los indicios de su capacidad neurotóxica en animales, son poco conocidos sus efectos sobre el neurodesarrollo temprano en humanos. El objetivo de este estudio es evaluar la asociación entre exposición prenatal a cuatro PFAS (sulfonato de perfluorohexano [PFHxS], sulfonato de perfluorooctano [PFOS], perfluorooctanoato [PFOA] y perfluoronanoato [PFNA]) y desarrollo neuropsicológico en niños/as de 14 meses.

Métodos: La población de estudio fue 1191 pares madre-niño/a de tres regiones de España (Sabadell, Gipuzkoa y Valencia), participantes en el Proyecto INMA (Infancia y Medio Ambiente). Los niveles de

PFAS fueron medidos en plasma materno (semana 12 embarazo). Se evaluó el desarrollo cognitivo y motor de los niños/as (14 meses) mediante las escalas Bayley de Desarrollo Infantil y se recogió información sociodemográfica y del entorno familiar de la madre y del niño en diferentes momentos (embarazo, nacimiento y 1 año). La asociación entre los niveles de Ig2 (PFAS) en plasma materno y el desarrollo neuropsicológico se evaluó mediante modelos de regresión lineal multivariante. También se evaluó si hubo modificación de efecto por sexo.

Resultados: Los niveles medios de los contaminantes fueron (mediana [P25, P75], ng/ml) más altos para el PFOS (6,03 [4,50, 7,82]), seguido de PFOA (2,36 [1,63, 3,30]), PFNA (0,65 [0,48, 0,89]) y PFHxS (0,57 [0,40, 0,82]). La media (desviación estándar) de la escala cognitiva y motora fue de 98,3 (15,5) y 98,9 (15,5), respectivamente. Los 4 contaminantes se asociaron de forma negativa y significativa con el desarrollo motor (reducción de entre 1 y 2 puntos en la puntuación obtenida en la escala motora al duplicar la concentración del contaminante). No se encontró asociación estadísticamente significativa con el desarrollo cognitivo ni modificación de efecto por sexo (p de interacción $> 0,05$ en todos los casos).

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados obtenidos sugieren un efecto de la exposición a PFAS sobre el desarrollo motor pero no cognitivo en etapas tempranas de la vida. El estudio INMA permitirá evaluar la posible persistencia de los efectos de los PFAS en etapas posteriores del desarrollo, cuando las habilidades cognitivas y motoras están completamente desarrolladas.

Financiación: ISCIII-FEDER: PI14/00891, PI12/01890, MS11/0178.

239. AIR POLLUTION EXPOSURE DURING PREGNANCY AND BRAIN MORPHOLOGY IN YOUNG CHILDREN: A POPULATION-BASED PROSPECTIVE BIRTH COHORT STUDY

M. Guxens, M.J. Lubczynska, R. Muetzel, A. Dalmau, G. Hoek, T. White, B. Brunekreef, H. Tiemeier, H. El Marroun

ISGlobal, Center for Research in Environmental Epidemiology, Barcelona, Spain; Erasmus University Medical Center, The Netherlands; Utrecht University, The Netherlands.

Antecedentes/Objetivos: Increasing evidence indicates that air pollution exposure during pregnancy is related to impaired child neuropsychological development. However, it is unclear if brain structural alterations underlie this association. Therefore, we aimed to assess whether air pollution exposure during pregnancy is related to brain morphology in young children.

Métodos: Population-based birth cohort set up in Rotterdam, The Netherlands, from 2002 to 2006, where 8,880 pregnant women were recruited during the first trimester. Air pollution levels —particulate matter with diameters of < 2.5 and $2.5-10 \mu\text{m}$ (PM2.5 and PMcoarse respectively), PM2.5 absorbance, and benzo(a)pyrene (BaP)—at birth addresses were estimated by land-use or dispersion models based on monitoring campaigns done between 2008 and 2010. Levels were extrapolated back in time to the pregnancy period using routine background monitoring network. Structural neuroimaging, diffusion tensor imaging, and neuropsychological assessment using NEPSY-II were performed at age 8 years.

Resultados: A total of 783 children were included with available data on air pollution and brain imaging. Air pollution levels were not associated with global brain volumes or white matter microstructure. Conversely, children exposed to PM2.5, PMcoarse, PM2.5 absorbance, and benzo(a)pyrene (BaP) during pregnancy had thinner cortices in several brain regions particularly in the frontal lobe, after adjusting for child's sex, age, IQ, and parental socioeconomic and life-style characteristics. Specifically, PM2.5 and BaP levels were associated with a reduced cortical thickness of the rostral

middle frontal and praecuneus regions, and PM2.5 levels during pregnancy were related to the pars orbitalis region. PM2.5 and BaP levels were associated with an impaired worse inhibitory control of the children, while a reduced cortical thickness of the regions related to these pollutants was also associated with an impaired inhibitory control.

Conclusiones/Recomendaciones: Our results suggested that air pollution exposure during pregnancy is associated with a reduced cortical thickness in several brain regions, particularly in the frontal lobe. Moreover, both the exposure and the regions with reduced cortical thickness were related to an impaired inhibitory control in children.

Financiación: FP7-211250, ISCIII-MS13/00054, ZonMw, NWO, SSWO-616, EUR Fellow 2014.

212. EFECTO DE LAS ALTAS TEMPERATURAS EN LA MORBIMORTALIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID: VERANO 2015

A. Gandarillas, D. López-Gay, E. Cámara, I. Roderio, R. Bardón, M. Ordobás

Servicio de Epidemiología, Subdirección General de Epidemiología; Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales; Dirección General de Salud Pública; Consejería de Sanidad; Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Los estudios científicos sobre el clima predicen un incremento en la frecuencia e intensidad de los eventos climáticos extremos incluyendo olas de calor. En el marco del Plan de Respuesta y Vigilancia y Control de los efectos en salud de las olas de calor en la CM, que se inició en 2004, se monitorizan anualmente la mortalidad, urgencias hospitalarias y temperatura máxima diarias desde el 1 de junio al 15 de septiembre. Se describen los efectos sobre la morbilidad y mortalidad de las altas temperaturas en el verano de 2015.

Métodos: Estudio descriptivo de series diarias de mortalidad y urgencias hospitalarias y de asociación con la temperatura máxima ($t^{\text{máx}}$) entre el 1 de junio y el 15 de septiembre de 2015. Las urgencias proceden del Hospital Gregorio Marañón y la mortalidad de los Registros Civiles de 21 municipios (82,4% de la población de la CM), cedida por el Centro Nacional de Epidemiología. A partir de la serie de 5 años previos, mediante modelos de regresión de Poisson con términos senos-cosenos y una vez ajustada por tendencia, se estiman en ambas series los valores medios diarios esperados y límite de confianza al 99% (3 DE). Se cuantifica el n° de fallecidos y n° de urgencias totales atendidas por encima del límite máximo esperado y el número de días en que ocurre. Calculamos el riesgo relativo (RR) e IC95% de muerte y de urgencias atendidas los días con $t^{\text{máx}}$ del día previo $\geq 36,6^{\circ}$ y $< 38,6^{\circ}$ o $\geq 38,6^{\circ}$ respecto a los días con $t^{\text{máx}} < 36,6^{\circ}$, aplicando modelos de regresión de Poisson. Estos niveles de $t^{\text{máx}}$, de 'disparo' de la mortalidad, $\geq 36,6^{\circ}$, o de máximo incremento de la mortalidad, $\geq 38,6^{\circ}$, marcan los niveles de alerta del Plan.

Resultados: Tanto el n° de fallecidos como las urgencias atendidas observados en la temporada son un 9,9% superior al valor medio esperado. El día con mayor mortalidad fue el 18 de julio y de mayor demanda de urgencias el 6 de julio. En los 18 días con fallecidos por encima del límite superior del intervalo, se acumulan 272 fallecidos. El RR de mortalidad los días con $t^{\text{máx}} \geq 36,6^{\circ}$ y $< 38,6^{\circ}$ es de 1,33 (IC95% 1,27-1,40) y el de los días con $t^{\text{máx}} \geq 38,6^{\circ}$ es de 1,40 (IC95% 1,32-1,47). El RR de urgencias los días con $t^{\text{máx}} \geq 36,6^{\circ}$ y $< 38,6^{\circ}$ es de 1,06 (IC95% 1,04-1,09) y el de los días con $t^{\text{máx}} \geq 38,6^{\circ}$ es de 1,07 (IC95% 1,03-1,10).

Conclusiones/Recomendaciones: A diferencia de lo observado en los 10 años previos, en el verano de 2015 se ha producido un exceso en la morbilidad asociada a temperaturas extremas. La magnitud de las temperaturas alcanzadas y su duración han puesto a prueba los

mecanismos de prevención y control que será necesario reajustar de cara a las próximas temporadas.

251. EXPOSICIÓN PRENATAL Y POSNATAL A CONTAMINACIÓN DEL AIRE Y FUNCIÓN ATENCIONAL EN NIÑOS DE 4-5 AÑOS

A. Sentís, J. Sunyer, A. Dalmau, A. Andiaarena, F. Ballester, A. Fernández-Somoano, J. Ibarluzea, C. Íñiguez, M. Guxens, et al

ISGlobal, CREAL, Barcelona; University of the Basque Country UPV/EHU, BIODONOSTIA, San Sebastián; FISABIO-UJI-Universitat de València, CIBERESP; University of Oviedo, CIBERESP; Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa.

Antecedentes/Objetivos: La exposición prenatal y posnatal a la contaminación del aire ha sido relacionada con alteraciones en el desarrollo neuropsicológico en niños. Sin embargo, muy pocos estudios han evaluado su asociación con la función atencional de forma específica. El objetivo principal de este estudio es evaluar la asociación entre la exposición pre y posnatal a la contaminación del aire y la función atencional en niños de 4-5 años de edad.

Métodos: Se utilizaron datos de cuatro regiones distintas dentro del proyecto español INMA (Infancia y Medio Ambiente), una cohorte de nacimiento de base poblacional que se estableció entre 2003 y 2008. Mediante modelos de regresión por usos de suelo se estimaron, en los domicilios de los participantes, los niveles pre y posnatales de dióxido de nitrógeno (NO₂) (n = 1.298) y los niveles prenatales de benceno (n = 1.275) en todas las regiones así como los niveles pre y posnatales de material particulado (PM) sólo en una de las regiones (n = 275). También se calculó la diferencia entre los niveles prenatales y posnatales a la contaminación del aire. La función atencional se evaluó en los niños a la edad de 4-5 años con el Kiddie-Conners Continuous Performance Test. Las asociaciones ajustadas se estimaron para cada región y se combinaron mediante un meta-análisis de efectos aleatorios.

Resultados: Los niveles prenatales de NO₂ y en menor medida benceno, PM_{2.5} y PM_{2.5}absorbance, se asociaron con una alteración de la consistencia en la velocidad de respuesta en el test (con un aumento de 1.28 milisegundos [IC95%; 0,38 a 2,18]) y con un aumento de los errores de omisión (aumento del 6% en los errores de omisión [IC95%; 1,01 a 1,11]) por cada aumento de 10 µg/m³ en NO₂ prenatal. Algunas de estas asociaciones se mantuvieron al evaluar la exposición postnatal. La diferencia entre los niveles pre y posnatales de la contaminación del aire no mostraron estar asociados con la función atencional.

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudio sugiere que el aumento de la exposición a ciertos contaminantes del aire tales como NO₂, benceno, PM_{2.5} y PM_{2.5}absorbance, principalmente durante el embarazo pero también en menor medida durante los primeros años de vida del niño, pueden conducir a un peor desarrollo de la función atencional en niños de 4-5 años de edad.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, FEDER, CIBERESP, FP7-211250.

56. EFECTO DE LAS OLAS DE CALOR SOBRE LA MORBIMORTALIDAD POR ENFERMEDAD DE PARKINSON EN MADRID

C. Linares, P. Martínez-Martín, C. Rodríguez-Blázquez, M.J. Forjaz, R. Carmona, J. Díaz

Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII, REDISSEC.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad de Parkinson (EP) se ve influenciada por las altas temperaturas que se producen durante las

olas de calor. El uso de ciertos neurolépticos para controlar las complicaciones de la enfermedad parece relacionarse con el incremento de la mortalidad por esta causa que se detecta durante las olas de calor. Se trata de analizar y cuantificar el efecto a corto plazo que tienen las altas temperaturas durante las olas de calor sobre la mortalidad diaria por EP como los ingresos hospitalarios diarios relacionados con esta enfermedad en Madrid.

Métodos: Estudio ecológico longitudinal de análisis de series temporales. Las variables dependientes son: 1. Número de muertes diarias por EP (ICD-10: G20-G21) en la ciudad de Madrid durante el periodo 01-01-2001 al 31-12-2009. Estos datos fueron proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística al Instituto de Salud Carlos III en el marco del Proyecto "Estudio de la relación entre la gripe y la mortalidad en España" 2. Número de ingresos diarios urgentes por EP en los hospitales de Madrid en el periodo 01-01-2008 al 31-12-2009, obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Como variable independiente se utilizó la temperatura máxima diaria (°C) medida en el Observatorio de Madrid y proporcionados por AEMET. Se utilizaron modelos de regresión Poisson para la determinación de los riesgos relativos (RR). Puesto que el efecto de la temperatura sobre la EP puede no ser inmediato, se crearon variables retrasadas de temperatura máxima diaria hasta el orden 7. Se controló por variables de contaminación química, tendencias, estacionalidades y carácter autorregresivo de las series.

Resultados: Hay una temperatura máxima diaria correspondiente a 30 °C para la cual los ingresos por urgencias debidos a EP son mínimos. Existe otra temperatura máxima diaria, de 34 °C, a partir de la cual aumentan significativamente el número de ingresos diarios por EP. El incremento del RR por cada grado Celsius en que la temperatura máxima diaria supere los 34 °C es 1,13 (IC95%: 1,03-1,23) en los retrasos 1 y 5; para la mortalidad diaria por EP el RR es 1,14 (IC95%: 1,01-1,28) en el retraso 3.

Conclusiones/Recomendaciones: Nuestros resultados indican que sufrir EP es un factor de riesgo durante las olas de calor. Las altas temperaturas hacen que aumente la morbi-mortalidad por esta causa. Este hecho debe tenerse en cuenta a la hora de implementar los planes de prevención contra el calor.

61. SHORT TERM EFFECT OF AIR POLLUTION, NOISE AND HEAT WAVES ON PRETERM BIRTHS IN MADRID

C. Linares, V. Arroyo, C. Ortiz, R. Carmona, M. Sáez, J. Díaz

National School of Public Health, Instituto de Salud Carlos III; Research Group on Statistics, Econometrics and Health, University of Girona & CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Preterm birth (PTB) refers to delivery before 37 weeks of gestation and represents the leading cause of early-life mortality and morbidity in developed countries. PTB can lead to serious infant health outcomes. The etiology of PTB remains uncertain, but epidemiologic studies have consistently shown elevated risks with different environmental variables as traffic-related air pollution (TRAP). The aim of the study was to evaluate with time series methodology the short-term effect of air pollutants, noise levels and ambient temperature on the number of births and preterm births occurred in Madrid City during 2001-2009.

Métodos: A time-series analysis was performed to assess the short term impact of daily mean concentrations (µg/m³) of PM_{2.5} and PM₁₀, O₃ and NO₂. Measurements of Acoustic Pollution in dB(A) analyzed were: Leq_d, equivalent diurnal noise level and Leq_n, equivalent nocturnal noise level. Maximum and Minimum daily temperature (OC), mean Humidity in the air (%) and Atmospheric Pressure (hPa), were included too. Linear trends, seasonality, as well as the autoregressive nature of the series itself were con-

trolled. We added as covariate the day of the week too. Autoregressive over-dispersed Poisson regression models were performed and the environmental variables were included with short-term lags (from 0 to 7 days) in reference to the date of birth. Simple models for the total number of births and preterm births were done separately. A model for total births adjusted for preterm births was performed too.

Resultados: A total of 298,705 births were analyzed. The results of the final models were expressed in relative risks (RRs) for inter-quartile increase. We observed evidence of a short term effect at Lag 0, for the following environmental variables analyzed, PM2.5 RR: 1.020; 95%CI (1.008-1.032) and O3 RR: 1.012; 95%CI (1.002-1.022) and Leqd RR: 1.139; 95%CI (1.124-1.154) for the total number of births, and besides these, heat temperatures at Lag 1 RR: 1.055; 95%CI (1.018-1.092) on preterm births. In the model adjusted for preterm births, similar RR was obtained for the same environmental variables.

Conclusiones/Recomendaciones: Especialmente PM2.5, diurnal noise levels and O3 have a short-term impact on total births and heat temperatures on preterm births in Madrid City during the studied period. Our results suggest that, given the widespread exposure of the population to the environmental factors analyzed and the possible effects on long-term health associated to low birth weight; there is a clear need to minimize this exposure.

Financiación: FIS ENPY 1001/13; SEPY 1037/14.

68. IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA Y OTROS FACTORES AMBIENTALES SOBRE VARIABLES ADVERSAS AL NACIMIENTO EN MADRID

V. Arroyo, J. Díaz, C. Linares

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Parto prematuro (< 37 semanas), bajo peso al nacer (< 2.500 gramos), y mortalidad fetal (< 24 horas de vida) son causas fundamentales de morbi-mortalidad perinatal con un impacto en salud, social y económico a corto y largo plazo. Su etiología es múltiple existiendo evidencia científica que sitúa como posibles factores de riesgo a variables ambientales. El objetivo es analizar y cuantificar el impacto de diferentes contaminantes atmosféricos (PM2.5, NO2, O3) y otros factores ambientales (ruido, temperatura y polen) en las variables adversas al nacimiento descritas en Madrid municipio de 2001 a 2009.

Métodos: Estudio ecológico-longitudinal de series temporales para evaluar el impacto a corto plazo del promedio semanal de: Concentración media diaria ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) de PM2.5, NO2 y O3; Nivel de ruido medio diario (dB(A)), ruido diurno (Leqd) y ruido nocturno (Leqn); Temperatura del aire ($^{\circ}\text{C}$) (máxima y mínima) y contaminación polínica (granos polen/ m^3). Se controló por humedad relativa media (%) y presión atmosférica (hPa), tendencia lineal, estacionalidad y autoregresión. Para cada una de las variables resultado se realizó un modelo de regresión Poisson, incluyéndose las variables ambientales en retardos estadísticamente significativos a corto plazo de (0 a 37 semanas) identificados previamente mediante las FCC. El resultado de los modelos finales se obtuvo en forma de riesgo relativo (RR).

Resultados: Se analizaron 298.705 nacimientos. El promedio semanal de prematuridad fue de 7,5, el promedio de bajo peso de 6,9 y el de mortalidad fetal de 3,7. Observándose a corto plazo mayor impacto para bajo peso al nacer con Leqd al inicio-1er mes gestación RR: 1,03 (IC95% 1,021,04), 5º/6º mes RR: 1,04 (1,03-1,05) y semana del parto RR: 1,01 (1,00-1,02) y con NO2 4º/5º mes RR: 1,01 (1,01-1,01) y 5º/6º mes RR: 1,01 (1,00-1,01). Para parto prematuro el Leqd en 5º/6º mes RR: 1,03 (1,02-1,03), PM2.5 en 4º/5º mes RR: 1,02 (1,01-1,03) y Leqn en semana previa al parto RR: 1,02 (1,01-1,02). El efecto en la mortalidad

fetal fue O3 en 6º mes RR: 1,15 (1,14-1,16), PM2,5 en el 7º/8º mes RR: 1,11 (1,10-1,12) y ola de frío dos semanas antes del parto RR: 1,03 (1,03-1,03).

Conclusiones/Recomendaciones: En el periodo de 2001 a 2009 en el municipio de Madrid los contaminantes PM2,5, NO2, O3, el ruido diurno y la temperatura del aire tuvieron un impacto a corto plazo en el promedio semanal de nacidos con bajo peso, prematuros y en la mortalidad fetal tardía. Destacándose el impacto que de forma crónica y aguda ejerció el ruido diurno por ser factor precipitante del parto produciendo aumento del número de partos con bajo peso, prematuros, con un mayor riesgo de morbi-mortalidad perinatal.

Financiación: premio mejor tesina 2015.

150. EXPOSICIÓN A PARTÍCULAS ULTRAFINAS EN EDAD ESCOLAR: RESULTADOS PRELIMINARES EN UN ESTUDIO DE COHORTE

A. Ferrero, M. Estarlich, A. Cases, D. Lozano, S. Gimeno, A. Esplugues, C. Iñiguez, F. Ballester

Unidad Mixta de Investigación FISABIO-UJI-UV; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El material suspendido en el aire (PM, en inglés) está caracterizado por partículas de diferentes tamaños: inferiores a $10 \mu\text{m}$ (PM10), $2,5 \mu\text{m}$ (PM2.5) y $0,1 \mu\text{m}$ (partículas ultrafinas -UFP en inglés-). Esta última fracción es la menos estudiada en relación a la exposición y sus efectos en salud. Enmarcado en un estudio de cohorte, se está llevando a cabo un proyecto que pretende evaluar la exposición personal a UFP en 100 niños de edad escolar así como sus efectos en la salud respiratoria. Se presentan aquí los resultados preliminares sobre la exposición personal en diferentes microambientes.

Métodos: La población consistió en niños de 10-11 años de edad. La exposición personal a UFP fue medida para cada niño/a durante 24 horas consecutivas en días laborables a través de un medidor en continuo instalado en una mochila. Durante el período de monitorización, los niños anotaron los patrones tiempo-actividad en un diario con los que se pudo definir la exposición en diferentes microambientes: en casa, en la escuela y en medios de transporte activos (ir a pie o en bici) o pasivos (ir en coche o transporte urbano motorizado). A través de un cuestionario respondido por los padres se obtuvo información sobre otras exposiciones ambientales durante las 24 horas de monitorización. Se evaluaron los factores asociados a la exposición a través de la comparación de medias (test t) para los distintos factores (sexo, clase social y otras exposiciones en casa).

Resultados: Hasta la fecha se han obtenido datos válidos de exposición (con niveles de UFP medidos al menos en casa y en la escuela) para 60 niños. En general, los participantes pasaron más horas en casa que en la escuela, y más minutos en transporte pasivo que en activo. Los niveles de exposición personal a UFP por microambiente siguieron un patrón decreciente en este orden: transporte activo, pasivo, casa y escuela. Los niveles personales promediados para todo el período de monitorización no fueron significativamente diferentes con respecto a sexo o clase social (aunque se observó una tendencia decreciente no significativa al aumentar la clase social). Considerando los niveles personales en casa, éstos fueron superiores en las que se usó cocina de gas por la noche.

Conclusiones/Recomendaciones: El patrón de exposición personal a UFP en edad escolar en diferentes microambientes fue consistente con los encontrados en otros estudios, o incluso niveles inferiores. Los niveles personales en casa se relacionaron con el uso de la cocina de gas.

Financiación: ISCIII (Red INMA G03/176, CB041, FIS-FEDER 03/1615, 04/1509, 06/1213, 07/0314, 09/02647, 11/02591, 12/00610 y 13/02032).

CO25. Políticas de salud pública

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 11:30 a 13:30 h

Salón de Actos

Modera: Juan Antonio Córdoba Doña

662. ECONOMIC GROWTH AND MORTALITY: DO SOCIAL PROTECTION POLICIES MATTER?

U. Bilal, R.S. Cooper, F.M. Abreu, C. Nau, M. Franco, T.A. Glass

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá; Loyola Stritch School of Medicine.

Antecedentes/Objetivos: In the 20th century, periods of macroeconomic growth have been associated with increases in population mortality. Factors that cause or mitigate this association are not well understood. Evidence suggests that social policy may buffer the deleterious impact of economic growth. We sought to explore associations between changing unemployment and trends in mortality over 30 years in the context of varying social protection expenditures.

Métodos: We modelled change in all-cause mortality in 21 OECD countries from 1980 to 2010. We used data from the Comparative Welfare States Data Set and the WHO Mortality Database. A decrease in the unemployment rate was used as a proxy for economic growth and age-adjusted mortality rates as the outcome. Social Protection Expenditure was measured as % of GDP expended on social protection policies (e.g.: unemployment, active labor policies, housing, pensions). We modeled this association using a mixture of random and fixed-effects models with interaction terms between unemployment, social protection expenditure and time.

Resultados: A 1% decrease in unemployment (i.e. the proxy for economic growth) was associated with a 0.24% increase in the overall mortality rate (95%CI: 0.07-0.42%) in countries with no changes in social protection. Reductions in social protection expenditure strengthened this association between unemployment and mortality, while increases in social protection expenditure made the association null. The magnitude of the association was diminished over time and may even be inverted (economic recessions associated with increased mortality) from 2006 onwards.

Conclusiones/Recomendaciones: Our results are consistent with the hypothesis that social protection policies that accompany economic growth can mitigate its potential deleterious effects on health. Further research should identify specific policies that are most effective in preventing these harmful effects. Moreover, the reversal of the unemployment-mortality association with the Great Recession merits further attention.

Financiación: Obra Social La Caixa, Center for a Livable Future – Lerner Fellowship.

815. LOS IMPACTOS SOBRE LA SALUD Y LA EQUIDAD EN SALUD DE LA POLÍTICA VASCA DE EMPLEO

M. Morteruel, E. Aldasoro, A. Bacigalupe

Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco (UPV/EHU); OPIK, Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico; Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: El Análisis de la Lente de la Salud (ALS) es una herramienta clave de Salud en Todas las Políticas (SeTP) para informar en la toma de decisiones, maximizar las ganancias en salud y

reducir las desigualdades en salud derivadas de la acción política. El Departamento de Salud del Gobierno Vasco ha aplicado dicho análisis al Plan de Empleo 2013-2016. Este trabajo tiene el objetivo de describir sus potenciales impactos en los determinantes sociales de la salud (DSS).

Métodos: El ALS es un proceso de 5 fases: 1) compromiso, 2) recopilación de la evidencia, 3) producción de recomendaciones e informe final, 4) navegación y 5) evaluación. La identificación del impacto en los DSS forma parte de la tercera fase. Se utilizó una herramienta basada en el modelo de la Comisión de los DSS de la OMS, validada previamente en el contexto autonómico vasco. El trabajo se llevó a cabo entre los Departamentos de Empleo y Salud y la Dirección de Coordinación de Presidencia.

Resultados: En relación a los determinantes estructurales de las desigualdades en salud, se prevé que se reduzcan las desigualdades por clase social, diversidad funcional, edad y territorio urbano-rural. Sin embargo, la no consideración sistemática de la perspectiva de género ni del lugar de origen da lugar a incertidumbre sobre el efecto en relación a estos ejes. En cuanto a los impactos sobre los DSS intermedios, la creación de empleo verde, las empresas de inserción y el impulso de las PYMES mejorará la empleabilidad. Las medidas para fomentar la contratación en prácticas y la primera oportunidad laboral tendrán un impacto positivo en la calidad del empleo para los y las jóvenes. Todo ello impactará positivamente en el acceso equitativo a bienes servicios básicos y aumentará el capital social y la autoestima colectiva. Las conductas relacionadas con la salud se verán positivamente reforzadas. Es incierto el impacto de la descentralización de los procesos de trabajo, asociada al empleo verde, sobre las condiciones de seguridad y salud laboral. También existe incertidumbre sobre el efecto en la salud psicosocial de las personas autoempleadas y emprendedoras, especialmente en las mujeres.

Conclusiones/Recomendaciones: Las medidas de generación de empleo pueden contribuir a mejorar la salud poblacional. La incertidumbre acerca de los efectos en ciertos grupos de población y de los impactos asociados al emprendimiento y la descentralización del trabajo hace necesarias algunas recomendaciones para maximizar la ganancia en salud y la equidad en salud de la política vasca de empleo.

909. EFECTO DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL EN LA RELACIÓN DESEMPLEO-SUICIDIO EN ESPAÑA

B.C. Casañ, X.B. Bartoll

Hospital del Mar; UPF; ASPB; IMIM.

Antecedentes/Objetivos: Diferentes estudios señalan que desde el comienzo de la actual crisis económica se ha producido un incremento de los suicidios en los países afectados, en especial en países de la periferia europea. Entre ellos, España ha experimentado un significativo incremento del paro y la desigualdad y un descenso de la renta y del gasto social. Sin embargo, pocos estudios analizan el rol de estas variables en la evolución de los suicidios.

Métodos: Estudio con datos longitudinales con las CCAA como unidad de análisis para el periodo 2002-2012. Se analiza la relación entre la mortalidad por suicidio y la tasa de desempleo mediante modelos lineales y binomiales negativos, siendo la variable dependiente la tasa estandarizada de mortalidad por suicidios. La principal variable independiente fue el porcentaje de paro, y su interacción con el periodo para analizar el cambio de pendiente en la asociación. Adicionalmente se analiza el rol de los niveles de renta, la desigualdad y el gasto social per cápita, así como la modificación de las relaciones anteriores entre los periodos 2002-2007 y 2008-2012.

Resultados: Se observa una relación positiva entre el paro y la mortalidad por suicidio (RR = 1,13, IC95% = 1,03-1,23) para el periodo 2002-7 y una disminución de esta asociación en el periodo 2008-12 de -0,1 (RR = 1,02, p < 0,001). Esta relación es más fuerte en menores de

40 años de ambos sexos, y va disminuyendo con la edad. El gasto social tiene un efecto protector, tanto al introducirse de forma independiente como en interacción de la relación entre el desempleo y el suicidio.

Conclusiones/Recomendaciones: La crisis económica interrumpe el descenso de la mortalidad por suicidio ocurrido durante la última década. Se confirma la importancia del gasto social como amortiguador en el incremento de los suicidios.

443. EFECTOS DE LA PRESIÓN FISCAL EN LA SALUD

N. Slaoui Berezak, C. Álvarez Dardet, D. Gil González, M.T. Ruiz Cantero

Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante; Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La desigualdad de renta es una causa directa de pérdida de salud. Las políticas redistributivas son un instrumento clave para aminorar las desigualdades. Pero no existe suficiente conocimiento para identificar qué políticas son más efectivas para mejorar la salud actuando sobre la desigualdad de recursos. Explorar la relación entre la presión fiscal con la esperanza de vida (EV), la mortalidad materna (MM) y la mortalidad infantil (MI) para 115 países durante el periodo 2000-2012.

Métodos: Partiendo de las fuentes de información del Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud y Freedom House para 115 países durante el periodo 2000-2012. Se agrupó a los países en terciles según su nivel de presión fiscal. Se recodificaron las variables EV < 70/= 70 años, MM < 70/= 70 por cada 100.000 n.v y MI < 30/= 30 por cada 100.000 n.v. Las covariables fueron status democrático, nivel de renta y gasto público en salud. Se utilizó regresión lineal múltiple y logística.

Resultados: Para los países del primer, segundo y tercer tercil, la mediana de: 1. La MM fue de 139 (29-428), 43 (21-132) y 13 (8-62) por 100.000 n.v.; 2. La MI fue de 35,8 (13,8-81), 17,2 (9,9-32,7) y 7,2 (4,7-22,2) por 100.000 n.v.; y para la EV fue de 69,59 (61,55-73,9), 72,18 (68,12-74,5) y 75,52 (71,23-79,63) años, respectivamente. En el análisis multivariante la EV, MM y MI se asocian con la presión fiscal, status democrático, nivel de renta y gasto en salud. Los países del 3^{er} tercil respecto a los del 1^o mostraron una OR ajustada más baja para la MM: 0,44 (0,23-0,48) y la MI: 0,53 (0,33-0,86); y una OR ajustada más alta para la EV: 1,26 (0,88-2,00).

Conclusiones/Recomendaciones: El aumento de la presión fiscal sería esencial para mejorar la salud de la población. Políticas fiscales progresivas dentro un marco político favorable podrían disminuir la brecha de desigualdades en materia de salud.

25. RENTA MÍNIMA SALUDABLE EN ESPAÑA PARA POBLACIÓN ACTIVA JOVEN

A.M. López-Domínguez, C. Álvarez-Dardet, M.T. Ruiz-Cantero

Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Considerando la relación entre ingresos y salud, los indicios de que el salario mínimo interprofesional en España no garantiza una vida sana y que solo se han publicado estudios que cuantifiquen los ingresos mínimos para una vida con salud en Reino Unido, nos hemos propuesto como objetivo determinar una renta mínima saludable en España para población activa joven, que sea directamente comparable con el salario mínimo interprofesional.

Métodos: Análisis de los costes mínimos individuales para una vida saludable en España, en personas de entre 18 y 30 años con trabajo en 2014, utilizando como fuente principal la Encuesta de Presu-

puestos Familiares. Incluimos para su cálculo: gastos nutricionales, gastos del hogar, gastos culturales y de integración social, gastos de ejercicio físico y otros costes de vida. Todos los gastos fueron calculados en euros (€) a diciembre de 2014.

Resultados: La renta mínima para una vida saludable en España es de 881,75€ mensuales por persona para una población activa joven, por lo tanto un 25% más que los 705,03€ mensuales que aporta el salario mínimo interprofesional. Este resultado está compuesto por: un 24,15% de gastos nutricionales, un 41,75% de gastos del hogar, un 9,24% de gastos culturales y de integración social y un 24,86% de otros costes de vida.

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudio corrobora que una parte importante de la población española activa joven no está protegida por unos ingresos mínimos que garanticen su salud. Este resultado para España confirma que los resultados obtenidos anteriormente para Reino Unido no eran un caso aislado y sugiere que salarios mínimos en otros países de la Unión Europea podrían ser insuficientes para una vida saludable.

564. PLAN DE SALUD PROVINCIAL EN ALMERÍA, BAJO LA ESTRATEGIA DE SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

P. Barroso, B. Ramos, R. Díaz, P. Baraza, L. Túnez, R. Moncada, R. Ortuño

DT ISPS; EASP; Centros Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El IV Plan Andaluz de Salud (PAS) se basa en la estrategia de Salud en Todas las Políticas y propicia una coordinación para el trabajo conjunto de distintos sectores situados fuera del sistema sanitario y que pueden influir en determinantes que condicionan la salud y el bienestar. Se desarrolla a través de las rutas autonómica, provincial/local y de servicios de salud. El objetivo es describir cómo se ha elaborado el Plan de Salud Provincial de Almería como parte de la ruta provincial.

Métodos: Para conocer los determinantes o necesidades en salud a abordar se elaboró un análisis de situación de salud presentado a profesionales de distintos ámbitos y a representantes del sector empresarial y ciudadanía. Se realizó una primera priorización, completada con una segunda basada en el método Hanlon (magnitud, gravedad, eficacia y factibilidad) realizada por un grupo elegido entre los anteriores. Este resultado permitió agrupar los determinantes en áreas de intervención que fueron abordadas por grupos de trabajo, de carácter intersectorial y multidisciplinar, para el diseño de las acciones que se iban a trabajar. Este proceso se ha ido validando por las estructuras contempladas en el IV PAS. El cronograma de trabajo se ha desarrollado desde abril 2014 a diciembre 2015.

Resultados: El análisis se presentó en 14 reuniones a 451 personas. En la primera priorización participaron 90 personas y en la segunda 25. Las áreas de intervención fueron trabajadas por 76 personas en los grupos de trabajo: Alimentación y Actividad física, Adicciones, Desigualdades, Seguridad e Información Alimentaria, y Sistema Sanitario. Se han establecido 6 compromisos, 7 metas, 21 objetivos y 119 acciones, tras las propuestas realizadas. En general van dirigidas a una mejora de la coordinación, realización de actividades, sensibilización, difusión y calidad de la información, incorporación de la participación ciudadana en la gestión de servicios, creación de alianzas, investigación; con la participación del sector público y privado, así como asociaciones y ONGs. Las desigualdades se abordan en un grupo específico, además de estar incorporadas de manera transversal en todo el plan. Se ha diseñado un plan de comunicación que incluye una plataforma para coordinación de los grupos de trabajo. Para el seguimiento y evaluación se han establecido responsables de acciones, plazos de ejecución, periodicidad de informes, fichas e indicadores de evaluación.

Conclusiones/Recomendaciones: En la provincia de Almería se ha diseñado un plan de salud provincial con participación de distintos

sectores y ciudadanía que pueden influir en determinantes que condicionan la salud y el bienestar. Las reuniones de seguimiento permitirán valorar el grado de ejecución y hacer recomendaciones para seguir avanzando e incluso la incorporación de nuevas acciones.

351. TRANSLACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN PROPUESTAS DE POLÍTICAS ALIMENTARIAS: UNA EXPERIENCIA NOVEDOSA DE CIENCIA CIUDADANA EN MADRID

M. Urtasun, M. Sandín, P. Conde, J. Díez, J. Segura del Pozo, M. Franco

Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá; Servicio de Prevención y Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid, Madrid Salud; Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: El entorno alimentario se ha relacionado con la calidad de la dieta de los residentes. Para el diseño e implementación de políticas públicas que mejoren la alimentación de la población, la colaboración entre investigadores, decisores políticos y ciudadanía es clave. Este enfoque para el desarrollo de políticas públicas, denominado "Ciencia Ciudadana", es enérgicamente incentivado desde las principales agencias de investigación. Nuestro objetivo fue traducir los resultados obtenidos de un estudio de investigación acción participativa sobre el entorno alimentario en recomendaciones para el diseño de políticas públicas.

Métodos: El estudio Photovoice Villaverde sobre el entorno alimentario se desarrolló, durante el año 2015, como subestudio del proyecto europeo Heart Healthy Hoods (<http://hvhproject.eu/>). Participaron 24 residentes del área de estudio que fotografiaron, discutieron y analizaron las características de su entorno alimentario detectando barreras y oportunidades para acceder a una alimentación saludable. Tras dicho análisis, residentes e investigadores se reunieron para traducir los resultados obtenidos en recomendaciones de políticas para mejorar el entorno alimentario. Utilizando una adaptación del enfoque de marco lógico se hizo un análisis de problemas y objetivos tras el cual se priorizaron recomendaciones en función del tiempo, impacto esperado, factibilidad y coste. Finalmente se seleccionaron un total de 16 recomendaciones.

Resultados: En una jornada de ciencia ciudadana los participantes presentaron y discutieron 6 de las 16 recomendaciones con otros residentes de la zona, políticos locales e investigadores. Las recomendaciones priorizadas fueron: 1) Ampliar las alternativas de ocio y reunión más allá de la comida y la bebida; 2) Mejorar la gestión de los bancos de alimentos; 3) Reactivar el mercado tradicional y el pequeño comercio; 4) Mejorar las condiciones de higiene alimentaria; 5) Fomentar la oferta de productos ecológicos y de necesidades especiales (ej. Alimentos para celíacos) y 6) Evitar el desperdicio de alimentos en buen estado.

Conclusiones/Recomendaciones: La ciencia ciudadana es un enfoque óptimo para la translación de resultados de investigación acción participativa en propuestas de políticas públicas. Los distintos actores involucrados en este proyecto reconocieron la experiencia como muy beneficiosa para incrementar el conocimiento sobre el barrio y el desarrollo de acciones concretas para la mejora del mismo.

Financiación: Starting Grant 2013 (ERC)/Fundación MAPFRE.

900. EPIDEMIOLOGIA E PLANEJAMENTO E ARTICULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO NÍVEL LOCAL

P.T. Ribeiro, L.M. de Toledo, A. San Paulo Siqueira, B.B. da Silva Leandro, P.H. Barbosa de Andrade, P.G. Alves de Lima, R. Rezende

Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública; Organização Pan-Americana da Saúde-Representação do Brasil.

Antecedentes/Objetivos: A descentralização da gestão das ações e serviços de saúde para os municípios brasileiros na história recente evidenciou a necessidade de se valorizar a epidemiologia no cotidiano dos serviços, visando à compreensão das dinâmicas territoriais que configuram os problemas de saúde em cada lugar e condicionam a produção de respostas governamentais efetivas. O estudo objetiva, com base em aportes teórico/metodológicos da epidemiologia e da geografia crítica e na análise de resultados de estudos que abordam a diferenciação territorial de problemas de saúde e práticas de vigilância e de gestão no nível local, identificar estratégias para a articulação de políticas públicas a partir do setor público da saúde.

Métodos: Foi realizado estudo exploratório da literatura que tem o conceito de território como categoria central e analisados estudos sobre três municípios localizados na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, caracterizados por importantes transformações em seu espaço urbano, decorrentes da implantação do maior complexo industrial petroquímico da América Latina.

Resultados: Tal percurso identificou o conceito de "território usado" como apropriado para uma contextualização territorial do processo saúde-doença a partir das dinâmicas econômicas e sociais de diferentes escalas e a importância do monitoramento epidemiológico para evidenciar efeitos diferenciados de mortalidade e morbidade decorrentes dos processos particulares de determinação social e de transição demográfica, conforme observado para a tuberculose na região. Por outro lado, no que tange ao uso da informação para vigilância territorial no nível local, verificou-se que no âmbito das ações da estratégia nacional que redefine a porta de entrada do sistema de saúde, a estratégia saúde da família, sob execução municipal, foi verificada a subutilização e baixa capacidade analítica nas unidades locais, uma vez que a informação gerada neste âmbito é processada no planejamento central, sem desagregação compatível com as áreas de atuação das equipes nos municípios.

Conclusiones/Recomendaciones: O estudo conclui que o aprimoramento analítico da epidemiologia no nível local a luz do conceito de "território usado" da geografia crítica pode construir novos olhares para o processo saúde-doença e gerar informações para um planejamento setorial capaz de contribuir para a articulação de políticas públicas na configuração de uma nova governança territorial.

350. MECANISMOS Y PUNTOS DE ENTRADA DE POLÍTICAS QUE INFLUYEN EN LAS DESIGUALDADES EN SALUD ENTRE LAS MADRES CON PAREJA Y SIN PAREJA

S. Trujillo-Alemán, J. Reynolds, S. Rueda, G. Pérez, C. Borrell

Universitat Pompeu Fabra; Agência de Salut Pública de Barcelona; Hospital General de Fuerteventura; Institut de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona; DEP Institut, Barcelona.

Las madres sin pareja son uno de los grupos sociales más vulnerables y desfavorecidos, con peores resultados en salud y comportamientos relacionados con la salud en comparación con las madres con pareja. Este modelo conceptual trata de explicar cómo el contexto político y social influye en la posición socioeconómica de la mujer, el modelo de familia y los resultados en salud, sugiriendo posibles mecanismos generadores de desigualdades entre madres con y sin pareja, e identificando políticas públicas para reducirlas. El primer componente del marco representa los mecanismos generadores de desigualdades en salud entre madres con y sin pareja. La independencia económica de las mujeres que desean ser madres está determinada por el contexto político y social, así como por la posición socioeconómica de la mujer, afectando a sus posibilidades de tener hijos y convertirse en madre con o sin pareja. Por otro lado, algunas posiciones socioeconómicas se asocian a una mayor probabilidad de exposición a ciertos factores de riesgo, y los efectos negativos de esta exposición no ocurren necesariamente de la misma manera ni en la misma me-

dida entre las madres con y sin pareja. Finalmente, las consecuencias socioeconómicas de mejores o peores resultados de salud y comportamientos relacionados con la salud pueden diferir entre madres con y sin pareja. En este contexto, el empleo es un determinante intermedio en la generación de desigualdades en salud entre las madres con y sin pareja, actuando además como eje transversal. El segundo componente del marco conceptual identifica puntos de entrada que representan cómo las políticas pueden afectar a estos mecanismos. La falta de desarrollo de políticas macroeconómicas, de mercado laboral y de bienestar, influye en la estratificación social. Además, la escasez de recursos públicos de apoyo a la natalidad afecta a las posibilidades de una mujer de ser madre, y el limitado desarrollo de las políticas de apoyo a la familia y a la infancia aumentan las desigualdades en salud en relación a los efectos de la crianza de un hijo/a en solitario, frente a hacerlo junto a una pareja, compartiendo responsabilidades. Por tanto, se proponen una serie de políticas públicas encaminadas a disminuir las desigualdades en salud entre madres con y sin pareja. En conclusión, este marco ayuda a conceptualizar y explicar los mecanismos que generan desigualdades en salud entre las madres con y sin pareja, identificando los puntos de entrada para las políticas públicas que se podrían desarrollar para reducir estas desigualdades.

914. CRISIS ECONÓMICA, DESEMPLEO, GÉNERO Y SALUD PERCIBIDA EN ESPAÑA

S. Calzón Fernández, A. Fernández Ajuria, M.P. López del Amo, J.J. Martín

AGS Sur de Córdoba, Servicio Andaluz de Salud; Escuela Andaluza de Salud Pública; Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Durante la crisis se han incrementado las tasas de desempleo y se ha producido una feminización del mercado laboral, a expensas del mayor incremento del desempleo en hombres. Se ha sugerido que la feminización del mercado laboral podría disminuir las diferencias de género en la relación entre desempleo y salud. El objetivo es analizar la asociación entre el desempleo y la salud percibida en España durante la crisis económica y su impacto diferencial por género.

Métodos: Se combinan los datos de las Encuestas de Condiciones de Vida de 2007 y 2011, incluyendo 43.900 personas adultas hasta 65 años. Se realiza análisis estratificado, comparación de proporciones, análisis de interacciones y regresión logística multivariante. Todos los análisis se realizan de forma conjunta y separada por sexos. La variable dependiente es la salud percibida, considerando como variables independientes: renta, situación laboral, educación, enfermedad crónica y año de la encuesta (como variable proxy de la crisis económica).

Resultados: El porcentaje de personas que refieren buena salud percibida se incrementa del 75,1% [IC95% (74,5-76,7%)] en 2007 al 83% [IC95% (82,5-83,5)] en 2011. Durante todo el período la salud percibida es peor en mujeres que hombres. Al analizar el conjunto de la población son determinantes de una peor salud percibida: la menor renta, menor nivel educativo, sexo femenino, enfermedad crónica y desempleo ($p < 0,05$). Las interacciones de la variable sexo con el resto de variables independientes son significativas, señalando una modificación del efecto de las mismas en la salud percibida según el sexo. En el análisis separado por sexos, en el caso del desempleo la probabilidad de mala salud percibida es mayor en hombres desempleados que trabajadores (OR de 1,45; $p < 0,001$); mientras que en mujeres las diferencias no son significativas (OR desempleadas frente a trabajadoras de 1,20; $p = 0,06$). Las OR de mala salud percibida son mayores de forma significativa ($p < 0,001$) para mujeres que para hombres en el caso de menor renta (1,81 frente a 1,70), en relación al menor nivel educativo (OR de 1,91 frente a 1,72) y respecto a padecer una enfermedad crónica (OR de 15,0 frente a 12,4).

Conclusiones/Recomendaciones: El desempleo es un factor de riesgo para la salud percibida negativa de los hombres mientras que la influencia de la renta, el nivel educativo y la enfermedad crónica es mayor en mujeres.

C026. Hábitos de vida relacionados con la salud

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 11:30 a 13:30 h

Aula 1.2

Moderador: Gregorio Barrio Anta

561. LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES, SUS DETERMINANTES Y CONDUCTAS DE RIESGO. CASTILLA Y LEÓN, 2013

E.P. Niño de Guzmán Quispe, J. Granados Ortega, R. Álamo Sanz, J. Sánchez Díaz, J.E. Lozano Alonso

Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: Mediante encuesta de base poblacional se desea conocer el estado de salud físico y mental de los jóvenes de Castilla y León, valorar las diferencias por determinantes sociodemográficos, conductas de riesgo y hábitos saludables.

Métodos: Estudio descriptivo, muestra representativa de la población adolescente de 4º ESO en Castilla y León. Muestreo estratificado bietápico por área geográfica: rural y urbana. Metodología de muestras complejas. Análisis bivariante χ^2 corregido y test de Wald. Análisis multivariante: regresión logística binaria. Stata v12.0.

Resultados: Estado de salud percibido: El 87,4% IC95% (83,42-89,96) declara una salud buena o muy buena. Perciben muy buena salud el 29,2% (25,13-33,64), más probable si es chico OR 2,19 (1,43-3,36); no consume alcohol OR 1,74 (1,03-2,92), hace ejercicio OR 2,41 (1,57-3,72), tiempo de pantalla menor a 2 horas diarias OR 1,63 (1,03-2,57) y se lava los dientes todas las noches OR 1,66 (1,01-2,71). El 35,26% (32,36-38,27) presenta alguna enfermedad diagnosticada médicamente. IMC promedio: 20,998 Kg/m² (20,72-21,28). El 14,39% (11,58-17,75) tiene sobrepeso u obesidad, más probable en chicos OR 3,54 (2,16-5,81), mayores de 15 años OR 1,89 (1,15-3,10) y jóvenes con dietas para adelgazar OR 4,61 (3,08-6,92). Imagen personal: el 64,2% (60,39-67,89) considera tener un peso normal de acuerdo a su altura. Concordancia IMC e imagen: total 69,30%, Kappa 0,3515; en chicos 73,08%, Kappa 0,4254; y chicas 73,08%, Kappa 0,4254. Desempeño escolar: El 16,58% de los alumnos se consideran de mejores notas, más probable si no consumen alcohol OR 1,82 (1,14-2,89) y desayunan todos los días de diario OR 3,81 (1,36-10,65). Ser fumador actual se relaciona con peores notas OR ajustado por sexo: 2,43 (1,07-5,50). Sueño y descanso: El 53,92% (49,69-58,1) se levanta con sensación de no haber descansado, más probable en hijos de madres que trabajan, si duermen menos de 8 horas, consumen alcohol, tiempo de pantalla mayor a 2 horas diarias, no desayunan siempre, realizan dietas y no se lavan los dientes siempre al acostarse. Salud mental: El 11,09% (9,061-13,5) no está habitualmente contento. Más probable en chicas OR 1,70 (1,01-2,85), con hermanos OR 2,28 (1,19-4,35), si consumen menos de 3 frutas/semana OR 1,76 (1,07-2,91) y no siempre se lavan los dientes OR 1,83 (1,20-2,78).

Conclusiones/Recomendaciones: La percepción del estado de salud se ve influida por el género. Se evidencia la relación positiva entre hábitos saludables y mejores resultados en salud. Difundir estos re-

sultados a la comunidad educativa de Castilla y León permitirá hacer recomendaciones basadas en la evidencia.

505. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA COMBINACIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN UNIVERSITARIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ANDALUCÍA EN 2014

C. Amezcua-Prieto, M. Lozano-Lozano, V. Martínez-Ruiz, B. Martínez-Gavilán, I. Salcedo-Bellido, R. Olmedo-Requena, E. Jiménez-Mejías

Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de Granada; Departamento de Fisioterapia, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la asociación entre el nivel de actividad física y la combinación de estilos de vida saludables (EVS: alcohol, tabaco y drogas, hábito de descanso nocturno y adherencia a la dieta mediterránea) en alumnos de Ciencias de la Salud de Andalucía, según sexo.

Métodos: Estudio transversal en el que participaron 985 universitarios (65% de los matriculados) de tercer curso de los grados de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Andalucía. Se utilizó IPAQ para la clasificación de la actividad física (ligera, moderada y vigorosa). Las variables de consumo de alcohol, tabaco y drogas y las horas de sueño se recogieron como en la encuesta ENSE. Se empleó Predimed-14 para la adecuación a la dieta mediterránea (= 8 = cumplimiento). Se combinaron los 5 estilos de vida, construyendo una escala de 0 a 5 (0 = mínima adecuación a EVS; 5 = máxima adecuación). Otras variables fueron: edad, sexo, IMC y percepción de salud. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de variables cualitativas; y la media, desviación estándar y rango de variables cuantitativas. Se empleó chi cuadrado de Pearson para conocer la distribución de cada estilo de vida en las categorías de la actividad física y se aplicó una regresión lineal múltiple para conocer el grado de asociación entre el nivel de actividad física con la combinación de los estilos de vida en varones y mujeres universitarias, ajustando por IMC y edad.

Resultados: El 22,44% de los universitarios de la muestra (N = 985) eran varones. La media de edad e IMC fue de 22,06; rango (19-54) y 22,52; rango (11,88-41-52), respectivamente. Un 9% de los universitarios combinaban 4 o 5 estilos de vida saludables. El 39% combinaba tres, el 31% dos y el 16% uno. En los varones, la frecuencia de EVS se distribuyó de manera semejante en estudiantes sedentarios y activos ($p > 0,05$). En las mujeres, el consumo de alcohol fue un 15% mayor en las que realizaban actividad vigorosa frente a las sedentarias ($p = 0,016$) y el descanso nocturno fue mayor en las mujeres activas ($p = 0,095$). La asociación entre el nivel de actividad física y la combinación de EVS fue positiva, pero no significativa ($p = 0,35$). Los universitarios menores de 23 años presentaban una menor combinación de EVS ($p = 0,021$). Esto mismo se apreció en mujeres, pero en varones la edad con la combinación de EVS fue inversa ($p = 0,05$) y positiva en los varones con normopeso ($p = 0,023$).

Conclusiones/Recomendaciones: Existe una asociación positiva entre el nivel de actividad física y la combinación de estilos de vida saludables en Universitarios de Ciencias de la Salud de Andalucía, especialmente entre varones con normopeso.

Financiación: Beca de colaboración del MEC 2014-2015.

835. CONSUMO DE CANNABIS Y CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO AL VOLANTE EN UNIVERSITARIOS. PAPEL DE LA EXPOSICIÓN

A. Domínguez Robles, V. Martínez Ruiz, A.J. Molina de La Torre, V. Martín Sánchez, P. Lardelli Claret, E. Jiménez Mejías

Universidad de Granada; Universidad de León; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de cannabis se ha relacionado con un mayor número de circunstancias de riesgo al volante. Dicho efecto está probablemente mediado por la asociación entre ambas variables y la intensidad de exposición (km/año recorridos). El objetivo de este estudio fue cuantificar, en conductores de turismo universitarios, el efecto de la intensidad de exposición en la asociación entre el consumo de cannabis y la implicación en circunstancias de riesgo al volante.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en 1861 universitarios conductores de turismo de Alicante, Cantabria, Granada, Huelva, Jaén, León, Salamanca, Valladolid y Vigo durante el curso 2014-15. A partir del cuestionario uniHcos, se recogió información sobre el sexo, la edad, la antigüedad del permiso, los km recorridos en el último año y la implicación o no durante el último mes en 20 circunstancias de riesgo (conducir deprisa, sin descansar, usando el móvil, etc.). También se recogió información sobre la frecuencia de consumo de cannabis en el último mes. Mediante modelos de regresión lineal se obtuvieron los coeficientes de regresión crudo (CRc) y ajustado (CRa) para estimar el efecto de la intensidad de exposición sobre la asociación entre el consumo de cannabis y el número de circunstancias de riesgo en el último mes. Mediante modelos de regresión logística, se calcularon las odds ratio ajustadas (ORa) para estimar la asociación entre el consumo de cannabis y la intensidad de exposición y, entre esta última, y el número de circunstancias de riesgo en el mes anterior.

Resultados: El consumo de cannabis se asoció positivamente con la implicación en un mayor número de circunstancias de riesgo al volante en el último mes (CRc = 0,19; IC95%: -0,29-0,68). Por su parte, dicho consumo fue menor entre los conductores con elevadas intensidades de exposición (ORa = 0,53 vs ORa = 0,86, para distancias > 5.000 y < 500 km, respectivamente). A su vez, las mayores intensidades de exposición se asociaron con un mayor número de circunstancias de riesgo (ORa = 1,83; IC95%: 1,02-3,58). Por último, la magnitud de la asociación entre el consumo de cannabis y el número de circunstancias de riesgo en el último mes, fue diferente dependiendo de que los modelos incorporasen o no la intensidad de exposición, con CRa de 0,50; IC95%: 0,07-0,93 y de 0,30; IC95%: -0,17-0,77, respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: En nuestro estudio, la magnitud de la asociación entre el consumo de cannabis y la implicación en circunstancias de riesgo en el último mes en conductores de turismo universitarios, cambia cuando se considera la intensidad de exposición.

836. ATIVIDADE FÍSICA POR PESSOAS IDOSAS: AVALIAÇÃO SEGUNDO DIRETRIZES INTERNACIONAIS

P.F. Pinto, A.A. Fernandes, M.A. Botelho, C. Arreguy-Sena, P. Parreira, A.P. Sobral, L.M. Braga, J.R. Perrout

Universidade Federal de Juiz de Fora-MG, Brasil; Universidade Nova de Lisboa, Portugal; Universidade Federal de Viçosa-MG, Brasil; Universidade Federal Fluminense, RJ, Brasil; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Antecedentes/Objetivos: A prática da atividade física, em contraposição ao sedentarismo, previne as transformações decorrentes da diminuição do número de fibras musculares e do tamanho muscular (sarcopenia) que são inerentes ao processo de envelhecimento. Ela também possui impacto sobre a hipertrofia muscular e consequente melhoria do equilíbrio metabólico, morfológico, neuromuscular e da capacidade funcional. Objetivou-se avaliar em que medida a frequência e a duração da prática de atividade física atendem aos padrões internacionais recomendados para as pessoas idosas.

Métodos: Survey realizado em duas instituições de apoio às pessoas idosas. Participaram 326 pessoas = 65 anos. Utilizada a atividade

física aeróbica como marcador, que traduz em condicionamento cardiovascular, redução do fator de risco para o sedentarismo, indução e sustentabilidade de um estilo de vida saudável e resistência para sobrecarga de atividade da vida diária. Dados classificados quanto ao volume e intensidade de atividades aeróbicas de intensidade moderada e avaliados segundo diretrizes de(a): OMS, ACSM, WCRF, CSEP. Avaliada a capacidade funcional, no sentido de assegurar que todos os participantes seriam fisicamente independentes. Atendidos requisitos éticos e legais na investigação.

Resultados: Identificadas como atividades aeróbicas: caminhada, natação e ginástica geral que foram classificadas como de intensidade leve ou moderada. 41% dos participantes não realizavam nenhuma atividade aeróbica; 13,5% três vezes por semana, 20% cinco vezes; 2,5%, seis vezes e 2% todos os dias da semana. A atividade física insuficiente representou 61%, das atividades aeróbicas suficientes ou com benefício básico para a saúde (12%) e a atividade física foi entendida como benefício adicional para a saúde (27,5%). Houve adesão e regularidade da prática de atividade física = 12 meses (47%).

Conclusiones/Recomendaciones: A atividade física aeróbica de intensidade moderada, com a duração de no mínimo 30 minutos e a frequência de cinco dias da semana está concebida como a meta de sobrecarga mínima e inicial a ser alcançada pelas pessoas em processo de envelhecimento, ou seja, uma sobrecarga semanal de 150 minutos. Os índices de atividade física insuficiente apontam para a implementação de políticas de estímulo à adesão dessa prática, com ênfase para o conceito de sobrecarga semanal de atividade física como um estilo de vida saudável.

418. OCCUPATIONAL AND LEISURE PHYSICAL ACTIVITY ON CARDIOVASCULAR RISK AMONG DELIVERY WORKERS

A.M. Yáñez, A.A. López-González, T. Vicente-Herrero, P. Tauler, A. Aguiló, M. Bennasar-Veny

Research Group on Evidence, Lifestyles and Health, Universitat Illes Balears; Instituto de Investigación Sanitaria de Palma, IdISPA; Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Servicio Balear de Salud; Prevention of Occupational Risks, Correos, Valencia; Fundamental Biology and Health Sciences Department, Universitat Illes Balears.

Antecedentes/Objetivos: A large number of studies have demonstrated that regular physical activity during leisure time (LTPA) accounts for a significant protection against cardiovascular diseases. On the other hand, divergent findings on the beneficial effects of occupational physical activity (OPA) have been reported. Occupation is related with OPA but also could be an indicator of socioeconomic position and a proxy for hazard exposure. The objective of this study was to evaluate the effect of LTPA and OPA on cardiovascular risk in a very homogeneous sample of workers with two different levels of OPA: driver delivery and walk delivery.

Métodos: We prospectively examined 2,504 delivery workers (1,916 walk delivery and 588 driver delivery), 1,657 males and 847 females with a mean age of 44.7 ± 8.0 years living in Spain. Body weight, height and systolic and diastolic blood pressure were measured. Serum levels of high density lipoprotein cholesterol and glucose were also determined. Workers were asked about physical activity during leisure time (few times a month, every week) and previous diagnosis of hypertension and diabetes were collected. Cardiovascular risk was determined using Framingham risk equation.

Resultados: Drivers vehicle delivery and walk delivery were similar in BMI (26.7 and 26.6 Kg/m²) and age (44.5 and 45.5 years) but higher percentage of vehicle drivers did physical exercise regularly (39% vs 30%; $p < 0.001$). Delivery vehicle drivers had significantly higher cardiovascular risk than walk delivery workers (7.6 ± 6.2 vs 6.4

± 5.7 ; $p < 0.001$). Delivery workers who practice weekly LTPA had lower cardiovascular risk than those who never practice (7.8 ± 6.3 vs 6.7 ± 5.6 ; $p < 0.001$). Moreover, these associations remains statistical significant in the multivariate linear regression analysis, adjusted for possible confounders (sex, age and BMI).

Conclusiones/Recomendaciones: Results of the study indicated that both LTPA and OPA were inversely related to cardiovascular risk. Our findings add to the evidence that OPA is associated with cardiovascular risk and contributes to this discussion and amplifies the need for further focus in this area.

394. IMPACTO DE HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD EN CALIDAD DE VIDA, SALUD PERCIBIDA Y DISCAPACIDAD

M.P. Rodríguez García, M.J. Forjaz, C. Rodríguez Blázquez, A. Ayala García, V. Rodríguez Rodríguez

HGUCR; ISCIII; CCSH-CSIC.

Antecedentes/Objetivos: Se analiza la influencia de discapacidad y hábitos de vida relacionados con la salud (HVRs), según el modelo taxonómico de Salvador Carulla et al. (Salvador-Carulla L, et al. Int J Environ Res Public Health. 2013;10(5):1963-76), en la calidad de vida (CdV) y la salud percibida de personas mayores de 50 años.

Métodos: Estudio transversal con la muestra basal del estudio ELES ($n = 1.747$). Como variables de HVRs se analizaron: estado cognitivo (MEC), vitalidad/estrés, sueño, dieta/ejercicio (índice de masa corporal, IMC) y uso de sustancias (alcohol y tabaco). Se realizaron dos modelos de regresión lineal para las variables resultado CdV (Personal Wellbeing Index, PWI, rango: 0-100) y salud percibida (escala Likert de 5 ítems), ajustando por variables socioeconómicas, problemas crónicos de salud, presencia de discapacidad (se consideró discapacidad el no poder realizar ninguna tarea de un cuestionario de capacidad funcional de 24 actividades) y entorno rural o urbano. Se realizó un tercer modelo de regresión logística para la discapacidad, ajustando por los mismos factores. Se exploró la interacción de HVRs y discapacidad sobre CdV y Salud Percibida.

Resultados: La edad media fue de 63 años (desviación estándar, DE = 9,33) y el 55% eran mujeres. Un 80% consumía alcohol y un 17% fumaba. El 46% tuvo insomnio y el 80,11% síntomas de depresión. La media del IMC fue de 28 (DE = 0,15) y la mediana de puntuación en el MEC también 28 (rango intercuartílico, RI = 28-30). La puntuación media en PWI (CdV) fue de 74,93 (DE = 11,20), mientras que en la salud percibida fue de 3,74 (DE = 0,71). Los HVRs significativa e independientemente relacionados con la CdV fueron insomnio y depresión ($\beta = -2,37$ y $-8,44$ respectivamente, $p < 0,002$). Con la salud percibida se relacionaron depresión, consumo de tabaco, insomnio y estado cognitivo ($\beta = -0,41, 0,13, -0,10$ y $-1,09$ respectivamente, $p < 0,05$). Todos los β son estandarizados. Con la discapacidad se relacionaron depresión y sobrepeso (OR con IC95% = 1,14-2,77 y 1,28-2,91, respectivamente). Se halló un efecto de interacción significativa entre discapacidad y consumo de alcohol en la salud percibida, las personas con discapacidad y que consumieron alcohol presentaron mejor salud percibida.

Conclusiones/Recomendaciones: La depresión fue el HVRs más relacionado con CdV y salud percibida. Otros HVRs relacionados fueron el insomnio y el estado cognitivo. La discapacidad resultó un factor importante de CdV y de salud percibida. Estos resultados sugieren la importancia de priorizar en políticas que ayuden al diagnóstico y tratamiento precoz de depresión, insomnio y deterioro cognitivo. Además, hacen falta más estudios que analicen los determinantes de discapacidad en las personas mayores.

Financiación: Proyecto ELES, MEYC, Secretaría I+D+i. Ref: CSO2011-30210-CO2-01.

536. SALUD BUCAL, HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LOS ATLANTICENSES Y POLÍTICAS DE SALUD, COLOMBIA 2013

I.S. Morales Salcedo, C.R. Avendaño Trocha, C.M. Paccini Solano, P. Crespo Muñoz, F.R. Ramos Ávila, M.L. Salej Banda, C.C. Torres Suárez, A.M. Ruíz Medina

Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico, Colombia.

Antecedentes/Objetivos: El diagnóstico del ENSAB 1998 plantea la necesidad de control del ceo-d; el Care Index y el índice de necesidades de tratamiento en el Atlántico donde la meta propuesta por la OMS y el PNSB no fue cumplida. Las patologías bucales junto a factores determinantes y condicionantes de la salud, requieren ser intervenidos desde el ámbito biológico, la comprensión de los comportamientos alimentarios, los hábitos higiénicos de la cavidad bucal del individuo y de la comunidad de pertenencia social o cultural. Identificar las condiciones de higiene bucodental, las costumbres alimentarias y la prevalencia de enfermedades bucales de los atlantenses en el contexto de las políticas nacionales de salud.

Métodos: Estudio piloto descriptivo, de corte transversal. Observación directa de fuente primaria y toma de registros de datos de fuente secundaria. Muestra de estudio, 956 historias dentales (HD) de pacientes de todas las edades. Se tomó una submuestra de los pacientes voluntarios, menores de edad, escolares, autorizados con consentimiento informado y firmado. Se aplicó una encuesta para la recolección de la información; la carta odontológica colombiana para la evaluación clínica de la condición de salud bucodental; la ficha de evaluación antropométrica y análisis clínico nutricional. Datos analizados en SPSS V22.

Resultados: El 90% de la muestra de fuente secundaria pertenece al régimen contributivo. El 65% de los registros de consultas son de mujeres, edad promedio de 21 (+16 años). El 23% recibió aplicación tópica de flúor; al 48% se le realizó detartraje supragingival; el Indicador COP no está registrado en el 47% de las HD. El 53% de las HD están incompletas en sus registros. En el estudio piloto la edad promedio de la muestra es de 6,5 (+0,75) años, el promedio del índice de O'Leary de 28,9% (+22,9); el promedio de ICEO en la muestra es de 3,63 (+2,69). El 75% de la muestra se cepilla los dientes después del desayuno y de la comida de la tarde. El 100% de la muestra consume azúcares. El 80% de la muestra presenta déficit nutricional según el IMC.

Conclusiones/Recomendaciones: Las historias dentales muestran fallas en el registro de la información, impiden la evaluación de la atención integral y oportuna del paciente, afecta el acceso a la prestación de un servicio de calidad. Los resultados obtenidos reflejan las condiciones precarias del estado de salud bucodental y nutricional. Las EPS no dan cumplimiento al 100% de las políticas en salud bucal. Se recomienda la ejecución de un proyecto que permita la consecución de acciones de promoción de salud bucal y prevención de enfermedades bucales que impacte socioculturalmente la calidad de vida de los Atlantenses.

Financiación: Gobernación del Departamento del Atlántico, Colombia.

821. RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN DE LAS HORAS DIARIAS DE SUEÑO Y CÁNCER DE PRÓSTATA

R. Olmedo-Requena, N. Aragonés, K. Papantoniou, I. Gómez-Acebo, R. Peiró, J. Alguacil, B. Pérez-Gómez, V. Moreno, J.J. Jiménez-Moleón

CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ISCIII; CREAL; UCA; Universidad de Huelva; ICO; FISABIO; UGR.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de próstata (CaP) es el tumor más frecuente en el varón, con tasas de incidencia en aumento. El sueño juega un papel clave en funciones fisiológicas/fisiopatológicas. Algunos estudios sugieren la relación entre sueño y alteraciones del ritmo circadiano y cáncer. Sin embargo, la asociación con la "falta de

sueño" no es concluyente. Objetivo: estudiar la relación entre las horas de sueño y el riesgo de CaP.

Métodos: Estudio multicaso-control poblacional (MCC-Spain) en 7 provincias españolas. Se reclutaron 1.112 casos de CaP, estratificados según Gleason (< 7 y $= 7$) y 1.493 controles apareados por edad y región y seleccionados a partir de los centros de atención primaria de las áreas de referencia de los 11 hospitales participantes. Periodo de reclutamiento: 2008/2013. En el análisis sólo se incluyeron varones caucásicos. Se obtuvo información sobre factores sociodemográficos, estilos de vida y antecedentes. Se recogió información sobre hábitos de sueño para el momento actual y a los 40 años. Para el análisis de datos, las horas diarias de sueño se recategorizaron en terciles (T) a partir del grupo control, utilizando T1 como referencia. Mediante modelos multivariantes mixtos de regresión logística se calcularon ORc y ORa (IC95%). El nodo reclutador se incluyó como término de efectos aleatorios. Para la selección de factores de confusión se utilizaron criterios estadísticos y epidemiológicos.

Resultados: El tiempo de sueño fue menor en sujetos con CaP que en controles, tanto en el momento actual como a los 40 años, 6,7 horas (DE 1,64) vs 6,9 (DE 1,60) en el momento de la entrevista y 7,4 (DE 1,40) vs 7,6 (DE 1,47) a los 40 años. El 47,2% de los casos dormían = 7 horas a los 40 años frente al 39,7% de los controles ($p < 0,001$). Para el CaP, el hábito de haber dormido > 7 horas a los 40 se comporta como factor protector, ORa = 0,73 [IC95% 0,53-0,99] para aquellos en T2 y ORa = 0,52 [IC95% 0,36-0,74] para los que dormían más de 9 horas ($p \text{ trend} < 0,001$). Esta protección parece existir sólo para T3 cuando se utilizan las horas de sueño promedio en el momento de la inclusión (ORa = 0,67 [0,44-1,04]). El comportamiento de la variable horas de sueño fue semejante cuando se estratificó por Gleason, manteniendo la magnitud y el sentido de asociación para la "falta de sueño" a los 40 años.

Conclusiones/Recomendaciones: Nuestros resultados, como análisis exploratorio, sugieren un posible efecto protector de la duración del sueño sobre el desarrollo de CaP. A pesar de ello, son necesarios más estudios que evalúen de forma más precisa la exposición, consideren la calidad del sueño y posibles variables intermediarias biológicas que permitan confirmar los resultados encontrados.

Financiación: CIBERESP, PS09/01662, PI11/1889, PI08/1770.

359. IMPACTO EN EL PERFIL ESTEROIDE DEL POLIMORFISMO UGT2B17: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO EN DEPORTISTAS

N. del Prado González, M.E. Fuentes Ferrer, A. Quiroga-Fernández, M.P. Martín Escudero, J.A. Muñoz-Guerra Revilla, M. Galindo Canales, S. Vargas García-Tenorio, F. Miguel Tobal, C. Fernández Pérez, et al

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos; Escuela Profesional de Medicina del Deporte de Madrid; Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC); Laboratorio de Control de Dopaje de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La delección genética estudiada, en el gen UGT2B17, altera la glucuronización de la testosterona y como consecuencia su excreción urinaria, que se ve significativamente reducida frente al resto de la población. Estudios previos demuestran que la delección polimórfica del gen UGT2B17, tiene una prevalencia del 7% en la raza caucásica y del 75% en asiática. Esto provoca que ante un posible consumo de esteroides anabolizantes, la detección mediante la medición de la relación T/E sea mucho más compleja en la población delecionada. Nuestro objetivo es el estudio de la influencia genómica (polimorfismo de UGT2B17) sobre el perfil esteroideo; centrado en la relación testosterona/epitestosterona (T/E) en orina cuando se efectúa una administración de testosterona. De forma complementaria, se evaluará el porcentaje de orinas que superan el umbral ($T/E > 4$) tras la administración de testosterona y en función del polimorfismo.

Métodos: Ensayo clínico cruzado aleatorizado triple ciego controlado con placebo. Se seleccionaron deportistas sanos de 18 a 55 años de sexo masculino que realizaran práctica deportiva durante al menos de 3 a 5 años con un entrenamiento regular. Se administró a cada sujeto una dosis única de Testex Elmu Prolongatum (250 mg de ciclo-pentilpropionato de testosterona) por vía intramuscular y suero fisiológico Baxter (Clear-Flex) 9 mg/ml, solución en dosis única de 2 ml. Por individuo se recopilaban un total de 40 determinaciones de orina para la evaluación del perfil esteroideo. La variable dependiente del estudio fue la relación (T/E).

Resultados: Se incluyeron un total de 12 deportistas; la edad media fue de 39,9 años (DE: 11,2) y el 100% fueron hombres. El polimorfismo se distribuyó de manera homogénea (4 pacientes en cada uno de los genotipos). El aumento en los niveles de T/E tras la administración de Testex Elmu prolongatum presentó diferencias estadísticamente significativas en función de la presencia del polimorfismo ($p = 0,034$). Los deportistas en el grupo homocigoto presentaron un aumento relativo de medias de 30 (IC95%: 25,2-36,7), en el grupo heterocigoto mutado fue de 19,8 (IC95%: 15,9-24,7) y en el grupo homocigoto mutado de 19,7 (IC95%: 14,9-26,2).

Conclusiones/Recomendaciones: Se observó un aumento en los niveles de T/E en orina tras la administración de Testex Elmu Prolongatum que no fue homogéneo en función de la presencia del polimorfismo.

Financiación: MINECO- DEP2009-14788-C03-02; MINECO-DEP2012-40156; EUDRACT-EC:2013-005135-24.

130. PERCEPCIONES Y SABERES SOBRE SALUD BUCAL DE LOS CUIDADORES DEL PROGRAMA BUEN COMIENZO, MEDELLÍN

E.J. Meneses-Gómez, C. González-Penagos, V. Saldarriaga-Bolívar, M. Cano-Gómez

Facultad de Odontología y Grupo de Investigación en Salud y Comunidad, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Colombia.

Antecedentes/Objetivos: Los temas sobre primera infancia se han posicionado en la agenda internacional y a nivel nacional se ha avanzado en la expedición de políticas y programas que buscan promover y proteger los derechos de los niños y niñas, con el fin de intervenir y disminuir los riesgos a nivel nutricional, emocional, psicológico y social que pueden presentarse a futuro por una inadecuada intervención y protección de los menores. De acuerdo a esto, se implementan diferentes tipos de intervenciones en la primera infancia tales como la política pública nacional "Colombia para la primera infancia" del año 2007, la cual mediante la movilización social, apunta a brindar apoyo a los niños y las niñas con el fin de mejorar la calidad de vida. Se planteó como objetivo, identificar los saberes de los cuidadores del Programa Buen Comienzo sobre salud bucal en la ciudad de Medellín, año 2015.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo con enfoque histórico hermenéutico, se implementó la técnica interactiva descriptiva, el mural de situaciones, que pretende identificar situaciones, espacios, actores que representan lo que sucede en la cotidianidad de los sujetos, los grupos y las comunidades. La población estuvo conformada por 183 padres, madres o cuidadores de los Centros Infantiles Institucional 8 horas Fantasías de las Américas del Programa Buen Comienzo en el año 2015. Los participantes diligenciaron el consentimiento informado y fueron instruidos previamente de los objetivos de la investigación, de sus derechos, así como también del procedimiento y el tiempo en que se llevaría a cabo. Con relación al análisis de datos, se contemplaron la disgregación de las unidades de análisis, específicamente en líneas de textos individuales y grupales. Para esta investigación se contó con aval del comité de ética y bioética institucional.

Resultados: Se evidencia la participación de la comunidad de una manera plural e inquieta por profundizar en las características de los

hábitos correctos de salud bucal. Se reconocieron las lesiones de tejidos duros y blandos y se hace un hincapié en tratarlas a tiempo para prevenir su cronicidad o daños mayores. Como hallazgo se evidenció un consenso e interés particular por la relación existente entre la salud bucal y la salud general y la definición de patologías específicas como la maloclusión y el bruxismo.

Conclusiones/Recomendaciones: Se pretende evidenciar el gran conocimiento que dominan los cuidadores, para aprovecharlo en ambientes de realimentación y educación sobre particularidades poco tratadas en espacios dedicados a la educación para la salud bucal.

Financiación: Por convocatoria de la Autónoma de las Américas.

C027. Metodología

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 11:30 a 13:30 h

Aula 1.3

Moderan: Ricardo Ocaña Riola
y Pedro Nuno Ferreira Pinto de Oliveira

518. AGREEMENT BETWEEN SLEEP DIARY AND ACTIGRAPHY IN A HIGHLY-EDUCATED BRAZILIAN POPULATION

M. Zambrim Campanini, E. López-García, F. Rodríguez-Artalejo, A. Durán González, S. Maffei Andrade, A. Eumann Mesas

Universidade Estadual de Londrina; Universidad Autónoma de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Several studies have compared self-reported and actigraphy-based sleep duration and quality obtaining inconclusive results, possibly because they were conducted in selected populations with difficulty for accurately recalling and reporting sleep patterns or because they focused on a few sleep parameters. The objective of this study was to evaluate the agreement and the correlation between a sleep diary and actigraphy to assess different sleep parameters among school teachers from Brazil.

Métodos: This is a cross-sectional study conducted with school teachers, within the second wave of the PRO-MESTRE study. A total of 163 teachers (66.3% women; age: 45 ± 9 years) filled a sleep diary and wore a wrist actigraph device for 7 consecutive days. Data were collected from August 2014 to March 2015 in Londrina, a large city of Southern Brazil. The following variables were evaluated: time when the person went to bed, time when he/she turned the lights off with intention to sleep (called "bed time"), difference between the time at which the individual fell asleep and the bed time ("sleep onset latency - SOL"), and time the participant got up. From these data, total sleep time (TST), time in bed (TIB), sleep start time (bed time + SOL) and sleep efficiency ($(TST/TIB) \times 100$) were also estimated. Intra-class correlation coefficients (ICC) and Pearson/Spearman correlation coefficients (r) were used to compare self-reported and actigraphy data. Bland-Altman plots were also used to verify the relation between both methods.

Resultados: Moderate or good agreement and correlation were found between sleep diary and actigraphy for total sleep time (ICC = 0.70; $r = 0.60$), time in bed (ICC = 0.83; $r = 0.73$), bed time (ICC = 0.95; $r = 0.91$), sleep start time (ICC = 0.94; $r = 0.87$) and get up time (ICC = 0.87; $r = 0.78$). However, sleep onset latency (ICC = 0.49; $r = 0.38$) and sleep efficiency (ICC = 0.16; $r = 0.22$) showed only fair or poor agreement and correlation. Bland-Altman plots corroborate those findings. Self-reported sleep duration and sleep onset latency were somewhat longer when assessed with sleep diary than with actigraphy.

Conclusiones/Recomendaciones: In this highly-educated population, agreement and correlation between sleep duration and timing variables between a sleep diary and actigraphy were adequate, but not excellent; in addition, latency and efficiency disagreed between methods. The present findings indicate that these two methods may capture different aspects of sleep. Thus, studies using both a sleep diary and actigraphy may achieve a better assessment of sleep parameters than those using any of them separately.

Financiación: CNPq (459671/2014-6); Fundação Araucária (PR, Brasil).

489. SOFTWARE LIBRE PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE SALUD: BIOSTATFLOSS 3.0

M.T. Seoane Pillado, X. Hervada Vidal, M.A. Rodríguez Muñíos

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Servizo Galego de Saúde; Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.

BioStatFLOSS consiste en un entorno unificado y homogéneo de ejecución, bajo el sistema operativo Microsoft Windows, de una recopilación de programas, ya existentes y sobradamente contrastados, específicamente diseñados para la realización de estudios epidemiológicos, bioestadísticos y de salud en general. El proyecto consiste en una revisión y preparación del software relevante seleccionado y el desarrollo de un entorno de ejecución común, programado en Free Pascal, desde el que poder lanzar dichos programas. El objetivo, dotar de una infraestructura FLOSS (Free/Libre Open Source Software) y portable (que no necesite instalación) a los usuarios de este tipo de programas facilitando la migración del software privativo a soluciones de software libre. En su tercera versión, recientemente publicada en <http://www.sergas.es/Saude-publica/BioStatFLOSS?idioma=es>, el software disponible es el siguiente: Epidat, EpiInfo, FireFox, FreeMat, gretl, LibreOffice, Octave, OpenEpi, PSPP, QGIS, R, RCommander, RStudio, Tinn-R, R-Fiddle, SciLab, SofaStats y WinBUGS, en sus últimas versiones. Un beneficio directo consiste en el ahorro por adquisición, puesto que el software FLOSS a utilizar no tiene coste por licencia. Además de esto, la utilización de software de fuentes abiertas permite un acceso total a la funcionalidad de este, pudiendo desarrollar nuevas rutinas o aprovechar las que otros aporten. Este tipo de soluciones no es invasora con el Sistema Informático puesto que no necesita instalación (se puede ejecutar desde una carpeta, un pendrive o un disco duro USB) contribuyendo a la facilidad de mantenimiento de este al no necesitar la intervención de personal técnico especializado. Además, facilita introducirse en estos programas sin necesidad de gastar tiempo buscándolos y configurándolos, tarea que exige ciertos conocimientos técnicos en algunos casos. En conclusión, BioStatFLOSS consigue eliminar el coste por licencias en programas bioestadísticos y epidemiológicos que se usan, habitualmente, para la realización de estudios de salud. Además, no necesita instalación lo que lo hace extremadamente versátil y portable, funcionando bajo un entorno Windows único y homogéneo.

275. SPATIAL AGE-PERIOD-COHORT ANALYSIS OF PANCREATIC CANCER MORTALITY IN SPAIN 1990-2013

J. Etxeberria, G. López-Abente, A. Riebler, T. Goicoa, M.D. Ugarte

Department of Statistics and O.R., Institute for Advanced Materials (INAMAT), Universidad Pública de Navarra; Consortium for Biomedical Research in Epidemiology & Public Health (CIBERESP); Cancer & Environmental Epidemiology Unit, National Center for Epidemiology, Carlos III Institute of Health; Norwegian University of Science and Technology; Research Network on Health Services in Chronic Diseases (REDISSEC).

Antecedentes/Objetivos: Pancreatic cancer is highly lethal due to the natural development of the disease. Then, mortality becomes a

good surrogate of the disease incidence. In this study, an in-depth analysis of pancreatic cancer mortality in Spain is carried out. We are interested in analyzing the evolution of the geographical mortality pattern considering the effect of age, cohort, and gender in the analysis.

Métodos: For the statistical analysis, a gender-specific spatial age-period-cohort (APC) model is used. The model is very rich and combines APC models with disease mapping approaches allowing for the evaluation of spatial, gender, age, period, and cohort effects as well as their interactions. To ensure identifiability for gender-specific age, period, and cohort effects sum-to zero constraints were applied. A fully Bayesian approach based on integrated nested Laplace approximations (INLA) was considered for model fitting and inference. Sensitivity analyses were also conducted.

Resultados: A total of 102,998 pancreatic cancer related deaths, 47% females and 53% males, were registered in Spain in the period 1990-2013. Our results indicated that rates increase with age in both genders, as it also happens with many other cancer locations. The period effect showed a rising trend of pancreatic cancer mortality in 1990-2013, rates being higher in males than in females. The cohort effect showed an interesting pattern. The greatest difference between men and women were observed in those born before 1920. The younger the birth cohort, the smaller this difference was. The mortality showed a South-North pattern. The provinces in the North together with some in the South-West were the ones with higher mortality rates. The spatial geographical pattern of pancreatic cancer showed little changes along the period.

Conclusiones/Recomendaciones: Our study suggests an increasing trend that is still being observed over time. The northern regions are sticking out as the areas with higher rates, and this pattern has changed little over time. Studies describing spatio-temporal evolution of pancreatic cancer mortality rates are scarce in our country and therefore this work could increase our understanding of the etiology of this disease.

Financiación: Supported by the Spanish Ministry of Science & Innovation (Project MTM 2011-22664 co-funded by FEDER), by the Spanish Ministry of Economy & Competitiveness (Project MTM2014-51992-R) and by the Health Department of the Navarre Government (Project 113, Res.2186/2014).

967. EL USO DE MODELOS MIXTOS EN EL ANÁLISIS ESPACIAL Y TEMPORAL DE LA MORTALIDAD

M. Rodríguez-Sanz, M. Gotsens, R. Mehdipanih, M. Marí-Dell'Olmo, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; University of Michigan School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: Los modelos mixtos o multinivel tienen en cuenta la dependencia de las observaciones, por ejemplo individuos que residen en una misma área en estudios geográficos y/o individuos observados en varias ocasiones en estudios longitudinales. El objetivo es estimar la evolución de las desigualdades sociales en mortalidad prematura en Barcelona el periodo 2001-2012 mediante el ajuste de modelos mixtos que consideren y aproximen el efecto del área y el efecto temporal.

Métodos: Estudio de tendencias a partir de la observación de una serie anual el periodo 2001-2012 de grupos de individuos residentes en los 38 barrios de la ciudad de Barcelona. La población de estudio fueron los residentes de la ciudad de 25-64 años. Las fuentes de información fueron el registro de mortalidad, el padrón de habitantes y el Anuario de Estadística de Barcelona. Las variables dependientes fueron el número de defunciones por cualquier causa, según los grupo de individuos, el barrio de residencia y el año. Las variables explicativas fueron características del individuo (sexo, edad nivel de estudios y

país de nacimiento) y de los barrios (% desempleo, población según edad y país de origen). Para hombres y mujeres por separado, se analizó la distribución en los barrios y la evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por edad (TEM), por método directo y población de referencia el total de Barcelona de 2001; y su relación con las características de los barrios mediante correlaciones de Spearman. Finalmente, para estimar el riesgo relativo de mortalidad (RR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%), se ajustaron una serie de modelos lineales generalizados mixtos con distribución de Poisson y enlace logarítmico. Los modelos cuentan con variables explicativas individuales y contextuales, y con dos efectos aleatorios: espacial y temporal, y se valoró el ajuste con índices AIC, Deviance y contrastes ANOVA. Además, se ha estudiado el efecto confusor o de interacción del país de nacimiento.

Resultados: Se observan desigualdades en la mortalidad prematura en contra de los barrios de alto desempleo que presentan un exceso de mortalidad, que fue mayor en el primer periodo 2001-2004 (RR = 1,40 en hombres y RR = 1,25 en mujeres), disminuyó en el siguiente periodo 2005-2008 (RR = 1,30 en hombres y RR = 1,27 en mujeres) y se mantuvo estable en el último periodo de 2009-2012 (RR = 1,33 en hombres y RR = 1,18 en mujeres). Sin embargo, estas desigualdades se dan sobre todo en la población autóctona.

Conclusiones/Recomendaciones: Se muestra el uso y la aplicabilidad de los modelos mixtos en el estudio espaciotemporal de las desigualdades socioeconómicas en mortalidad. Por un lado, permiten tener en cuenta la estructura de dependencia de las observaciones y las diferentes fuentes de variación y de heterogeneidad (tiempo y/o territorio); y por otro lado, permiten incluir conjuntamente factores individuales y contextuales.

437. DISAGREEMENT ON SELF-REPORTED HOUSEHOLD VARIABLES WITHIN COUPLE: IMPLICATIONS FOR DATA ANALYSIS

M. Amorim, S. Silva, M. Severo, M. Kelly-Irving, E. Alves

EPIUnit (UID/DTP/04750/2013), Institute of Public Health, University of Porto; University of Porto Medical School, Portugal; INSERM; Université Toulouse, France.

Antecedentes/Objetivos: To discuss how to deal with disagreement on self-reported household monthly income and length of marital relationship when considering the couple as the unit of analysis, by seeking the most appropriate proxy of the couple's answer to use in statistical analysis.

Métodos: Between July 2013 and June 2014, parents of very preterm infants admitted at all level III NICU of the Northern Health Region of Portugal were consecutively and systematically invited to participate in this study, 15 to 22 days after birth. In total 122 families were included, with mothers and fathers interviewed separately, using structured questionnaires. In the current analysis, 82 couples living in the same household were included. The agreement within the couple was calculated using the weighted kappa. Assuming that household variables may be related with family's socioeconomic position, a principal component analysis was performed to compute a factor score on the individual socioeconomic variables (education, occupation and subjective social class). To seek the most appropriate proxy of the couple's value, the association between the woman's answer, man's answer, the maximum, the minimum and the mean (standardized linear regression coefficients) of the household variables with the factor's score were estimated using generalized linear models.

Resultados: Almost 40% of the couples disagreed on self-reported household monthly income, no association with gender was observed (weighted kappa = 0.68 (95%CI: 0.58-0.79)). Approximately 19% disagreed the length of their marital relationship, with men declaring longer relationships (weighted kappa = 0.95 (95%CI: 0.92-0.98)). Indi-

vidual socioeconomic position variables were aggregated in one main factor, explaining 54% of total variance. Household monthly income was positively and strongly associated with the socioeconomic position factor score, whereas the length of marital relationship was negatively and weakly associated with the score. No significant differences were observed regarding the association between women's answers, men's answers or the summary measures of each couple with the socioeconomic position score.

Conclusiones/Recomendaciones: There is a lack of evidence regarding the most appropriate proxy for a couple's answer. These findings suggest that additional research on couples focused on health-related issues, with higher sample sizes and conducted in different sociocultural contexts is necessary. Data analysis in quantitative studies that consider the couple as the unit of analysis needs to be systematically discussed in literature.

Financiación: FCOMP-01-0124-FEDER-019902; PD/BD/105830/2014; IF/00956/2013; SFRH/BPD/103562/2014.

748. 'PROPENSITY SCORE' PARA AJUSTAR EL SESGO DE INDICACIÓN DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON ASMA

O. Garín, A. Pont, G. Hernández, L. Laforest, A. Dima, E. Van Ganse, J. Alonso, M. Ferrer, The Astro-Lab Group

Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas; CIBER en Salud Pública (CIBERESP); Universitat Pompeu Fabra; Universitat Autònoma de Barcelona; Université Claude Bernard Lyon; University of Amsterdam.

Antecedentes/Objetivos: Aunque el diseño más apropiado para comparar diferentes tratamientos es el ensayo clínico aleatorizado, este diseño presenta inconvenientes para evaluar la seguridad (periodos cortos, utilización en condiciones no reales). Los estudios observacionales no tienen estos inconvenientes pero presentan sesgo de selección. Un método propuesto para controlar este sesgo es el 'propensity score' o probabilidad condicionada por covariables. El objetivo es construir el 'propensity score' para controlar el sesgo de selección en una cohorte de pacientes con asma persistente con cuatro grupos de tratamiento: Corticoides inhalados (CI); Broncodilatadores de acción larga (BAL); BAL y CI en un único inhalador; o BAL y CI separados en dos inhaladores.

Métodos: Cohorte de pacientes (n = 934) reclutados en Francia y Reino Unido (2003-2005). El 'propensity score' se construyó mediante regresión logística multinomial para predecir el tratamiento asignado. Se calculó el área bajo la curva ROC para cuantificar la capacidad de predicción del modelo. Para confirmar el control del sesgo se calcularon los indicadores de gravedad del asma crudos y ajustados por 'propensity score'.

Resultados: El modelo multinomial para estimar el 'propensity score' incluyó variables relacionadas con el reclutamiento (país, tipo de dispositivo), variables sociodemográficas (edad y género), variables de tratamiento previo al reclutamiento (número de envases de inhaladores consumidos, dosis diaria de corticoides inhalados, número de corticoides orales prescritos, número de clases terapéuticas y frecuencia de uso de broncodilatadores de acción corta). La capacidad discriminativa del modelo, fue 0,98 (IC95%: 0,97-0,99) para CI, 0,95 (IC95%: 0,91-0,98) para BAL, 0,95 (IC95%: 0,93-0,96) para BAL y CI en un único inhalador, y 0,87 (IC95%: 0,84-0,91) para BAL y CI separados. Los estimadores crudos mostraron diferencias significativas (p < 0,001) entre grupos de tratamiento en las características basales siguientes: país, edad, nivel de estudios, dosis diaria de corticoides inhalados, número de clases terapéuticas y frecuencia de uso de broncodilatadores de acción corta. Después de ajustar por 'propensity score' no se encontraron diferencias significativas entre grupos de tratamiento en estos estimadores.

Conclusiones/Recomendaciones: El 'Propensity Score' estimado presenta una buena capacidad discriminativa, controla el sesgo de selección, y permitirá comparar con mayor validez la seguridad de los tratamientos en esta cohorte de pacientes.

Financiación: HEALTH-F5-2011-282593; 2009SGR1095.

148. DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE AMÉRICA DEL SUR: ESTUDIO SAYCARE

T. Rendo-Urteaga, T.S. Collese, L. Saravia, L.I. González-Zapata, L. Azzaretti, A.C. de Moraes, L.A. Moreno, H.B. Carvalho

Grupo de Investigación YCARE (Youth/Child and Cardiovascular Risk and Environmental), Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, Brasil; Grupo de Investigación GENU (Growth, Exercise, Nutrition and Development), Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, España; Escuela de Nutrición, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay; Grupo de Investigación en Determinantes Sociales y Económicos de la Salud y la Nutrición, Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Valorar la ingesta de alimentos es importante para determinar la adecuación nutricional de la dieta en niños y adolescentes. Por el momento no existen estudios multicéntricos que valoren la ingesta alimentaria de esta población utilizando metodología estandarizada entre países de América del Sur. El estudio multicéntrico SAYCARE es un estudio piloto observacional y transversal, realizado en niños y adolescentes (3-17 años) de 7 ciudades de América del Sur: São Paulo y Teresina (Brasil), Buenos Aires (Argentina), Santiago (Chile), Montevideo (Uruguay), Lima (Perú) y Medellín (Colombia). Se elaboró un Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA) para cada rango de edad (3 a 9 y 10 a 17 años) y para cada ciudad, partiendo de listas nacionales de alimentos más consumidos. Éstos fueron clasificados según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) en: 1) Cereales y Panificados; 2) Tubérculos; 3) Verduras y Hortalizas; 4) Frutas; 5) Grasas y Aceites; 6) Carnes y Derivados, Pescados y Huevos; 7) Leche y Derivados; 8) Leguminosas; 9) Bebidas; 10) Productos azucarados y de Copetín; 11) Misceláneas. Se obtuvo una lista de 56 alimentos consumidos en común en todas las ciudades y fueron añadidos alimentos típicos, resultando en 67 alimentos para el CFCA de São Paulo, 68 Teresina, 72 Medellín, 63 Buenos Aires, 60 Montevideo, 63 Lima y 58 Santiago de Chile. Los CFCA fueron traducidos y adaptados al idioma y cultura de cada país. Para auxiliar en las respuestas, se elaboró un álbum de fotos para cada país, con las porciones medias de los alimentos. Los CFCA fueron respondidos por los adolescentes o por los padres/responsables de los niños en dos momentos, con 15 días de intervalo. Se han obtenido datos de 918 participantes. La fiabilidad y validez de los CFCA está siendo analizada, comparando sus resultados con los de dos métodos de referencia: recordatorios de 24 horas y Agua Marcada con dos isótopos.

Financiación: National Counsel of Technological and Scientific Development (CNPq), N°:471266/2013-2 and São Paulo Research Foundation – FAPESP (proc. 2014/25233-0).

400. IMPACTO DE LA INCERTIDUMBRE PARAMÉTRICA EN EL ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN EL PAÍS VASCO

A. Arrospide, M. Rué, M. Comás, N.T. Van Ravesteyn, N. Larrañaga, M. Soto-Gordoa, G. Sarriugarte, J. Mar

Unidad de Investigación AP-OSIs Gipuzkoa, OSI Alto Deba, Arrasate; REDISSEC; Instituto BioDonostia, Donostia; Institut Recerca

Biomèdica de Lleida, Universitat de Lleida, Lleida; IMIM-Institut de Recerca Hospital del Mar, Barcelona; Erasmus MC University Rotterdam, Países Bajos; Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: Este estudio tiene como objetivo el análisis coste-efectividad del programa de detección precoz del cáncer de mama en el País Vasco desde su inicio en 1996 hasta el 2011 teniendo en cuenta la incertidumbre en los parámetros más relevantes.

Métodos: Se desarrolló un modelo de simulación con eventos discretos que representó la historia natural del cáncer de mama. Mediante este modelo se calcularon los costes totales relativos al cáncer de mama (cribado, diagnóstico y tratamiento) y los años de vida ajustados por calidad (AVAC) para toda la vida de la población diana en escenario con y sin cribado. Las propiedades probabilísticas del modelo fueron incluidos permitiendo variar aleatoriamente los parámetros fundamentales del modelo. Se utilizó la distribución Uniforme para el tiempo entre invitaciones y el tiempo medio en estado preclínico, la distribución Beta para la sensibilidad y la especificidad y Dirichlet para la distribución de los estadios de detección en los cánceres detectados mediante el cribado. El efecto conjunto de la incertidumbre paramétrica se reflejó en el plano coste-efectividad y en el valor esperado de la información perfecta.

Resultados: El programa de detección precoz de cáncer de mama ha supuesto un coste de 1.123 millones de euros para proporcionar 6,7 millones de AVAC en los 15 años que se han evaluado. Estos valores resultan en una ganancia de 10.110 AVAC por un coste adicional de 22,3 millones de euros, comparando con el escenario sin cribado. Por tanto, la ratio coste-efectividad del programa fue de 2.209€/AVAC. Todas las simulaciones del análisis de sensibilidad probabilístico resultaron en ratios coste-efectividad incremental menores de 10.000€/AVAC. El valor esperado de la información perfecta correspondiente al umbral de 5.000€/AVAC fue un coste de oportunidad de 163.620€. La distribución de los estadios de detección en los cánceres detectados por cribado fue el parámetro con mayor impacto en la ratio coste-efectividad incremental final.

Conclusiones/Recomendaciones: El programa de detección precoz de cáncer de mama en el País Vasco resultó coste-efectivo en el periodo evaluado. Se estima que la reducción de la incertidumbre paramétrica no cambiaría la decisión final. Estos resultados confirman los beneficios a nivel epidemiológico del sistema centralizado de cribado y apoyan la continuación del mismo.

Financiación: Ayuda a la Investigación en Salud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco Exp. 2010111007.

704. TWO QUESTION FORMATS ABOUT TRUST IN SOCIAL CAPITAL: AN EXPERIMENTAL STUDY IN RANDOMLY EQUIVALENT GROUPS

A. Henriques, M. Severo, S. Fraga, S. Silva, E. Ramos

EPIUnit-Institute of Public Health, University of Porto; Department of Clinical Epidemiology Predictive Medicine and Public Health, University of Porto Medical School.

Antecedentes/Objetivos: Interpersonal trust is a fundamental dimension of social capital and its impact on health is widely recognized. It remains unclear whether different question formats influences the level of interpersonal trust in young adults. We aimed to test how the question format changes the self-reported trust evaluation and to propose a calibration procedure to deal with those differences.

Métodos: A sample of 1,681 young adults from the EPITeen Cohort, Porto, Portugal, completed two versions of a 3-item questionnaire to characterize interpersonal trust using a randomly-equivalent groups design: version A (reference form - European Social Survey); version B (new form). The final score was the sum of the 3 separate trust scores recorded on a 0-10 Likert scale. Cronbach alphas were com-

puted to assess the assumption of equal reliability and several calibration methods (mean, linear, percentile and percentile smoothing) were applied. To evaluate the best method to make both scores comparable, we used the bootstrapping standard error of calibration (SEC).

Resultados: Statistical differences were found between versions A and B (mean (standard deviation): 14.4 (5.3) and 15.6 (4.8), respectively; $p < 0.05$ for mean and variance comparison). Internal consistency was significantly better in version A than in B (0.742 vs 0.686, $p = 0.006$). Mean calibration is the best method to calibrate the score between the two question formats, presenting the lowest SEC in all range of the scale.

Conclusiones/Recomendaciones: In young adults, different question formats lead to different results on the levels of interpersonal trust, which can be compared by using mean calibration procedure.

Financiación: UID/DTP/04750/2013; IF/00956/2013; SFRH/BPD/97015/2013.

167. ESTANDARIZACIÓN DEL EFECTO EN REGRESIÓN LINEAL CON TRANSFORMACIONES LOGARÍTMICAS PARA SU INCLUSIÓN EN METAANÁLISIS

M. Rodríguez-Barranco, A. Tobías, D. Redondo, E. Molina-Portillo, M.J. Sánchez

Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Registro de Cáncer de Granada; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (IBS Granada); Instituto de Diagnóstico Ambiental y Estudios de Agua (IDAEA), Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Los diferentes enfoques metodológicos en el análisis de datos es una dificultad para combinar en un meta-análisis resultados de distintos estudios. Con los resultados de modelos de regresión lineal esta limitación ocurre por el uso de diferentes transformaciones de las variables. El objetivo de este trabajo fue desarrollar un conjunto de fórmulas para expresar los resultados de modelos de regresión lineal con diferentes transformaciones logarítmicas como el mismo efecto, para ser incluidos en un meta-análisis.

Métodos: Se consideraron los modelos de regresión lineal con todas las posibles combinaciones de transformación logarítmica sobre las variables dependiente (Y), independiente (X) o ambas. Se desarrollaron una serie de fórmulas que permiten expresar el efecto observado por cada modelo como el cambio equivalente de cada uno de los otros posibles modelos. Un cambio absoluto en X se expresó como "c" unidades y el cambio relativo como el cociente "k" entre dos valores. Se realizó una simulación en la que se construyó cada uno de los 4 modelos considerados y se estimó el valor real del coeficiente de regresión y su error estándar sobre una base de datos generados aleatoriamente. A partir de estos valores se aplicaron las fórmulas para obtener el efecto en base a las diferentes expresiones de cambio.

Resultados: Las variables fueron generadas de manera que el aumento de 1 unidad en X estuviera asociado a un incremento de 1 unidad en Y. La media de Y fue igual a 50 y la de X igual a 10. Para las simulaciones se fijaron $c = 1$ y $k = 1.1$ para reflejar un cambio absoluto de 1 unidad o un cambio relativo del 10% en X. Para un mismo modelo, el efecto estimado a partir de las fórmulas para expresarlo en base a diferentes criterios de cambio fue equivalente al efecto real. Sin embargo, al comparar los resultados entre modelos se observaron diferencias, que dependieron principalmente de la asimetría de X. Bajo simetría, el sesgo en la estimación fue como máximo un 8%, pero con asimetría de X el sesgo alcanzó el 50%.

Conclusiones/Recomendaciones: El método propuesto demuestra ser válido para expresar el efecto de un modelo de regresión lineal según diferentes criterios de cambio en las variables implicadas. La estandarización de los resultados de diferentes estudios permitiría su

combinación en un meta-análisis independientemente de las transformaciones realizadas sobre las variables dependiente y/o independiente.

CO28. Enfermedades raras

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 11:30 a 13:30 h

Aula 1.4

Moderadora: Clara Cavero Carbonell

173. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS Y ENFERMEDADES RARAS: EL SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON

C. Cavero-Carbonell, S. Gimeno-Martos, E. Gras-Colomer, L. Páramo-Rodríguez, A. Alfaro, O. Zurriaga

Fundación FISABIO, Comunitat Valenciana; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Servicio de Dermatología, Hospital de Manises; Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: El síndrome de Stevens Johnson (SSJ), junto a la necrosis epidérmica tóxica y síndrome mixto, conforman una enfermedad rara causada mayoritariamente por una reacción adversa cutánea a fármacos que cursa con afectación multisistémica y tiene una mortalidad del 25-30%. Objetivo: describir la situación y estudiar los factores de riesgo del SSJ en la Comunitat Valenciana (CV) durante el periodo 2007-2013.

Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico observacional durante el 2007-2013, utilizando como fuente de información el Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunitat Valenciana (SIER-CV). Se identificaron los pacientes con los códigos 695.13, 695.14, 695.15 de la CIE9-MC y L51.1, L51.2, L51.3 de la CIE10, correspondientes a los 3 tipos de SSJ. Se realizó una validación de los datos mediante la revisión de la documentación clínica, se calculó la prevalencia y la probabilidad de confirmación y se elaboró un análisis descriptivo de las variables estudiadas.

Resultados: Se identificaron 77 pacientes con diagnóstico de SSJ. Tras revisar la documentación clínica, se confirmaron 57 casos, 10 se descartaron, 9 quedaron dudosos y 1 no se revisó. La prevalencia fue 0,09/10.000 habitantes y la probabilidad de confirmación fue del 67,9%. De los confirmados se observó que la edad media de detección por el SIER-CV fue 54,4 años, el 59,6% fueron hombres y el 47,4% residían en Valencia. El SSJ se produjo principalmente por tratamientos farmacológicos (70,2%). El tiempo medio de administración de los fármacos sospechosos de causar la enfermedad fue de 12,5 días, siendo el ibuprofeno el fármaco más veces administrado. La extensión cutánea mayormente afectada fue del 10-30% y la media de días de ingreso hospitalario fue de 21,1 (65,4% en planta de hospitalización, 19,2% en Quemados y 15,4% en Intensivos). El 45,6% se recuperó sin secuelas, el 22,8% lo hizo con secuelas (siendo el sistema gastrointestinal el más afectado) y un año después del diagnóstico de SSJ el 38,6% de los casos habían fallecido. Al final del estudio el 54,4% de casos fallecieron, con una edad media de 66,4 años, siendo las causas mayoritarias de defunción el propio SSJ y el shock séptico (7,7% en ambos casos).

Conclusiones/Recomendaciones: El estudio ha establecido la situación real del SSJ en la CV a partir de los casos identificados del SIER-CV. Además, ha profundizado en el conocimiento de estas reacciones cutáneas severas a fármacos permitiendo el futuro diseño de medidas destinadas a la prevención y diagnóstico precoz de esta patología, aspectos de especial importancia en las enfermedades raras.

Financiación: UGP-14-172 FISABIO.

684. COBERTURA VACUNAL FRENTE A LA GRIPE EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

A.C. Zoni, M.F. Domínguez-Berjón, J.M. Sendra, L.M. Blanco-Ancos, J. Astray-Mochales

Subdirección de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: (1) Analizar la cobertura vacunal antigripal en la campaña 2015 en pacientes con fibrosis quística (FQ) y los factores asociados a la misma en la Comunidad de Madrid (CM). (2) Valorar el impacto del envío de mensajes por teléfono móvil recordando la vacunación antigripal.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron los pacientes con fibrosis quística (FQ) del SIERMA (Sistema de Información de Enfermedades Raras de la CM). Se consideraron sexo, edad, país de nacimiento y comorbilidades registradas en atención primaria. Las dosis vacunales frente a gripe se obtuvieron del registro vacunal regional. A todos los que no se habían vacunado a las 4 semanas de inicio de la campaña y que disponían de número móvil en la base de datos de tarjeta sanitaria se les envió un mensaje recordando la vacunación. Se calcularon coberturas vacunales. Mediante regresión logística bi y multivariante se identificaron los factores asociados a la vacunación, con cálculo de odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95%.

Resultados: En SIERMA constaban 445 personas con FQ al inicio de la campaña. La cobertura antigripal en 2015 alcanzó el 67,9% (70,7% mujeres y 64,8% hombres, $p = 0,18$). No se observaron diferencias significativas respecto a la cobertura vacunal del 2014 (67,0%; $p = 0,85$). Se enviaron 205 mensajes a móviles, el 37,6% fueron vacunados posteriormente. De estos, 42 pacientes no se habían vacunado en otras campañas. Transcurridas 4 semanas desde el inicio de la campaña la probabilidad de vacunarse tras recibir el mensaje fue 3 veces mayor (OR: 3,00, IC95% 0,84-10,72). La cobertura en 2015 fue mayor en menores de 14 años (79,3% vs 62,6% $p < 0,01$), en población autóctona (69,9% vs 40,0% de la población nacida en otros países $p < 0,01$), en los vacunados en tres o más temporadas previas (91,0% vs 47,2% $p < 0,01$) o frente a gripe pandémica (79,1% vs 52,9% sin vacunación; $p < 0,01$), sin diferencias significativas entre pacientes con otras comorbilidades que indiquen vacunación. Los factores asociados a la vacunación antigripal fueron ser mujer (ORa: 1,74, IC95% 1,08-2,79), la vacunación en 3 o más campañas anteriores (ORa: 9,43, IC95% 5,33-16,67) y la vacunación frente a gripe pandémica (ORa: 2,28, IC95% 1,38-3,75). Tenían menor probabilidad de ser vacunados los pacientes con mayor edad (ORa: 0,97, IC95% 0,96-0,98 por año).

Conclusiones/Recomendaciones: La cobertura vacunal de personas con FQ es alta, pero aun tenemos margen de mejora. El principal factor asociado es la vacunación en campañas previas. El envío de mensajes telefónicos permitió alcanzar a personas no vacunadas en campañas previas.

172. LA FIBROSIS QUÍSTICA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMEDADES RARAS DE LA COMUNITAT VALENCIANA

S. Gimeno-Martos, L. Páramo-Rodríguez, S. Guardiola-Villarraig, C. Cervero-Carbonell

CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana; Dirección General de Salud Pública, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad crónica, hereditaria, degenerativa y de origen genético caracterizada por la producción de sudor con alto contenido en sales y secreciones mucosas con viscosidad anormal. Es una enfermedad

generalmente progresiva que suele aparecer durante la infancia temprana o, más raramente, en el nacimiento. El objetivo es valorar la situación de la FQ en la Comunitat Valenciana (CV) durante el periodo 2010-2012.

Métodos: Se utilizó el Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunitat Valenciana (SIER-CV) como fuente de información de donde se han identificado los pacientes con el código 277.0* de la CIE9-MC y E84* de la CIE10 para el periodo 2010-2012. Se realizó una validación de los datos mediante la revisión de la documentación clínica, se calculó la prevalencia y la probabilidad de confirmación y se elaboró un análisis descriptivo de los casos confirmados. Se consideraron las variables: sexo, país, provincia, edad de detección por el SIER-CV, fallecimiento, edad y causa de defunción, realización del test de sudor y de diagnóstico genético, número de ingresos y hospitales de ingreso.

Resultados: Se identificaron 192 pacientes con diagnóstico de FQ. Una vez revisada la documentación clínica, se confirmaron 183 casos como FQ, 7 se descartaron y 2 quedaron en duda. La prevalencia fue de 0,36/10.000 habitantes y la probabilidad de que el caso se confirmara tras la revisión fue del 94,3%. De los casos confirmados, el 85,4% eran españoles y el 14,6% extranjero. El 45,9% residía en la provincia de Valencia, el 38,3% en Alicante y el 15,8% en Castellón. El 50,8% de los casos eran hombres y el 49,2% mujeres y la edad media de detección por el SIER-CV fue de 20,0 años. Fallecieron el 9,8% de los casos con una edad media al fallecimiento de 25,0 años y la causa de defunción mayoritaria fue la FQ (44,4%). Al 7,7% de los casos se le realizó el test de sudor. Hubo constancia de la realización de estudios genéticos en el 23,5% de los casos. La media de ingresos/paciente fue de 5,5, siendo el Hospital La Fe el que mayor porcentaje de ingresos registró (70,0%).

Conclusiones/Recomendaciones: El porcentaje de confirmación de los casos de FQ identificados por el SIER-CV es elevado, siendo este uno de los valores más altos en comparación con los estudios realizados en otras Comunidades Autónomas españolas sobre la FQ, en los que se obtuvo un rango de confirmación de 64%-95%. Esto permite considerar al SIER-CV como una fuente de información válida para la identificación de enfermedades raras con codificación específica.

Financiación: SpainRDR (PR11/122).

132. LA VOZ DE PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES ANTE UNA ENFERMEDAD RARA: LA ENFERMEDAD DE WILSON

L. Páramo-Rodríguez, S. Gimeno-Martos, S. Guardiola-Villarraig, V. Martí-Moruno, C. Cervero-Carbonell

Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Dirección General de Salud Pública, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad de Wilson (EW) es una enfermedad rara congénita y hereditaria que produce afectación y/o degeneración hepática, neurológica y lenticular por la acumulación de cobre en el organismo. Es un importante problema de salud, por el impacto en la calidad de vida del afectado y por los múltiples costes que genera en su entorno familiar. El objetivo es visibilizar las necesidades médicas, sociales y emocionales de los pacientes con EW y sus familias.

Métodos: Se realizó en la Comunitat Valenciana (CV), en 2015-2016, utilizando metodología cualitativa: 5 entrevistas en profundidad a profesionales sanitarios implicados directamente en el diagnóstico y/o tratamiento de esta enfermedad, y 2 grupos de discusión uno con familiares (4 madres y 2 padres) y otro con afectados con EW (4 hombres y 3 mujeres). La captación de participantes se hizo a través de los profesionales sanitarios y por difusión de cartas de participación nominativas a los casos identificados en el Sistema

de Información de Enfermedades Raras de la CV. Para las entrevistas y grupos se elaboró un guión estructurado en 4 bloques: diagnóstico, tratamiento, atención y calidad de vida. La información se recogió en formato de audio/video, previa autorización mediante consentimiento informado, y se transcribió literalmente. Se realizó un análisis (profesionales vs familiares/afectados) determinando necesidades y demandas concretas para cada uno de los colectivos estudiados.

Resultados: El análisis del discurso muestra que, los sanitarios destacan la necesidad de una mayor información y difusión sobre la enfermedad en el entorno sanitario para facilitar un diagnóstico precoz. Las familias expresan preocupación sobre la adherencia al tratamiento, especialmente cuando sus hijos son adolescentes y muestran dudas sobre la importancia de seguir una dieta estricta baja en cobre. Los afectados reconocen tener dudas sobre la medicación y como debe ser su administración, existe confusión con el tiempo de ayuno que requiere. Las personas con afectación neurológica se sienten estigmatizados por las secuelas físicas.

Conclusiones/Recomendaciones: Los sanitarios consideran que el abordaje y tratamiento de la EW debe coordinarse de manera multidisciplinar. Los familiares y afectados necesitan más información sobre las pautas de administración de tratamiento y sobre los alimentos que deben excluir de la dieta, con unas pautas claras y especificadas. El tratamiento farmacológico y su correcta administración permite a los afectados tener una buena calidad de vida con mejora total o parcial de los síntomas.

Financiación: Fundació per Amor a l'Art.

171. SITUACIÓN DE LA OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA EN LA COMUNITAT VALENCIANA

S. Gimeno-Martos, C. Pérez-Riera, L. Páramo-Rodríguez, C. Cavero-Carbonell

CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad rara de afectación ósea, hereditaria o no, que se caracteriza por la fragilidad en los huesos (sobre todo largos), produciéndose fracturas recurrentes. El objetivo fue determinar el estado de la OI en la Comunitat Valenciana (CV) durante el periodo 2004-2014.

Métodos: Se utilizó como fuente de información el Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunitat Valenciana (SIER-CV) de donde se identificaron los pacientes con los códigos 756.56 de la CIE9-MC y/o Q78.0 de la CIE10 y/o CIE10-BPA durante el periodo 2004-2014. Se validaron los datos mediante la revisión de documentación clínica y de los casos confirmados se elaboró un análisis descriptivo de variables sociodemográficas y clínicas, y se calculó la probabilidad de confirmación y la prevalencia.

Resultados: Se identificaron 162 pacientes con diagnóstico de OI. Se confirmaron 145 casos de los 161 pacientes con documentación clínica accesible, 2 se consideraron dudosos y se descartaron 14. Tras la revisión de historias clínicas, la probabilidad de que el caso se confirmara, fue del 89,5%, lo que supuso una prevalencia de 0,29 por 10.000 habitantes. De los confirmados, el 93,1% eran españoles y el 55,9% residían en la provincia de Valencia, el 37,2% en Alicante y el 6,9% en Castellón. El 54,5% eran mujeres. La edad media de detección por el SIER-CV fue de 27,7 años. Fueron atendidos en 25 hospitales diferentes de la CV, siendo el Hospital La Fe y el Hospital General de Alicante los que mayor número de pacientes atendieron (29,4% y 18,7% respectivamente). Se conocía el tipo de OI en el 26,4% de los casos, siendo el tipo I el más habitual en el 9,7%. Fallecieron el 6,2% de los casos con una edad media al fallecimiento de 60,8 años y la causa de defunción mayoritaria fue los fallos y complicaciones respiratorias

(33,3%) Al 13,4% se le realizó reducciones cerradas, al 11,2% osteosíntesis de algún tipo y al 15,5% ningún tipo de cirugía (sólo férulas y enyesados) El 21% de los pacientes ha sufrido en una o más ocasiones fracturas en fémur y tibia (11,3% y 9,7% respectivamente) y el 17,3% en huesos largos del brazo. El 44,8% de pacientes recibió tratamiento con bifosfonatos (mayormente pamidronato) y el 10,4% tenían familiares afectados.

Conclusiones/Recomendaciones: El porcentaje de confirmación de los casos de OI identificados por a través del SIER-CV es elevado, probablemente por disponer de códigos específicos para esta enfermedad rara. La prevalencia obtenida es inferior a la estimada por Orphanet y esto puede deberse a la no inclusión de casos leves (no requieren ingresos hospitalarios) en el SIER-CV.

Financiación: SpainRDR (PR11/122).

685. FIBROSIS QUÍSTICA Y DIABETES EN LA COMUNIDAD DE MADRID: RELACIÓN CON LA MORBILIDAD HOSPITALARIA

A.C. Zoni, J.M. Sendra, M.F. Domínguez-Berjón, R. Nogueras, M.D. Esteban-Vasallo, L.M. Blanco-Ancos, M.C. Álvarez, J. Astray-Mochales

Subdirección de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes mellitus (DM) relacionada con la fibrosis quística (DRFQ) es la complicación extrapulmonar más frecuente. Se asocia con peor función pulmonar, mayores tasas de trasplante pulmonar y menor supervivencia. Los objetivos han sido: 1) Estimar la prevalencia de las personas con FQ en la Comunidad de Madrid (CM), su distribución por sexo, edad y origen y 2) Describir la proporción de los pacientes con DRFQ y comparar sus características sociodemográficas y su morbilidad hospitalaria con las personas sin DRFQ.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron las personas con FQ del SIERMA (Sistema de Información de Enfermedades Raras de la CM) para el periodo 2013-2014. Se consideraron sexo, edad, país de nacimiento, registro de DM en la historia clínica y los ingresos hospitalarios entre 2004-2014. Se calculó la prevalencia de FQ en la CM y la proporción de pacientes con DRFQ. Las características sociodemográficas y los motivos de ingresos se describieron y compararon utilizando las pruebas t de Student y ji cuadrado. Se analizó la asociación entre tener DRFQ e ingreso hospitalario mediante regresión logística bi y multivariante, con cálculo de odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95%.

Resultados: En el periodo 2013-2014 se identificaron 466 casos de FQ (51,1% mujeres, 93,3% autóctonos y 57,9% con 14-44 años). La prevalencia global fue 0,72/10.000 habitantes (0,71 en mujeres y 0,74 en hombres). Se detectaron 95 casos con DRFQ (20,4%), con mayor edad media (33,2 DE 13,4 vs 20,4 DE 15,2; $p < 0,01$) y sin diferencias significativas por sexo (en mujeres 50,4% sin DM vs 53,7% con DRFQ; $p = 0,57$). La proporción de extranjeros fue similar en ambos grupos. En las personas con DRFQ el riesgo de tener al menos un ingreso hospitalario fue más del doble (ORa por edad: 2,72 IC95% 1,17-6,29) y la media de ingresos fue mayor (5,2 DE 6,9 vs 2,6 DE 4,9; $p < 0,01$). El principal motivo de ingreso en ambos grupos fue la FQ (23,6% sin DM vs 21,1% con DRFQ; $p = 0,32$) y las bronquiectasias (5,3% sin DM vs 5,6% con DRFQ $p = 0,91$). En las personas sin DRFQ destacaron por mayor frecuencia ingresos por pancreatitis (2,6% vs 0,2% con DRFQ; $p < 0,01$) y por neoplasia maligna de retina (1,8% vs 0% con DRFQ; $p < 0,01$) y en las personas con DRFQ los ingresos por complicaciones del trasplante de pulmón (8,0% vs 2,3% sin DM; $p < 0,01$).

Conclusiones/Recomendaciones: El riesgo de ingresar es mayor en personas con DRFQ, siendo su detección precoz una prioridad para la prevención de futuras complicaciones.

335. ENFERMEDADES RARAS EN LA REGIÓN DE MURCIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO, 2013

S. Titos Gil, M. Segura Aroca, A.B. Moreno López, A. Sánchez Escámez, M. Sánchez Pardo, M.V. Abellán Pérez, L.M. López Díez, M.P. Mira Escolano, J.A. Palomar Rodríguez

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, DG de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano, Consejería de Sanidad, Región de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: A lo largo de los últimos años, las enfermedades raras (ER) han superado la invisibilidad en que se encontraban para ser abordadas como un importante problema de salud pública. En ello ha contribuido el importante número de personas afectadas, estimada entre el 6% y 8% de la población. Para mejorar el conocimiento y con ello el abordaje de estas patologías, la Región de Murcia (RM) puso en marcha en 2.010 el Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de la Región de Murcia (SIERrm). El objetivo de este trabajo es presentar los datos de prevalencia y principales características de las personas afectadas con alguna ER en la RM.

Métodos: Se estudiaron las personas vivas y residentes en la RM con un diagnóstico de ER a fecha 31 de diciembre del 2.013 a partir de la información contenida en el SIERrm. Se analiza el número de casos prevalentes, tasa de prevalencia por 10.000 habitantes y carga de discapacidad asociada, siendo las variables de análisis sexo, edad, enfermedad y grupo de ER.

Resultados: A 31 de diciembre de 2013 existía un total de 65.125 personas vivas residentes en la RM con alguna ER (4,4% de la población murciana). Éstas acumulaban un total de 75.570 ER (515,2 casos por 10.000 habitantes) sin presentar diferencias entre sexos (516,1 en mujeres y 513,6 en varones). Por grupo de enfermedad, fueron las "Anomalías congénitas" quienes registraron el mayor número de casos (26% del total), con una tasa de 133 casos por 10.000 habitantes (128,9 mujeres, 138,1 varones). Según enfermedad, "Otras miocardiopatías primarias" seguida de "Otras anomalías congénitas especificadas" fueron las que sumaron mayor número de afectados. Por grupo de edad, las Anomalías congénitas fueron las más comunes en la edad pediátrica, mientras que en adultos fueron la esclerosis múltiple y lupus eritematoso sistémico en mujeres, y la Epilepsia convulsiva generalizada junto a patologías digestivas, renales y otras patologías cardíacas en varones. Por último, un tercio de las personas tenía reconocimiento oficial de discapacidad (34,0% mujeres, 33,5% varones) presentando una cuarta parte de ellos el grado máximo (grado 5). Las mujeres fueron quienes mostraron un mayor grado de discapacidad con más frecuencia, 57% de ellas grado 4 o 5, frente al 49% de los varones.

Conclusiones/Recomendaciones: A partir de los datos aportados se pone de relieve la contribución que estos registros tienen para mejorar el conocimiento de estas enfermedades, y con ello, de la atención que los sistemas sanitarios y sociales deben prestar a las personas afectadas para así conseguir una mejora en su calidad de vida.

924. MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: DATOS PARA LA PLANIFICACIÓN

M.F. Domínguez-Berjón, A.C. Zoni, R. Gènova, M.D. Esteban-Vasallo, L.M. Blanco-Ancos, J. Astray-Mochales

Subdirección de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Las malformaciones congénitas (MC) son causa frecuente de mortalidad prematura. La Comunidad de Madrid (CM) quiere potenciar el desarrollo de la atención paliativa pediátrica, y uno de los elementos a considerar en la planificación es un listado de enfermedades limitantes para la vida. Los objetivos son cuantificar la mortalidad en menores de 20 años y valorar para las MC las diferen-

cias de utilizar los listados de la Estrategia de Cuidados Paliativos Pediátricos (Ministerio de Sanidad, 2014), de Hain y Devins (con menos enfermedades) o el listado nacional de enfermedades raras (SpainRDR 2015).

Métodos: Estudio descriptivo de fallecidos residentes en la CM (1999-2012). Fuentes de información: Registro de mortalidad y denominadores de padrón y registro de partos (Instituto de Estadística de la CM). Codificación de causa básica de defunción según CIE-10 y clasificación de MC en listado de Estrategia, Hain-Devins y SpainRDR. Se han considerado sexo, edad y 2 periodos. Se calcularon tasas de mortalidad neonatal (TMN), posneonatal (TMP), infantil (TMI) y de 1-19 años e indicadores para cada listado: 1) porcentaje de fallecidos por MC sobre total de fallecidos, por grupo de edad y 2) porcentaje de distribución por grupo de edad respecto a total de fallecidos por MC. Comparación de proporciones (prueba Z) según listado, sexo y periodo.

Resultados: La mortalidad en menores de 20 años ha disminuido (en 2006-12 la TMN fue 2,2 por 1.000 nacidos vivos, TMP:1,2, TMI:3,5 y en 1-19 años de 13,6 por 100.000 habitantes y en 1999-2005, 2,4; 1,4; 3,8 y 20,1) y en todos los grupos de edad fue superior en hombres (en 1999-2012: TMI 4,0 vs 3,3 en mujeres y en 1-19 años: 20,1 vs 13,0). El porcentaje de fallecidos neonatales por MC respecto a total de esa edad fue 24,3%, de 1-12 meses 39,6%, de 1-19 años 6,5% con el listado de Estrategia; 6,1%, 14,8% y 2,5% con el de Hains-Devins; y 24,1%, 37,0% y 6,5% con Spain-RDR ($p < 0,001$ entre listado Estrategia y Spain-RDR respecto a Hains-Devins). Sólo hay diferencias por sexo de 1-19 años (9,2% en mujeres y 4,9% en hombres, $p < 0,001$). El 68% de fallecidos por MC se producen en menores de 20 años según listado de Estrategia, 71% según Hains-Devins y 68% según Spain-RDR, sin diferencias significativas según listado ni sexo.

Conclusiones/Recomendaciones: Respecto al listado de Hains-Devins el listado de la Estrategia aporta un mayor número de muertes por MC en menores de 20 años y sin disminuir el porcentaje de fallecidos por MC en menores de 20 años. Los resultados con el listado de Spain-RDR son similares a los de Estrategia por lo que SIERMA (sistema de información de enfermedades raras de la CM) puede aportar datos complementarios en la planificación de la atención paliativa pediátrica en la CM.

99. ENFERMEDAD DE BUERGER, REGISTRO POBLACIONAL DE ENFERMEDADES RARAS DE LAS ILLES BALEARS

M.C. Caffaro Rovira, A.G. Galmés Truyols

Registro Poblacional de Enfermedades Raras de las Islas Baleares, Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Participación, Illes Balears.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad de Buerger o tromboangiitis obliterante es una enfermedad segmentaria, inflamatoria, oclusiva, no aterosclerótica que compromete las arterias de mediano y pequeño calibre, de las extremidades inferiores y superiores y puede llegar a una isquemia crítica de la extremidad (dolor en reposo, úlceras y gangrena digital) pudiendo llevar a la amputación. Es de causa desconocida, y afecta predominantemente a varones jóvenes fumadores. En Europa occidental se estima una prevalencia entre el 0,5% al 5,6%. El registro poblacional de Enfermedades Raras de las Illes Balears (RDR-IB) se nutre principalmente del conjunto mínimo de datos de altas hospitalarias (CMBD) código enfermedad de Buerger 443.1 y del registro de la mortalidad (RM) código I73.1. El objetivo de este estudio es describir los pacientes con Enfermedad de Buerger en el RDR-IB, el consumo de tabaco, su evolución y estimar la prevalencia en las Illes Balears.

Métodos: Análisis descriptivo y de prevalencia aproximada de los casos de Buerger detectados por el RDR-IB en el periodo 2010-2013 y residentes en las Illes Balears. Para el análisis de la prevalencia se ha

utilizado la población del año 2011. Se han revisado las historias clínicas de los casos con la finalidad de validarlos y conocer si han sufrido amputación.

Resultados: Los registros de Buerger fueron 26. El 96% procedente del CMBD. Tras la revisión de las historias clínicas se confirmaron 20 casos (77%), el resto son casos relacionados con otras patologías vasculares. El 80% son hombres (16). La mediana de edad de 53 años (79-30) y de los 18 casos con fecha de diagnóstico, la mediana de edad al diagnóstico 42 años (22-59). El 85% (17) han fumado en algún momento de su vida, 3 de ellos son exfumadores. El 40% de los casos (8) han sufrido amputación de algún miembro, la más frecuente, la amputación infracondilia (5 casos), seguida por 3 casos con amputación de al menos 1 dedo del pie. La prevalencia estimada en las Illes Balears es 0,18 por 10.000 habitantes, en hombres 0,29 y en mujeres 0,07.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados de la validación diagnóstica permiten concluir que el RDR-IB presenta una especificidad media. El CMBD es una buena fuente para detectar los casos más graves de la enfermedad de Buerger. Hay que disponer de otras fuentes de información que nos permitan registrar los casos menos graves de la enfermedad. El consumo de tabaco se presenta en la mayor parte de los casos, confirmando su efecto causal. La prevalencia estimada a partir de los datos del RDR-IB nos sitúa en zona de bajo riesgo, aunque la incorporación de fuentes extrahospitalarias probablemente aumente esta estimación.

64. MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DE HUNTINGTON EN EUROPA

G. Arias Merino, G. Sánchez Díaz, M. Hens, A. Villaverde Hueso, I. Abaitua, M. Posada, V. Alonso

Instituto de Investigación de Enfermedades Raras; CIBERER.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad de Huntington (EH) es un trastorno de base genética de herencia autosómica dominante, por lo que es fundamental el consejo genético apropiado. En Europa se han adoptado diferentes estrategias para abordar esta enfermedad. El objetivo de este estudio es conocer la distribución geográfica de la mortalidad por EH y analizar las tendencias en cada país europeo.

Métodos: Las defunciones por EH según edad y sexo se han extraído de la base de datos de la WHO/Europe. El código correspondiente a EH es el G10 (CIE-10). Se han calculado las tasas brutas, tasas específicas por edad y tasas ajustadas por edad (TAE) para 2005-2010, y posteriormente se han representado en mapas mediante el Software ArcGIS. El análisis de tendencias y puntos de cambio se ha realizado mediante regresión Jointpoint, según las defunciones registradas durante el periodo 1994-2014.

Resultados: En Europa se identificaron 6.650 defunciones cuya causa fue EH (51% mujeres y 49% hombres) durante 2005-2010. Las defunciones por grupo de edad incrementan a partir de los 30 años hasta tener su máximo pico entre los 55 y 69 años, y a partir de los 70 años disminuyen. La TAE global por EH en los 33 países estudiados es $0,180 \times 100.000$ habitantes (IC 0,165, 0,197), y es mayor en hombres 0,190 (0,166, 0,213) que en mujeres 0,172 (0,151, 0,193). En el análisis por países, destaca Malta con TAE de $1,534 \times 100.000$ habitantes (IC 0,104, 2,964) muy por encima del promedio europeo y Montenegro que nunca ha notificado defunciones. Presentan tendencia ascendente de mortalidad por EH: Luxemburgo, Eslovaquia, Rumania, Croacia, Republica Checa, Austria, Polonia, Alemania, Suiza y España; en el resto de países las tasas son estables. En cuanto a la distribución geográfica de la mortalidad por EH, se aprecia que la mayoría de países que conforman las regiones de Europa occidental, islas británicas y países nórdicos presentan tasas mayores y estables, mientras que los países de Europa oriental y mediterráneo presentan tasas más bajas y con tendencia ascendentes, a excepción de Malta.

Conclusiones/Recomendaciones: Las tendencias son muy variables en cada país, sin embargo se puede apreciar estabilización de la mortalidad en los países con mayor mortalidad, probablemente debido a que estos países al contar con prevalencia altas han planteado estrategias en el manejo de la EH hace ya varias décadas. Por otra parte, los países con tasas de mortalidad baja y en aumento podrían relacionarse con un incremento en prevalencia como consecuencia del comportamiento la misma enfermedad o mejoras en el diagnóstico. Nuevos estudios de prevalencia e incidencia, además de mejora y homogenización de los datos de mortalidad, permitirán profundizar en la epidemiología de la EH.

Financiación: TPY 1238/15 y FInCYT.

SESIÓN DE PÓSTERS

CP17. Vigilancia epidemiológica (IV)

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 11:00 a 13:30 h

Pantalla 1

Moderador: José Luis Gurucelain Raposo

39. ASOCIACIÓN ENTRE DIABETES Y TUBERCULOSIS: ESTUDIO CASO CONTROL

D. Valencia, R. Terán, R. Pérez

Hospital Carlos Andrade Marín; Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Universidad Autónoma de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Cerca de un tercio de la población mundial está infectada por el *Mycobacterium tuberculosis* y aproximadamente el 10% de ellos está en riesgo de desarrollar la forma activa de la enfermedad, y a su vez, asociada frecuentemente con estados de inmunodepresión tales como VIH, diabetes, alcoholismo, desnutrición, entre otros. La diabetes mellitus (DM) representa una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial, cuya prevalencia ha ido en aumento en países no industrializados, debido entre otras cosas a los cambios en estilos de vida y condición socioeconómica. La relación entre estas dos enfermedades ha sido evaluada anteriormente, además se ha postulado que la presencia conjunta empeora el manejo y tratamiento de ambas patologías. Sin embargo, en el Ecuador esta asociación no ha sido suficientemente estudiada. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre estas dos entidades nosológicas en la ciudad de Quito, Ecuador.

Métodos: Estudio caso-control en sujetos mayores de 16 años que acuden a los centros de atención primaria del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Quito en el año 2014-2015. Se definieron como casos a los sujetos con diagnóstico de tuberculosis (Tb) obtenidos mediante baciloscopia, cultivo, criterios radiológicos y/o clínicos que recibían tratamiento directamente observado (DOTS) en las unidades de salud. Además, se incluyeron los pacientes hospitalizados con diagnóstico reciente de Tb, co-infección Tb-VIH y tuberculosis multi-drogo-resistente (Tb-MDR). Reclutando finalmente 106 casos. Para cada caso se asignó un control de la población de sujetos con sintomatología respiratoria (tos durante 15 días) que dieron negativo para la baciloscopia en esputo obteniendo 97 casos. La DM se determinó según los criterios de la Asociación Americana de Diabetes, glucosa en ayunas = 126 mg/dl, glucosa posterior a una carga oral de 75 g de glucosa = 200, hemoglobina glicosilada = 6.5%. Las asociaciones se re-

sumieron con OR y su intervalo de confianza del 95% (IC) obtenidas a través de regresión logística ajustada por sus principales variables confusoras.

Resultados: Se detectó la presencia de DM en 39 sujetos (19,2%) en el total de la población estudiada, 25 sujetos (64%) correspondieron al grupo de casos. Los sujetos con DM tuvieron mayor riesgo de desarrollar TB que los sujetos no diabéticos (OR: 2,75; IC95%: 1,21 a 6,27); los sujetos diabéticos también tuvieron mayor riesgo de desarrollar TB-MDR con un (OR: 5,08; IC95%: 1,01 a 25,45). Así mismo, los sujetos con prediabetes arrojaron resultados similares.

Conclusiones/Recomendaciones: Los sujetos con DM tienen mayor riesgo de desarrollar TB, este incremento de riesgo es mayor en sujetos con TB-MDR.

565. ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO DE LOS CONTACTOS DE TUBERCULOSIS NO ASOCIADOS A BROTES QUE DESARROLLARON LA ENFERMEDAD DURANTE EL PERIODO 2005-2014 EN EL DISTRITO DE SALUD PÚBLICA DE VALENCIA

R. Ferrer, A. Míguez, J. Bayo, K. Villatoro, M. Melero, A. Salazar
CHGUV; Sección Epidemiológica CSP Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los elementos esenciales en el control de la transmisión de la Tuberculosis es el estudio y manejo de contactos de los casos de tuberculosis (TBC). Las bases de datos disponibles en el sistema de notificación EDO aportan información que puede ayudar a conocer mejor las condiciones en las que puede darse la transmisión y el comportamiento de la enfermedad en países de baja prevalencia.

Métodos: Se estudiaron 16.724 contactos mediante una cohorte retrospectiva de 2004-2014 a partir de los datos recuperados de las encuestas de TBC con seguimiento virtual mediante coincidencia a partir de número SIP con las 3020 encuestas de tuberculosis (TBC) recuperadas y notificadas entre la semana 1 de 2005 y la semana 53 de 2014. El ámbito geográfico, de predominio urbano y superior a un millón de habitantes, representa más del 50% del total de casos declarados de TBC de la Comunidad Valenciana. Se depuraron duplicidades, los errores diagnósticos y las sospechas no confirmadas. También se analizaron las encuestas de casos confirmados, autóctonos y no asociados a brotes del periodo 2005-2014 con casilla de antecedentes de contacto previo con enfermos.

Resultados: Un total de 11 contactos con latencia > 12 meses desarrollaron la enfermedad con confirmación microbiológica en el periodo 2005-2014 (6 mujeres y 5 hombres de nacionalidad española con un rango de edad entre 15 y 69 años). El 100% tuvo contacto con enfermo de TBC con baciloscopia positiva, todos de nacionalidad española. Ocho encuestas reflejaban el contacto previo con enfermo TBC (4 de riesgo alto, 2 medio y otros 2 bajo), uno sin contacto previo y dos desconocido. Se les había indicado profilaxis a 4 de ellos de los que 2 la tomaron de forma completa. Asimismo, de los 1490 casos de TBC analizados en el periodo 2005-2014, 177 encuestas reflejaban haber tenido contacto previo con enfermo de TBC: 82 mujeres y 95 hombres, 114 casos de nacionalidad española y 63 extranjeros y edad media de 39,2 años. La probabilidad de identificación previa fue del 4,52% IC95% (4,184-4,836%).

Conclusiones/Recomendaciones: Es importante investigar el comportamiento de la TBC en nuestro entorno de prevalencia baja y mejorar el seguimiento de los contactos de casos con baciloscopia positiva, también en casos autóctonos de nacionalidad española. Una revisión más detallada de los datos existentes de contactos que enfermaron y la comparación con aquellos que no desarrollaron la enfermedad pueden aportar datos para mejorar las estrategias de vigilancia y control de la TBC, con intervenciones más específicas según las características del caso y de los contactos.

957. ESTANCIAS HOSPITALARIAS EN TUBERCULOSIS

M. Forcada, E. Briones, R. Sillero, C. Carral

Hospital Virgen del Rocío; Distrito Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha producido un descenso en la incidencia de tuberculosis (TB) en España manteniéndose un patrón desigual con mayor incidencia en zonas urbanas de menor nivel socioeconómico. En la ciudad de Sevilla, uno de los problemas identificados es la disponibilidad de recursos para el seguimiento de pacientes complejos y la poca información sobre las características de las hospitalizaciones en estos colectivos y los factores clínicos y sociales que las determinan. Nos planteamos describir las características de los casos hospitalizados por tuberculosis pertenecientes al Distrito Sevilla en el periodo 2010-2015 y evaluar los factores asociados a estancias prolongadas.

Métodos: La población de estudio fueron casos de TB declarados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (RedAlerta) residentes en Sevilla en el periodo 2010-2015, mayores de 14 años, con estancia de al menos un día en los HH. Virgen del Rocío y Virgen Macarena. Se estudiaron variables sociodemográficas, clínicas y de hospitalización.

Resultados: Se identificaron 299 casos, el 90,6% hospitalizados en Medicina Interna/E. Infecciosas. El 70,6% eran hombres y la edad media de 44,8 años, siendo un 22% nacidos fuera de España. En el 70% de los casos la localización fue pulmonar, el 88% casos iniciales y el 53,2% fueron bacilíferos con un 89,3% de cultivos positivos. En el 9% se encontró alguna resistencia, más frecuente a isoniacida o estreptomicina y sólo un caso multirresistente. El 55,5% presentó uno o más factores de riesgo, los más frecuentes VIH/SIDA y alcoholismo, y una mortalidad del 12,4%. Casi el 50% de los casos proceden de los 5 barrios más desfavorecidos de la ciudad, encontrándose una tasa de casos hospitalizados 20,4 veces mayor a la de los casos procedentes de barrios con menor incidencia. La estancia media fue de 16,65 días y la mediana de 13 días, según una distribución asimétrica hacia las estancias prolongadas, de la que 83 casos tuvieron estancias superiores a 20 días (27,8%). Los casos que presentan alguna situación especial o de riesgo tienen una mayor probabilidad de estancia prolongada (OR: 1,59, IC [0,89; 2,82]), así como los mayores de 55 años (OR: 1,98, IC [1,14; 3,46]). No hay diferencias relevantes en el resto de variables estudiadas.

Conclusiones/Recomendaciones: Los pacientes con TB hospitalizados presentan características concordantes con los datos aportados por otros estudios, con una mayor tasa de incidencia de TB y de hospitalización en las zonas de la ciudad con peores condiciones socioeconómicas. Existe un grupo de pacientes con estancias de mayor duración que presentan mayor edad y factores de riesgo social. La prolongación de la hospitalización en unidades de enfermedades infecciosas en estos casos, plantea la necesidad de contar con recursos sociosanitarios diferenciados para la gestión de los mismos al alta.

912. DETERMINANTES SOCIAIS DA TUBERCULOSE EM NÍVEL LOCAL: UMA ANÁLISE EM ÁREA ENDÊMICA, RJ, BRASIL

A. San Pedro, G. Gibson dos Santos, R. Magalhães de Oliveira, R. Souza Santos, P. Chagastelles Sabroza

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

Antecedentes/Objetivos: A precariedade das condições de vida associada ao processo de produção da tuberculose vem ressaltando um profundo nível de iniquidade social em saúde, no qual se destaca o aprofundamento das desigualdades socioeconômicas, sobretudo, em áreas sob intenso pressão de transformação do espaço urbano. Objetivo: analisar a relação entre ocorrência de tuberculose e a evo-

lução de indicadores socioeconômicos em uma área endêmica sob importante processo de transformação do espaço urbano, no período de 2000 a 2011.

Métodos: Estudo ecológico, cujas unidades territoriais de análise foram os 77 bairros do município de Itaboraí, Estado do Rio de Janeiro. O município vem experimentando importante pressão de transformação de seu espaço urbano decorrente do processo de implantação do maior complexo industrial petroquímico da América Latina. Os dados foram analisados através de modelos lineares generalizados.

Resultados: No período de 2000 a 2011 foi verificada associação estatisticamente significativa e direta entre a incidência de tuberculose e o incremento dos indicadores densidade de população e desigualdade de distribuição de renda (índice de Theil) e densidade intradomiciliar.

Conclusiones/Recomendaciones: Os achados sugerem que o desenvolvimento econômico observado na área de estudo veio acompanhado de uma ampliação das desigualdades socioeconômicas, resultando em formas diferenciadas de exposição e adoecimento pela tuberculose, vinculadas à organização do espaço urbano. De maneira geral, a presença de um contingente populacional em situação de vulnerabilidade socioeconômica à tuberculose desvinculada de políticas que busquem eliminar as iniquidades sociais restringirá a resolutividade do problema para os programas locais de controle da doença. Nesta perspectiva, na busca pela redução da carga social da tuberculose é premente o fortalecimento da capacidade analítica dos programas de controle locais quanto à situação epidemiológica e distribuição espacial da doença nos grupos populacionais mais vulneráveis, assim como a proposição e implementação de políticas intersetoriais que busquem melhorias nas condições de vida e acesso aos serviços de saúde.

901. ESTIGMA HACIA LA TUBERCULOSIS: EVALUACIÓN RASCH DE UN INSTRUMENTO PARA SU MEDICIÓN

L.D. Upegui, L.C. Orozco

Universidad Industrial de Santander.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema en salud pública con alta carga de la enfermedad, principalmente en países de medianos y bajos ingresos. Existen factores que limitan su adecuado control como el diagnóstico inoportuno y la no adherencia al tratamiento. La magnitud del efecto del estigma en el control de la TBC es desconocida o quizás subestimada porque no hay instrumentos válidos para cuantificar y medir este fenómeno, lo que dificulta la exploración de sus efectos en escenarios endémicos de la enfermedad. El presente estudio tuvo como objetivo validar un instrumento para medir el estigma hacia la TBC aplicando la metodología Rasch.

Métodos: Estudio de corte transversal. El análisis Rasch se basó en los aspectos sugeridos por Messick y conceptualizados por Wolfe y Smith; se empleó el modelo dicotómico, donde se evaluaron los estimados de ajuste Infit y Outfit, coherencia en la medida, índices de separación y confiabilidad, invarianza, unidimensionalidad y relación persona-ítem.

Resultados: Fueron entrevistados 250 individuos, 195 sin TBC y 55 con TBC. Se evaluaron 35 ítems, de los que 10 fueron excluidos por presentar desajustes y funcionamiento diferencial del ítem. Se obtuvieron 25 ítems válidos con ajustes apropiados entre 0,5 y 1,5, correlación > 0,3, porcentaje de coherencia > 40% e invarianza en la medición de importantes variables exógenas. El índice de separación en ítems fue de 6,5 y confiabilidad de 0,98. En las personas fue de 1,51 y 0,69 respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: Se obtuvo un instrumento válido con medición unidimensional del estigma hacia la TBC, soportado en las propiedades del análisis Rasch. La generalización de este ins-

trumento en diferentes contextos deberá realizarse usando la metodología Rasch, con el fin de garantizar en gran medida la validación del mismo en la población de interés.

881. TUBERCULOSE EM PESSOAS QUE VIVEM NAS RUAS: RESULTADOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

F.T. Elias, A.E. Pereira, J.M. Girardi, L.G. Gallo, E.T. Silva, D.C. Rodrigues, E.N. Silva, W.N. Araújo

Fundação Oswaldo Cruz; Universidade de Brasília.

Antecedentes/Objetivos: A tuberculose na população vivendo em situação de rua reforça a desigualdade em muitos países em desenvolvimento, como no Brasil. O objetivo da investigação foi analisar resultados da atenção básica em município de alta prevalência no Brasil.

Métodos: Estudo descritivo com base na análise de dados do sistema de notificação de agravos do município de São Paulo no ano 2014. Seleção de variável população sem residência para fins de identificação da população em situação de rua. Seleção da população atendida pelas equipes de consultórios na rua, estratégia adotada na atenção básica. Descrição de características da população e de desfechos em saúde. Foi realizado imputação de dados considerando a variável teste de sensibilidade, onde 6% dos casos foram classificados com TB resistente, por aleatorização simples.

Resultados: Dos 204 casos de adultos em situação de rua com TB sensível atendidos em 2014, 77,5% foram casos novos, 22,1% retatamento. A detecção por demanda ambulatorial foi de 52,1%. Em termos de estrutura diagnóstica, 55,4% realizaram radiografias de tórax, 97,0% baciloscopia de escarro e 7,8% Teste Molecular GeneXpert. O exame de cultura no diagnóstico foi realizado em 90,1% dos casos, atingindo padrão de qualidade preconizado para população em situação de rua. Esse padrão não se manteve quando nas baciloscopias de acompanhamento, reduzidas a 18% dos casos no primeiro mês de tratamento. A Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (TDO) ocorreu em 170 (95%) casos. As causas sociais representaram 18,9% das internações. Do total de casos 58,5% obtiveram cura e 68,5% abandono após os dois primeiros meses de tratamento.

Conclusiones/Recomendaciones: A taxa de abandono é menor que a esperada para essa população no Brasil (80%). Quando somada à qualidade de exames de acompanhamento, pode ser preocupante quanto ao desenvolvimento de multiresistência. Espera-se que a estratégia de consultório na rua, recém implantada no Brasil, possa melhorar os cuidados e os desfechos de saúde das populações vulneráveis.

Financiación: Ministério da Saúde do Brasil.

960. IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LOS ANIMALES Y SU ENTORNO PARA LA SALUD. A PROPÓSITO DE UN BROTE DE TIÑA CORPORIS

D. Almagro López, D. Cárdenas Fernández, C. Almagro López, D. Almagro Nievas, M.A. Onieva García

Distrito Metropolitano de Granada.

Antecedentes/Objetivos: La tiña es una infección de la piel causada por un hongo que puede afectar el cuero cabelludo, la piel, los dedos, las uñas de los pies o los pies. La transmisión de estos agentes fúngicos puede ocurrir por contacto directo piel a piel con personas o mascotas (gatos, conejos...) infectadas o bien, en forma indirecta, a través del contacto con elementos como máquinas para cortar el cabello, cabello de personas infectadas, duchas o pisos de duchas. A las 12 horas del 28 de octubre 2015, se comunica a epidemiología por parte

de una afectada la existencia de varios casos de tiña relacionados con gatos en domicilio. El objetivo de este estudio es describir el brote y las medidas preventivas que se tomaron para su control.

Métodos: Tipo de estudio epidemiológico: descriptivo y ambiental. Emplazamiento: Convivientes y contactos desde el 24 de junio de 2015. Población total expuesta: De 13 personas adultos enfermaron 9. Se realizó encuesta sobre la dermatofitosis por vía "on line". Intervenciones: En la encuesta epidemiológica se recogiendo variables de persona, lugar y tiempo con búsqueda de información en DIRAYA (historia clínica digital). Se realizó seguimiento de los gatos y propuesta de las medidas higiénico sanitarias ambientales. Se informó por escrito a todos.

Resultados: El número de enfermos encontrados fueron de 3 que si se vieron por sus médicos de familia y 6 que se aplicaron los tratamientos, del total de 13 convivientes/contactos. 2 chicas vivían en domicilio y en contacto con dos gatos y el resto pasó por la casa. Los dos gatos presentes, uno había sido diagnosticado de tiña por un veterinario y tuvo tratamiento. Los gatos campaban a sus anchas por toda la casa. No se recomendó actuación ambiental. Los tres casos habían sido diagnosticados y tratados por tres médicos de familia distintos. En todos se recogió los antecedentes de varios casos en amigas y amigos, pero no hubo actuación preventiva ni comunicación a epidemiología. La tiña no es una EDO. Se solicitó estudio fotográfico y se confirmó por dermatólogo y no por laboratorio.

Conclusiones/Recomendaciones: Se produjo un brote de tiña corporis sin confirmación por laboratorio desde junio a octubre 2015. Es probable que la transmisión fuese por los gatos directamente o través de los fómites de la casa, incluida la ducha. Se recomienda la comunicación a epidemiología de los clúster e incluir todas las medidas preventivas para la población en las enfermedades de animales, sean o no zoonosis.

138. ESTUDIO DE PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN DEL PATRÓN DE SENSIBILIDAD ANTIBACTERIANA EN AISLAMIENTOS DE *CAMPYLOBACTER SPP* EN EL ÁREA SANITARIA SERRANÍA DE MÁLAGA

C.R. Lebrun Bougrat, M.J. Gutiérrez Fernández, J. Castro Rodríguez

AGS Serranía de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: *Campylobacter spp.* es una bacteria gramnegativa ubicua causante de zoonosis. Unos de los problemas concernientes al tratamiento es la alta tasa de resistencia a quinolonas por su uso indiscriminado en la ganadería. A través del siguiente trabajo pretendemos dar a conocer la frecuencia de los aislamientos de *Campylobacter spp.* en la población pediátrica de nuestro medio, así como en la adulta, el origen de los mismos (intra-extrahospitalario) y el patrón de sensibilidad a lo largo de un periodo de 14 años.

Métodos: Estudiamos un total de 1.632 cepas de *Campylobacter spp.* en el periodo comprendido de enero 2002 y noviembre de 2015, procedentes de muestras de heces de población infantil (menor de 14 años) y atendidos por clínica gastrointestinal en Urgencias, Atención primaria y Hospitalización de un Área Sanitaria de primer nivel. Las muestras fueron procesadas siguiendo protocolo microbiológico. Los aislamientos fueron divididos según procedencia, intra y extrahospitalario. Los antibióticos testados (método difusión placa) fueron: amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacino, eritromicina y gentamicina.

Resultados: Número de aislamientos (n) correspondientes a *Campylobacter spp.*: n = 1.785 (61,3%). Años más significativos: 2002 (n = 58); 2003 (n = 124); 2005 (n = 106). 2006 (n = 57), 2012: (n = 146) y 2013 (n = 233). Sensibilidad intrahospitalaria: 67,40% amoxicilina/clavulánico; 21,50% ciprofloxacino; 62,07% eritromicina y 62% gentamicina, no difiriendo de forma significativa de las muestras extrahospitalarias.

Conclusiones/Recomendaciones: 1. *Campylobacter spp.* fue el germen gastrointestinal más representativo en nuestra área sanitaria, por delante de rotavirus, con 1.785 aislamientos (61,3%). 72,5 población pediátrica. 2. No encontramos diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los aislamientos de origen intra y extrahospitalarios en el primer periodo del estudio, en relación a la sensibilidad antibacteriana. Sin embargo sí para el segundo periodo, en particular para ciprofloxacino (96,56% versus 24,14%). 3. La resistencia encontrada para macrólidos, tratamiento de primera línea en población pediátrica fue baja (12,7%). Sin embargo destaca el patrón de resistencia a ciprofloxacino (82,7%) concordante con la literatura encontrada en España. 4. Se impone la necesidad de controlar dicha resistencia mediante el establecimiento de protocolos de seguimiento.

139. RESISTENCIA BACTERIANA EN AISLAMIENTOS RESPIRATORIOS DE POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN EL ÁREA SANITARIA SERRANÍA DE MÁLAGA

C.R. Lebrun Bougrat, M.J. Gutiérrez Fernández, J. Castro Rodríguez

AGS Serranía de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: El 90% de los antibióticos se prescriben en Atención Primaria y los servicios de urgencias, principalmente para tratar infecciones del tracto respiratorio (60%). Las infecciones por bacterias resistentes se asocian a una mayor morbimortalidad e incrementan el gasto sanitario. Deseamos conocer la sensibilidad antibiótica de los patógenos implicados en el desarrollo de infecciones respiratorias (faringoamigdalitis, otitis media aguda, sinusitis, traqueítis y neumonías), en la población pediátrica del AGS Serranía de Málaga.

Métodos: Analizamos un total de 327 cepas procedentes de pacientes menores de 14 años atendidos en AP y Hospital de origen respiratorio (esputos, exudados faríngeos y nasofaríngeos, hemocultivos) durante un periodo de 5 años. Se realizó identificación bacteriana por técnicas microbiológicas y sensibilidad antibiótica siguiendo las recomendaciones de los organismos EUCAST y CLSI. No incluimos el estudio de bacterias con diagnóstico serológico (*M. pneumoniae* y *C. pneumoniae*).

Resultados: 1. *S. pyogenes*: No encontramos cambios en la sensibilidad antibiótica frente a penicilina, amoxicilina y cefalosporinas. La resistencia a macrólidos disminuyó alrededor de 15% probablemente por un menor consumo. 2. *S. pneumoniae*: La sensibilidad disminuida a penicilina se tradujo en sensibilidad intermedia y menos del 10% son de alta. Los aislamientos resistentes a macrólidos han disminuido hasta un 20%. 3. *Haemophilus influenzae*: un tercio de cepas fueron resistentes a ampicilina y amoxicilina por producción de beta-lactamasa. Dentro de las cefalosporinas las más activas fueron cefixima, cefpodoxima y ceftibuteno, aunque en nuestra área su prescripción fue baja. Amoxicilina-ácido clavulánico y cefuroxima siguen siendo los antibióticos con CMI más bajas y por tanto los más utilizados. Entre los macrólidos, azitromicina y claritromicina fueron los de mejor actividad. 4. *Moraxella catarrhalis*: más del 90% de aislamientos son productores de beta-lactamasas y resistentes a ampicilina y amoxicilina. *M. catarrhalis* es uniformemente sensible a amoxicilina-clavulánico, cefalosporinas (cefuroxima, cefaclor, cefixima) y macrólidos.

Conclusiones/Recomendaciones: Nuestro patrón de sensibilidad frente a los patógenos respiratorios se asemeja a los encontrados en la literatura. La utilización adecuada de antibióticos reduce la morbimortalidad por infecciones bacterianas. El uso inadecuado es causa de fracaso terapéutico, incrementa los costes y favorece la inducción de resistencias. Todo lo expuesto pone de manifiesto la necesidad de conocer el perfil de resistencia de los patógenos encontrados en nuestra área de trabajo así como el de seguir las recomendaciones y pautas establecidas en las guías clínicas.

193. ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN POBLACIÓN EXTRANJERA DE CASTELLÓN

A.M. Vizcaíno Batllés, A. Arnedo Pena, J.B. Bellido Blasco, M.A. Romeu García, N. Meseguer Ferrer, I. Vivas Fornas

Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Castellón.

Antecedentes/Objetivos: En España en los últimos 10 años, la población extranjera ha aumentado hasta un 11%, alcanzando el 16% en Castellón. El objetivo de este estudio es conocer y analizar la incidencia de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria (EDOs) en población extranjera de los departamentos de salud Castellón y la Plana, con el fin de poder determinar las prioridades preventivas y asistenciales necesarias.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de la incidencia de EDOs en población extranjera en los departamentos de salud correspondientes al Centro de Salud Pública de Castellón, de 2005 a 2014. Los datos poblacionales se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística. Identificación de casos confirmados por laboratorio en población extranjera registrados en el sistema de Análisis de Vigilancia Epidemiológica (AVE) de la Comunidad Valenciana (excluimos casos importados y extracomunitarios). Análisis de incidencia, tasa y evolución temporal por enfermedades. Comparación de tasas estandarizadas por edad con población autóctona, mediante regresión de Poisson y binomial negativa, según características de cada enfermedad, con estimación del riesgo relativo (RR).

Resultados: El 57% de la población extranjera proviene de países de Europa Oriental (Rumania). Se identificaron 2.467 casos confirmados de EDOs en el período de 2005 a 2014, el 19% correspondía a personas extranjeras. Las tasas por 100.000 habitantes con diferencia significativa para extranjeros y autóctonos fueron: tuberculosis (26,8 y 8,0 RR = 2,6), sífilis (6,8 y 3,5 RR = 1,9), infección gonocócica (6,9 y 3,2 RR = 2,2) y VIH (10,0 y 4,4 RR = 2,3). La tendencia de tasas anuales fue decreciente para tuberculosis y creciente en sífilis e infección gonocócica, aumentando entre 4 y 5 veces. Se aprecia un riesgo aumentado y significativo ($p < 0,001$) para tuberculosis en población procedente de países de Europa Oriental (RR = 4,1), para sífilis e infección gonocócica en procedentes de países sudamericanos (RR = 6,0 y 6,8) y para VIH en procedentes de países africanos (RR = 9,7).

Conclusiones/Recomendaciones: Los datos del estudio muestran mayor incidencia de determinadas EDOs para la población extranjera de Castellón. Consideramos conveniente una mayor aproximación a la comunidad extranjera, profundizar en posibles factores de riesgo, sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios así como diseñar medidas de promoción y protección de la salud orientadas a este sector de la población.

349. IMPACTO DE LA REALIZACIÓN DE SESIONES INTERNIVELES EN LA DETECCIÓN Y DERIVACIÓN DE LA HEPATITIS B

M.A. Otero Fernández, R. Llorca Fernández, M. Vargas Pérez, J. Vargas Romero, M. Romero Gómez

Cartera de Servicios, Servicio Andaluz de Salud; UGC Aparato Digestivo Hospital Universitario Valme; UGC Pediatría CHU Granada; UGC Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas Hospital Universitario Valme; Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: Conocer el impacto de la realización de sesiones interniveles entre atención primaria y atención hospitalaria en hepatitis B sobre la tasa de detección de hepatitis B, la tasa de derivación y la tasa de derivación efectiva.

Métodos: Se incluyeron los 26 centros de salud o consultorios del área del Hospital Universitario de Valme, se realizaron sesiones inter-

niveles de hepatitis B en 14 centros y no participaron 12 de ellos. Las sesiones consistieron en una discusión de 45 minutos sobre hepatitis B durante la formación continuada en los centros de salud. Se analizó la tasa de detección de casos de AgHBs por población atendida y año, la tasa de derivación y la tasa de derivación efectiva. Se realizó análisis univariante y multivariante de los factores que influyeron en la tasa de detección, derivación y derivación efectiva mediante regresión logística.

Resultados: Entre 2008 y 2012 se solicitaron 32.203 serologías y resultaron positivas en 283 casos (0,87%); en centros sin participación ($n = 29$; 0,6%), en centros con una sesión ($n = 120$; 0,78%) y con dos o más sesiones ($n = 134$; 1,07%); $p < 0,001$. La tasa de AgHBs positivo por 100.000 hab/año fue de 7,1; 16,9; 21,3 respectivamente. Los factores que influyeron en la tasa de derivación fueron la adicción activa y la existencia de datos de hepatopatía crónica. Las sesiones interniveles fueron la variable independiente de predicción de derivación efectiva (OR 1,93; IC95%: 1.002-3.699); $p = 0,049$. El perfil del paciente con AgHBs positivo es varón de edad entre 45 y 60 años, AgHBe negativo y con datos de enfermedad hepática con indicación de tratamiento en una cuarta parte de los pacientes. Se indicó tratamiento en el 60% de los casos con datos sugestivos de enfermedad hepática y replicación viral significativa.

Conclusiones/Recomendaciones: Las sesiones interniveles de hepatitis B mejoran la tasa de detección de casos y la tasa de derivación efectiva. La implementación de este tipo de sesiones podría redundar en mejores resultados en salud.

785. DECLARACIÓN DE EDOS EN ANDALUCÍA: APLICACIÓN REDALERTA

G. Conejo Carrasco, M.C. Montaña Remacha, J.C. Fernández Merino, F.J. Guillén Enríquez, M.V. Gallardo García, E. Rodríguez Romero, E. Pérez Morilla, E. Durán Pla

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, Consejería de Salud de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La gestión e investigación de las declaraciones de EDOs por parte de los profesionales del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) se hace a través de una aplicación informática llamada RedAlerta. Recientemente se ha introducido una nueva aplicación (2015) cuya descripción es objeto de esta comunicación que sustituye a la anterior que llevaba en funcionamiento 12 años.

Métodos: Descripción de la aplicación informática RedAlerta, cuyos usuarios son preventivistas hospitalarios y epidemiólogos de Atención Primaria (nivel local), Delegaciones Territoriales de Salud (nivel provincial) y Consejería de Salud (nivel central).

Resultados: RedAlerta se utiliza para la grabación de eventos, la actualización de información y de la documentación adjunta, la búsqueda de eventos, la comunicación entre las diferentes unidades y la explotación y exportación de datos. Además la nueva aplicación tiene integrada la gestión y funcionamiento de las guardias. El acceso a RedAlerta se realiza desde la red corporativa por usuarios registrados en la misma. Tiene una estructura de datos común y una estructura variable para cada categoría o grupo de ellas (por ejemplo vacunables). Cada evento está asociado a una o más áreas de trabajo (Alimentaria, Medicamentos/Productos Sanitarios, Salud Laboral, Sanidad Ambiental, Vigilancia Epidemiológica) y según ello se otorga la visibilidad. Distintos niveles de integración con otros sistemas (BDU, SIVSA, CDAU). Importa declaraciones electrónicas de EDO de Atención Primaria - Georreferenciación automática. Se pueden incorporar documentos variables (informes, imágenes). Integra grabación de datos y comunicación. Cuando se graba un registro, se comunica a los implicados en la misma, por la propia aplicación, por correo electrónico o por mensajes a móvil en función de las actua-

ciones, del horario y de la relación con el propio sistema. Permite exportar para otras aplicaciones u organismos. Explotación abierta, pudiendo realizar listados, distribuciones de frecuencia y tablas cruzadas sobre cualquier variable existente. El resultado se puede exportar en distintos formatos. En las fichas de cada evento se encuentran los protocolos de alerta epidemiológica y vigilancia epidemiológica del SVEA y las encuestas. Para mejorar la implantación de la nueva aplicación, esta aparenta ser como la anterior, pero internamente tiene muchas diferencias.

Conclusiones/Recomendaciones: A pesar de las dificultades de implantación de una aplicación que sustituye a otra bien implantada, el grado de satisfacción de los usuarios es bueno aunque todavía quedan ajustes tecnológicos debidos a la complejidad del sistema.

973. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE UM EVENTO DE MASSAS EM CONTEXTO URBANO, 2015-2016

N. Rodrigues, R. Mexia, L. Gonzaga, H. Andrade

Unidade de Saúde Pública Moinhos, ACES Oeste Sul; Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; Centro Hospitalar do Oeste.

Antecedentes/Objetivos: O Carnaval de Torres Vedras é o maior evento festivo da região Oeste de Portugal, com cerca de 300.000 participantes anuais num ambiente urbano. Os eventos que envolvem um elevado número de pessoas num determinado local, proporcionam desafios particulares à saúde pública e colocam sobre pressão os serviços de saúde. Um evento desta dimensão pode criar a conjuntura ideal para a propagação de doenças transmissíveis, ou surtos de doenças transmissíveis de gravidade variável pelo que nesse âmbito também se justifica a necessidade de planeamento e alocação de recursos.

Métodos: Foi implementado um sistema de vigilância sindrómica (SVIGCarnaval) que visou a detecção precoce de doenças ou ameaças para a saúde que exigissem uma intervenção imediata. O SVIGCarnaval funcionou entre os dias 13 e 18 de fevereiro de 2015 e entre os dias 5 e 10 de fevereiro de 2016, tendo sido feito um registo por cada atendimento efectuado no recinto do evento, no Centro de Saúde de Torres Vedras (CSTV) (apenas em 2015) e no Centro Hospitalar do Oeste (CHO) e aplicado um questionário, preenchido pelos profissionais de saúde desses locais incluindo dados sobre a demografia dos doentes (idade, sexo, concelho de residência) e sobre sinais e sintomas. Diariamente foi apresentado um relatório com a informação e análise do dia anterior às diversas entidades organizadoras. Antes do evento foram realizadas vistorias sanitárias aos estabelecimentos de restauração e bebidas amovíveis presentes no recinto incluindo medição de pH e cloro residual.

Resultados: Um total de 187 e 202 casos foram registados pelo SVIGCARNAL em 2015 e em 2016 respectivamente. Foram detectadas três casos de doenças transmissíveis (2 em 2015 e 1 em 2016) que suscitaram a investigação epidemiológica adequada tendo sido propostas e implementadas as medidas de controlo bem como feitas as notificações das doenças. Os casos mais frequentes foram no entanto as intoxicações agudas alcoólicas com 43,8% (2015) e 44,3% (2016) do total e os traumatismos não intencionais com 36,6% (2015) e 33,8% (2016). Os estabelecimentos de restauração e bebidas amovíveis existentes asseguraram condições mínimas de segurança alimentar no entanto em 55,6% (2015) e em 22,2% (2016) dos casos a água tinha cloro residual abaixo do valor recomendado para a água de consumo humano.

Conclusiones/Recomendaciones: Foi possível quantificar o impacto do Carnaval de Torres Vedras na saúde da população e nos serviços de saúde da região. Espera-se que este conhecimento possa facilitar o planeamento dos serviços de saúde. A vigilância sanitária, prévia ao evento, dos estabelecimentos de restauração e bebidas amovíveis diminui o número de situações de risco.

653. FORMACIÓN ON LINE DE PROFESIONALES SANITARIOS EN EL MARCO DEL PROGRAMA PIRASOA®

R. Valencia, R. Fernández-Urrusuno, E. Cordero-Matía, J. Rodríguez-Baño, P. Retamar, J. Molina, J. Praena, J.D. Alcántara, J.M. Cisneros, et al

Hospital Universitario Virgen del Rocío; DAP Aljarafe; Hospital Universitario Virgen Macarena.

Antecedentes/Objetivos: En el año 2013 se aprobó el Programa integral de prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Uso Apropiado de Antimicrobianos (PIRASOA)® que incluye la formación como una herramienta clave en la consecución de sus objetivos.

Métodos: Con objeto de evitar los errores que se comenten en la práctica clínica en el tratamiento antimicrobiano, se ha diseñado un curso de formación utilizando la metodología MOOC (Massive, Open, Online, Course) con título: "Uso apropiado de antimicrobianos: los conceptos clave que no olvidarás, y los errores frecuentes que nunca más repetirás" Este se divide en siete temas sobre los síndromes más destacados en la atención clínica. Organización de los temas: foro de debate entre alumnos, videos con contenidos docentes, texto básico, presentación con conceptos claves y bibliografía recomendada. Para valorar la adquisición de conocimientos se utilizan cuestionarios de opción múltiple tipo test y realización de asesorías sobre uso de antimicrobianos en situaciones concretas con autoevaluación posterior de las mismas tras las indicaciones de los docentes. En su elaboración han participado 12 profesionales del SSPA de reconocido prestigio en el campo, con revisión externa por el Comité Científico del Programa PIRASOA® Desarrollo de la formación on line utilizando las plataformas de formación de portaleIR y de IAVANTE.

Resultados: Desde el año 2015 se han desarrollado tres ediciones del curso: la primera durante el primer semestre de 2015 y destinada a especialistas en formación y tutores y las siguientes a lo largo de 2016 y destinada a todos los profesionales sanitarios del SSPA. En la primera edición se matricularon 983 profesionales, el 69,3% mujeres. Un 15,5% de los matriculados no realizó ninguna actividad del curso y del resto de alumnos (831) el 70% lo completó. La evaluación media de la satisfacción del curso por los alumnos fue de 7,8 sobre 10 puntos En las ediciones de 2016 se han matriculado 598 y 600 profesionales respectivamente, estando pendiente los datos de las mismas.

Conclusiones/Recomendaciones: El uso apropiado de antimicrobianos es fundamental para garantizar una atención más segura. Las nuevas tecnologías de formación nos permiten que nuestro mensaje llegue a más profesionales sanitarios pudiendo traducirse los conocimientos adquiridos en mejoras en salud. En sólo tres ediciones de este curso, los mensajes clave para evitar el uso incorrecto de antimicrobianos ha llegado a más de 2.000 profesionales de nuestro sistema sanitario.

650. EL PROGRAMA PIRASOA: IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES DEL SSPA

R. Valencia, I. Salcedo, C. Lupión, J. Garnacho, J. Mayoral, R. Sierra, A. Pascual, A. Irastorza, J.M. Cisneros, et al

Hospital Universitario Virgen del Rocío; Hospital Universitario Reina Sofía; Hospital Universitario Virgen Macarena; Hospital Universitario Puerta del Mar; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El programa PIRASOA® es un programa institucional basado en la vigilancia y control de IRAS; investigación de brotes epidemiológicos y que cuenta con un laboratorio microbiológico de referencia. Nuestro objetivo es mostrar la implementación de este programa en los hospitales del SSPA y proporcionar datos preliminares de su impacto.

Métodos: Estudio ecológico descriptivo. Periodo: el programa comenzó en enero de 2014 y se presentan datos hasta junio 2015. Lugar: los 34 hospitales públicos de Andalucía (8 regionales, 9 de especialidades y 17 regionales). El programa PIRASOA® es un programa de calidad basado en la clínica con el objetivo de reducir la adquisición de IRAS y mejorar el uso de antimicrobianos. El subprograma de IRAS tiene como elemento clave el equipo de profesionales multidisciplinares basado en el liderazgo profesional para la vigilancia, prevención y control de IRAS en cada centro, junto con la participación institucional. Retroalimentación: trimestralmente a todos los hospitales, permitiendo evaluación comparativa interna y entre centros. Los indicadores medidos incluyen indicadores de procesos de prevención y control como la adherencia a higiene de manos, e indicadores de resultados como prevalencia (P) de IRAS o densidad de incidencia (DI) de IRAS relacionadas con procedimientos.

Resultados: El subprograma IRAS-PIRASOA se adaptó localmente en todos los hospitales. La adherencia a los indicadores aumentó de 81% a 96% (N = 77 indicadores). La tasa global de adherencia a las recomendaciones de higiene de manos ha mejorado del 51% en el primer trimestre al 59% en el último, también se han observado mejoras en las tasas de adherencia a las precauciones de contacto con más del 80% en el último trimestre. La prevalencia global de IRAS ha sido superior al resto de España (7,1% en hospitales regionales y el 6,1% en hospitales de especialidades). La DI media de bacteriemias asociadas a catéter venoso central fue inferior a la tasa media española en los hospitales regionales (2,4% vs 3,89%), mientras que los hospitales de especialidades y comarcas tuvieron cifras superiores a la media nacional (4,3 y 2,4% vs 3 y 1,8% respectivamente). El programa también cuenta con indicadores de infecciones en cirugías como la colorectal o la protésica entre otras, que han mostrado problemas en algunos Centros.

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha implementado con éxito un programa de control de infecciones andaluz. Los resultados preliminares muestran una tendencia hacia una mejora en las acciones de prevención y control de infecciones, no obstante en determinados indicadores aún tenemos cifras superiores a las de referencia que deben ser trabajadas por los equipos locales de control de infecciones.

CP18. Cáncer (II)

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 11:00 a 13:30 h

Pantalla 2

Moderadora: Beatriz Pérez Gómez

642. DISEÑO Y RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE CRIBADO DE CÁNCER DE PULMÓN EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO

M.T. Pérez-Warnisher, E. Cabezas, G. Peces-Barba, R. Melchor, A. Alcázar, G. Gallardo, L.M. Seijo

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad por cáncer en nuestro país. Su detección precoz es posible mediante TAC de baja dosis de radiación en el contexto de un programa de cribado. Sin embargo, a pesar de los resultados favorables de ensayos clínicos aleatorizados como el National Lung Screening Trial (NLST) norteamericano, persisten dudas acerca de la viabilidad del cribado a gran escala y su efectividad. Tanto la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) como el enfisema pulmo-

nar son factores de riesgo independientes vinculados al cáncer de pulmón. La inclusión de pacientes con estas patologías en programas de cribado podría abaratar costes reduciendo el tamaño de la población subsidiaria de cribar.

Métodos: Nuestro grupo ha iniciado un programa multicéntrico a escala nacional de cribado de cáncer de pulmón cumpliendo con los requisitos que propone la European Respiratory Society (ERS) en su reciente "white paper". El programa se desarrolla en centros con amplia experiencia en el manejo multidisciplinar del cáncer de pulmón utilizando un protocolo común e integrado en una cohorte internacional establecida. Se incluyen pacientes valorados en las consultas de Neumología que cumplen criterios de edad y tabaquismo del NLST (edad: 55-75 años; tabaquismo IPA > 30) con enfisema pulmonar y/o alteraciones funcionales compatibles con EPOC. Se realiza TAC basal de baja dosis sin contraste y pruebas funcionales respiratorias con seguimiento anual indefinido. Se considera como positivo aquel estudio que identifica nódulos pulmonares sólidos no calcificados con un diámetro máximo de 6 mm o más. El programa se integra como "work package" en la línea estratégica de cáncer de pulmón del CIBERES 2016-2018.

Resultados: De los 329 pacientes incorporados en el programa, 260 se habían realizado la TAC basal en el momento del análisis. De ellos, 63% tenían EPOC, 79% enfisema y 50% presentaban ambas patologías. El 54% de los pacientes eran fumadores activos y el 46% exfumadores con un IPA medio de 57. Se objetiva una prevalencia de cáncer de pulmón del 1,1% siendo un 17% de los estudios basales positivos al hallarse nódulos > 6 mm. Estos nódulos fueron objeto de seguimiento a los 3 meses con TAC de baja dosis y en ausencia de crecimiento se siguieron al año. Los únicos pacientes a los que se les han realizado procedimientos diagnósticos invasivos han sido los 3 casos de cáncer.

Conclusiones/Recomendaciones: Un programa de cribado de cáncer de pulmón limitado a pacientes de muy alto riesgo con EPOC y/o enfisema podría reducir los costes del cribado, optimizando la selección de pacientes sin incrementar de forma significativa la tasa de falsos positivos.

120. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER ANCIANA

L. Muñoz, V. Torres, L. Anaya

Secretaría de Salud del Estado de México; Cevece.

Antecedentes/Objetivos: La edad es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama, un 80% de los casos ocurren en mujeres mayores de 50 años, con grandes probabilidades de curarse si se detecta tempranamente. El objetivo del estudio fue determinar en mujeres ancianas, la frecuencia de realización de las tres pruebas más comunes en México para la detección temprana de cáncer de mama, auto-exploración, exploración clínica y mastografía; a la vez determinar la prevalencia de los factores de riesgo para cáncer de mama e identificar las variables demográficas que influyen en la realización de estas pruebas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, tipo encuesta, en 988 mujeres de más de 60 años de edad, se estimaron frecuencias y proporciones de las pruebas mencionadas, y se establecieron asociaciones entre las pruebas de diagnóstico temprano de cáncer de mama y las variables escolaridad, afiliación a la seguridad social, ocupación, convivencia y pensión, mediante un análisis de correspondencia múltiple con el programa XLSTAT.

Resultados: En un periodo de dos años previo al estudio, un 55,8% de las mujeres se realizaron autoexploraciones mamarias, 44,5% acudieron a exploración médica y 21,3% se realizaron mastografía. En un 68,8% de las mujeres, se observó obesidad (perímetro de cintura > 88 cm), en 5,8% ocurrió menopausia tardía (> 55 años de edad), 3,9% recibieron terapia hormonal de reemplazo y 8% manifestaron taba-

quismo. De las mujeres con obesidad 56,3% se realizaron autoexploración mamaria, 46% acudió a exploración clínica y 22,9% se sometió a mastografía. Un 75,7% de ellas manifestaron estar afiliadas a la seguridad social, 38,4% carece de escolaridad, 15% trabaja, 48% recibe pensión y 13% viven solas. Las mujeres sin escolaridad y sin afiliación a la seguridad social tienen un riesgo 1,4 veces mayor de no realizarse la auto-exploración mamaria; un riesgo 1,2 mayor de no realizarse el examen clínico mamario; y un riesgo 1,1 veces mayor de no realizarse la mastografía, comparado con las que si poseen escolaridad y afiliación. El análisis de correspondencia múltiple corroboró una asociación significativa ($p < 0,001$) entre la afiliación a la seguridad social y la escolaridad con la realización de las pruebas de detección temprana de cáncer de mama.

Conclusiones/Recomendaciones: En México, la detección temprana del cáncer de mama en la mujer anciana es insuficiente. Es necesario empoderar a la mujer mediante escolaridad y afiliación a la seguridad social para que en la vejez mejoren su actitud hacia las pruebas de detección temprana de cáncer de mama. Un 52,7% de las mujeres en México carece de seguridad social, creando una situación de vulnerabilidad para los periodos de enfermedad y vejez. También existe una alta prevalencia de obesidad en la mujer anciana, importante factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama, condición que apremia prevenir y controlar.

844. CAMBIOS EN EL ESCENARIO ECONÓMICO EN UN PROGRAMA DE CRIBADO SEGÚN LA PREPARACIÓN DE LA COLONOSCOPIA

P.E. Pantoja, A. Saura, S. Barreales, I. Tora, A. Trilla, A. Pozo, J. Grau, A. Castells, J. Sánchez

Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Una de las tareas de los programas sanitarios es negociar los costes de las actividades que se llevan a cabo. En este sentido, en los programas de detección precoz del cáncer colon y recto (PDPCCR) la utilización de distintos tipos de soluciones evacuantes para la colonoscopia (SEC) repercute en la calidad, efectividad e impacto económico del programa. La introducción de SEC que aumenten la buena preparación del paciente y, por tanto, reduzcan el porcentaje de repetición de colonoscopias (PRC) será eficiente en la medida que disminuya los costes por colonoscopia a niveles inferiores a los actuales. El objetivo de este estudio es conocer la variación del coste de las SEC que estaríamos dispuestos a aceptar según el PRC y mejorar la negociación con nuevos proveedores potenciales.

Métodos: Se utilizó información de costes del PDPCCR en que se usó Moviprep® como SEC (2015–febrero 2016), donde el PRC fue de 5,04% coincidiendo con la literatura disponible. Se realizó un estudio de sensibilidad desde la perspectiva del financiador y con un horizonte temporal de un año. Se fijó la relación coste-efectividad incremental (ICER) en 90,09€ por colonoscopia ahorrada, calculado en estudios previos realizados por nuestro equipo. Seguidamente se realizó un análisis de sensibilidad del coste de la SEC planteando diferentes escenarios variando el PRC y manteniendo fijo el ICER para que a nivel coste-eficiencia el coste de la SEC sea igual. Se realizó un modelo de regresión lineal para los costes de SEC según los escenarios de PRC.

Resultados: Partiendo de la evidencia que disponemos del PRC y costes de SEC-Moviprep® (5,04% y 6,235€), se plantearon cuatro escenarios hipotéticos de nuevas SEC: 1) 4,06% y 7,15€, 2) 3,09% y 8,06€, 3) 2,04% y 9,075€ y 4) 1,01% y 10,09€. De la regresión resultó que la disminución de una unidad en el PRC permitiría asumir un aumento del coste de la SEC en 0,9554€ (IC95% 0,9342-0,9766; $p < 0,0001$), teniendo un coste constante de 11,04€ cuando el PRC sea cero. Así por ejemplo, en el hipotético caso en que un proveedor asegurara un PRC de 4,5% el límite superior a pagar sería 6,74€. Por lo que si la nueva SEC

no logra esta disminución del PRC el riesgo será compartido entre financiador y proveedor bajo los límites del modelo.

Conclusiones/Recomendaciones: La utilización de un modelo económico que nos permita conocer la variación de los costes según los parámetros de calidad de los productos, es el primer paso que nos facilita unos límites iniciales en el proceso de negociación. A su vez ayuda a los responsables de los programas en la toma de decisiones complejas. Permite la negociación de pagos según objetivos, y por tanto, a compartir el riesgo entre ambas partes asegurando la efectividad de los productos adquiridos.

261. VÍA RÁPIDA DE ACCESO A LA COLONOSCOPIA Y DEMORA DIAGNÓSTICA EN EL CÁNCER COLORRECTAL

P. González Santamaría, S. Pita Fernández, B. López Calviño, M.T. Seoane Pillado, R. Seijo Bestilleiro, S. Pérttega Díaz

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar el efecto de la introducción de la vía rápida de acceso a la colonoscopia ante la sospecha clínica de cáncer colorrectal sobre la demora diagnóstica.

Métodos: Periodo: agosto 2006–diciembre 2013. Se introduce la vía rápida en Junio 2010. Tipo de estudio: observacional de seguimiento prospectivo. Criterios inclusión: Casos incidentes de cáncer colorrectal con diagnóstico histológico (CIE-9:153-154), con consentimiento informado y aprobación del comité de ética. Criterios de exclusión: casos prevalentes/recurrentes, múltiples, atendidos en hospitales privados. Tamaño muestral: $n = 1.891$ ($\pm 2,26\%$ precisión; 95% seguridad). Mediciones: variables demográficas, demora terapéutica (intervalo síntomas-tratamiento), demora diagnóstica (intervalo síntomas-diagnóstico), demora del paciente (intervalo síntomas-1º contacto médico Atención Primaria (AP) o Atención Especializada (AE)), demora del sistema de salud (intervalo médico-diagnóstico).

Resultados: La edad media al diagnóstico fue $69,8 \pm 11,3$ años, siendo hombres el 60,3%. 63,1% eran tumores de colon. El 92,2% fue adenocarcinoma, siendo el estadio más frecuente T3(58,9%), N0 (49,4%) y M0 (67,9%). La demora desde el inicio de síntomas hasta el inicio del tratamiento fue $172,5 \pm 149$ días (mediana = 125 días). Siendo la demora síntomas-diagnóstico $144,0 \pm 146$ (mediana = 90 días); la de síntomas-1º contacto médico AP/AE $71,0 \pm 112$ (mediana = 30 días) y la demora médico-diagnóstico de $89,5 \pm 118$ (mediana = 42 días). Se observa una reducción significativa de todos los intervalos de tiempo del proceso diagnóstico, descendiendo la demora diagnóstica un 3,38% por año. Se realizan modelos de regresión segmentada para determinar el efecto de la vía rápida sobre las demoras. Objetivándose como la vía rápida tiene un efecto significativo ($p = 0,014$) en la reducción de la demora diagnóstica. Dicha reducción significativa se observa fundamentalmente en el intervalo médico-diagnóstico.

Conclusiones/Recomendaciones: La introducción de la vía rápida de acceso a la colonoscopia ante la sospecha clínica de cáncer colorrectal muestra una reducción significativa de la demora diagnóstica.

Financiación: FIS PI14/00781.

244. ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO À SAUDE DA MULHER-GOÍAS-BRASIL

M. Rovey Souza, E. Nayana Melo, N. Almeida

UFG/DSC; UFG/SMS; UFG/FEN; Universidade Federal de Goias.

Antecedentes/Objetivos: Os cânceres de mama e de colo do útero são os mais incidentes entre as mulheres brasileiras e por isso políticas públicas tem sido implementadas com vistas à redução da morbimortalidade por essas neoplasias, com políticas assistências na área

de saúde da mulher. Há evidências mundiais e brasileiras de que a melhor forma de conquistar a integralidade é através das Redes de Atenção à Saúde em que a Atenção Básica coordena e organiza o cuidado e, assim, deve ter seu desempenho avaliado. Objetivo deste estudo foi analisar estrutura e processo da Atenção Básica à Saúde na Rede de Atenção aos Cânceres do colo do útero e da mama no Estado de Goiás.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, analítico, de corte transversal. As informações foram obtidas a partir do banco de dados de base nacional da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo, para o Estado de Goiás. Participaram do estudo 975 Unidades Básicas de Saúde dos 246 municípios do Estado de Goiás que responderam ao módulo I e 1179 profissionais que responderam as entrevistas do módulo II da terceira fase da pesquisa, que compõe a avaliação externa vinculada ao PMAQ-AB (2014). Para análise dos dados, as Regiões de Saúde do Estado de Goiás foram divididas em cinco categorias.

Resultados: Na disposição de mesa ginecológica e foco de luz para exame todas as categorias apresentaram resultados satisfatórios. No componente registro das mulheres com requisitos para a realização do exame colpocitológico do colo do útero, 80,3% das Equipes de Atenção Básica do Estado de Goiás afirmaram realizar esta ação, 51,4% das equipes utilizam protocolos de estratificação de risco para o câncer de colo do útero apresentando uma variação muito alta da categoria 1 (28,4%) para a categoria 4 (71,1%). Todas as categorias apresentaram bons resultados para a coleta do exame de Papanicolaou. A categoria 1 apresentou o menor indicador com 24,6% das equipes realizando registro das mulheres elegíveis para o exame de mamografia e utilização de protocolos de estratificação de risco. A categoria 5 apresentou resultados mais satisfatórios nos componentes, solicitação de exame de mamografia (97,7%), registro de usuárias encaminhadas para outros pontos de atenção (49,1%) e realização de busca ativa de mulheres com câncer de mama (80,8%) quando comparadas as demais categorias.

Conclusiones/Recomendaciones: A Atenção Básica se mostra frágil na coordenação do cuidado aos cânceres do colo do útero e da mama no estado de Goiás e, conseqüentemente, a ordenação da assistência nos outros pontos de atenção fica prejudicada. É necessário o investimento dos gestores na implantação e implementação de políticas de saúde mais efetivas que visem o fortalecimento da Atenção Básica e a mudança de comportamento das Equipes de Atenção Básica para melhor desempenho de sua assistência à saúde da mulher.

6. AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE RASTREIO CANCRO DA MAMA NA POPULAÇÃO PORTUGUESA

J. Firmino-Machado, R. Sá Machado, N. Magalhães, A. Moreira, H. Monteiro, S. Barbosa, I. Cruz, A. Sottomayor, D. Antunes

Unidade de Saúde Pública do ACeS Porto Ocidental; Departamento de Saúde Pública da ARS Norte.

Antecedentes/Objetivos: O cancro da mama na região do Porto (Portugal) constitui um problema de saúde de relevância ao apresentar valores de taxa de internamento e mortalidade prematura por cancro da mama significativamente superiores aos observados no país e região norte. O cancro da mama evidencia-se como uma das principais causas de mortalidade evitável sensível aos cuidados médicos, ainda que na região do Porto o cumprimento do plano de rastreio oncológico, com a realização de mamografia de 2/2 anos, apenas se verifique em 49,1% das mulheres. O presente estudo efetua uma avaliação dos conhecimentos das mulheres do Porto sobre o cancro da mama e o seu processo de rastreio. É também identificado o perfil das mulheres com maior necessidade de ações de promoção de conhecimentos em saúde.

Métodos: A quantificação de conhecimentos foi realizada através da aplicação de um instrumento construído para o efeito, com base na

revisão da literatura e técnica de focus group. O instrumento foi testado do ponto de vista da sua qualidade psicométrica, utilizando técnicas de análise de componentes principais. Foram utilizados modelos logísticos binários multivariados e regressão linear múltipla no sentido de identificar os preditores de conhecimentos das mulheres, bem como análise de clusters para a identificação de perfis de intervenção.

Resultados: Foram obtidos resultados referentes a 116 utentes, tendo sido possível obter resultados adequados em termos de consistência interna e variância justificada (56%), com a solução fatorial obtida. Os modelos lineares e logísticos, bem como a análise de clusters, foi conclusiva na demonstração de que os conhecimentos com maior necessidade de promoção foram a idade de realização de rastreio, tipologia dos exames de imagem de rastreio e vantagens da realização de rastreio. O perfil de utentes a necessitar de intervenção são os que apresentam menor escolaridade, independentemente da idade. As áreas geográficas com maior necessidade de intervenção são as que se encontram sob influência das unidades de saúde USF Rainha D. Amélia, USF Bom Porto, UCSP D. João IV, UCSP Lordelo do Ouro, USF Porto Douro e USF Ramalde.

Conclusiones/Recomendaciones: O presente estudo apresenta, desta forma, uma fina caracterização do tipo de conhecimentos a serem promovidos junto das mulheres do Porto, identificando igualmente as características dos utentes com maior necessidade de intervenção.

224. INTERVENCIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN EL CRIBADO DEL CÁNCER EN EL ESTADO ESPAÑOL

J. Moreno, A. Molina-Barceló, R. Peiró-Pérez, D. Salas

FISABIO; Universidad de Valencia; DGSP, Generalitat Valenciana; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio es describir y analizar las intervenciones que los programas de cribado de cáncer de mama, colorrectal y cérvix de algunas Autonomías del Estado Español han llevado a cabo para abordar las desigualdades sociales en cribado. Analizar si los programas realizan intervenciones con el objetivo de reducir las desigualdades en participación. Describir las características básicas de las intervenciones.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta on-line realizada entre mayo-septiembre de 2013 y dirigida a las personas responsables de los programas de cribado de cáncer de las comunidades autónomas. El cuestionario contenía 13 preguntas (abiertas y cerradas) sobre las características básicas de los programas y sobre acciones de evaluación e intervención para reducir desigualdades en la participación (intervenciones para reducir desigualdades: Objetivo, Población diana, Tipo de intervención, Descripción de la intervención, Resultado) Estudio descriptivo (frecuencias y porcentajes) y mapeo de los resultados por Comunidad Autónoma.

Resultados: 14 CCAA respondieron al cuestionario (Andalucía, Asturias, Cantabria, Castilla La Mancha, Cataluña, Ceuta, Galicia, Islas Baleares, Islas Canarias, La Rioja, Murcia, Navarra, País Vasco y País Valenciano) En cribado de cáncer de mama: El 50% de las Autonomías declaró no realizar ningún tipo de intervención para combatir las desigualdades en participación. Del otro 50 que sí realizaron intervenciones, 2 Autonomías (Castilla La Mancha y Canarias) utilizaron un enfoque general, 3 Autonomías (Cataluña, Galicia y Navarra) utilizaron un enfoque focalizado en grupos vulnerables y 2 Autonomías (País Valenciano y País Vasco) lo hicieron con un enfoque complementario. En cribado de cáncer colorrectal: Cuatro de las 8 Autonomías (50%) declararon no realizar ningún tipo de intervención para combatir las desigualdades en participación en cribado colorrectal. De las cuatro Autonomías que sí realizaron intervencio-

nes, Cantabria, Cataluña y País Vasco utilizaron un enfoque general y País Valenciano utilizó un enfoque focalizado en grupos vulnerables. En cribado cervical: Cinco de las 7 Autonomías declararon no realizar ningún tipo de intervención para combatir las desigualdades en participación en cribado de cérvix. De las dos Autonomías que sí realizaron intervenciones, Cataluña utilizó un enfoque general y País Valenciano utilizó un enfoque focalizado en grupos vulnerables.

Conclusiones/Recomendaciones: Sería recomendable la conexión entre diferentes sectores y diferentes niveles de intervención.

Financiación: EPAAC Joint Action, PR10/051.

825. FACTORES DE RIESGO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

E. Benítez Rodríguez, M.J. Reyes Benítez, M.J. Sanz García, R. Doménech Torrejón, M.L. Vilches Campos, M.J. Cruzado Morillas, M.T. Durán Ruiz

Registro de Cáncer, Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Bienestar Social de Cádiz; Unidad de Gestión Clínica de Ginecología, Hospital de Jerez.

Antecedentes/Objetivos: La etiología del cáncer de mama es desconocida y tiene probable relación con múltiples factores. Alrededor de la mitad de los casos nuevos pueden explicarse conociendo los factores de riesgo. Identificar los factores de riesgo de cáncer de mama presentes en el momento del diagnóstico en pacientes diagnosticadas y/o tratadas en el Hospital Universitario Puerta del Mar entre los años 2007 y 2011.

Métodos: Estudio observacional descriptivo sobre casos de cáncer de mama diagnosticados y/o tratados en mujeres en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz y residentes en su área de influencia (Cádiz y San Fernando) durante el periodo 2007-2011. Los casos proceden del Registro Poblacional de Cáncer de Cádiz. Para completar la información se revisaron las historias clínicas de los pacientes. Se recogieron datos referentes a edad, antecedentes familiares y/o personales de cáncer de mama, obesidad, antecedentes gineco-obstétricos (menarquia, estado hormonal- premenopáusica o posmenopáusica-, paridad y edad del primer parto, lactancia materna y tiempo y uso de estrógenos como tratamiento.

Resultados: En el periodo de estudio se diagnosticaron 660 casos, de los cuales un 90,56% (595) fueron infiltrantes. La edad media fue 58,32 años (DE 13,2), predominando el grupo de 50 a 69 años (51,5%). En 170 casos (30,4%) existían antecedentes familiares de cáncer de mama, y sólo en un 1,1% (7) personales. Un 23,4% (124) eran fumadoras. Un 14,7% eran obesas. La edad de la menarquia fue 12,5 años (DE 1,7). El 69,1% de las mujeres eran menopáusicas, con una edad media de 49,3 años (DE 5,4). Un 16,7% (89 casos) eran nulíparas y el 65,8% (351) multíparas. La edad media del primer parto fue 25,2 (DE 4,9). El dato de lactancia estaba recogido en 438 historias, de ellas un 76,7% (336) fue materna, con una duración media de 16,4 meses (DE 21,5). El antecedente sobre el uso de ACHO estaba en 461 casos, de ellos un 38,4% consumieron con una duración media de 38,3 meses (DE 44,5). Sólo 20 casos de pacientes menopáusicas fueron tratadas con THS (5,6%), con consumo medio de 69,4 meses (DE 39,1).

Conclusiones/Recomendaciones: La edad media al diagnóstico de cáncer de mama fue de 59 años. La paciente sobre la cual se desarrolla el cáncer de mama en nuestro medio es una mujer sin antecedentes personales de cáncer de mama, con riesgo familiar bajo para cáncer de mama, sin hábitos tóxicos y con sobrepeso. Es menopáusica (media de 49 años), multípara y con lactancia materna, con bajo consumo de anticoncepción hormonal y escaso de terapia hormonal sustitutiva.

601. RATIO ÍNDICE/ANULAR Y DENSIDAD MAMOGRAFICA EN MUJERES ESPAÑOLAS: DDM-SPAIN/VAR-DDM

A.M. Pedraza-Flechas, P. Fernández-Navarro, P. Moreo, M. Ederra, D. Salas-Trejo, C. Vidal, C. Sánchez-Contador, M. Pollán, B. Pérez-Gómez

Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII; CIBER-ESP; Programas de Cribado de Cáncer de Mama de Aragón, Navarra, Valencia, Cataluña, Baleares, Galicia y Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: La razón entre la longitud de dedo índice y anular (2D:4D), mayor en mujeres que en varones, se ha propuesto como marcador de exposición a andrógenos intraútero. Nuestro objetivo es evaluar factores relacionados con 2D:4D y su posible asociación con la densidad mamográfica (DM), fenotipo de alto riesgo de cáncer de mama (CM).

Métodos: En 2008-9 se reclutaron 3574 mujeres (47-71 años) en programas de cribado de CM en 7 CCAA, con encuesta epidemiológica y toma de saliva. En 2010 se digitalizó el historial mamográfico, se actualizaron los datos, se pesó y se sacó fotocopia de la mano derecha a 2540 mujeres. El dedo índice (2) y el anular (4) se midieron 2 veces con calibre digital milimetrado. Dos radiólogas estimaron el% de DM con un programa semi-automático (DM-scan). Se seleccionaron 5 factores genéticos tipo SNP: uno identificado en GWAS previo y 4 de una fase exploratoria en 349 mujeres relacionando 575.374 SNPs con la medida 2D:4D. Se evaluó la asociación entre ln(2D:4D) con variables antropométricas y genéticas (modelo aditivo) con modelos de regresión lineal multivariante mixtos, ajustados por edad, índice de masa corporal (IMC) y talla. Después, se estudió la relación entre ln(%DM) con los SNPs, 2D:4D y la posible interacción entre ambos usando modelos de regresión lineal multivariante mixto, ajustados por edad, IMC, paridad, antecedentes familiares de CM, menopausia, terapia hormonal sustitutiva, tabaquismo, ingesta calórica y de alcohol, imagen y radiólogo. En todos se incluyó el centro de cribado como término de efectos aleatorios.

Resultados: La media geométrica de 2D:4D en las participantes fue de 0,957 (RIQ: 0,932-0,983). La razón 2D:4D se asoció con la talla y de forma inversa con la edad ($p < 0.05$). Además, el% de DM era un 5% mayor por cada 5 centésimas de aumento en 2D:4D ($\epsilon\beta$: 1,05; IC95%: 1,00-1,09). En relación con las variantes genéticas, se encontró una asociación positiva entre 2D:4D con el SNP rs314277 (LIN28B) e inversa con rs826230 y rs7069180 ($p < 0.05$); este último también mostró asociación inversa con DM ($\epsilon\beta$: 0,94; IC-95%: 0,89-0,99). La relación de la DM con 2D:4D y rs7069180 se mantuvo al incluirlos en el mismo modelo, sin observarse una interacción entre ellos (efecto multiplicativo).

Conclusiones/Recomendaciones: 2D:4D se asocia con talla y edad y tiene componente genético. La DM es mayor en las mujeres con 2D:4D más femenina. Las mujeres homocigotas recesivas para rs7069180 tienen menor 2D:4D (fenotipo masculino) y menor DM.

Financiación: FI14CIII/00013; PI060386-PS09/0790; Astra-Zeneca-ISCIII; FECMA 485 EPY1170-10.

237. PLATAFORMAS MOLECULARES EN LA COMUNITAT VALENCIANA (2013-2015)

E. Giner, C. Vicente, M.E. Pérez, J. Miranda, A. Lluch, E. Martínez, O. Buigues, J. Ibáñez, D. Salas

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública; Hospital Clínic de Valencia; Hospital Provincial de Castellón.

Antecedentes/Objetivos: La decisión del tratamiento con quimioterapia (QT) de los cánceres de mama en estadios iniciales se apoya en criterios clínicos clásicos. Las plataformas moleculares (PM) clasifican a estas pacientes como de alto y bajo riesgo de recidiva, y pueden determinar un cambio en la actitud terapéutica. En 2013, la Conselle-

ria de Sanidad Universal y Salud Pública aprobó el uso de dos plataformas, Oncotype (OT) y Mammprint (MP), en los hospitales de la C Valenciana, y este estudio presenta el cambio de la decisión terapéutica que representan.

Métodos: Estudio descriptivo del uso de PM, y el cambio en la decisión terapéutica en estadios iniciales de cáncer de mama (feb-2013 a dic-2015). Sujetos de estudio: mujeres con cáncer de mama infiltrante y criterios de inclusión: menor de 75 años, operadas en las 8 semanas anteriores, receptores hormonales positivos, HER2 negativo, estadio T1 o T2, y N0 o N1mic. Y al menos un: receptor estrogénico débil/moderado, Receptor progesterona inferior al 1%, grado histológico II y Ki-67 intermedio. Participan los S. de Anatomía Patológica y de Oncología de los hospitales de la CV. Envían dos formularios, el primero recoge datos de filiación, criterios de inclusión, e indicación terapéutica inicial. El segundo el resultado de la PM y la actuación terapéutica. Los datos se procesan con Excel y analizan con SPSS. Se presentan para cada PM.

Resultados: Hospitales de 4 Departamentos de Salud utilizan OT y el resto MP. Resultados OT: N = 280 mujeres. En 189 mujeres en que estaba indicada QT, OT clasificó al 55,6% como riesgo bajo, 29,1% intermedio y 15,3% alto. En 83 sin indicación inicial de QT, clasificó 61,4% como riesgo bajo, 34,9% intermedio y 3,6% alto. En 8 mujeres con indicación inicial desconocida, OT clasificó de riesgo bajo al 75% e intermedio al 25%. Si consideramos la decisión pre y post PM, se produjo un cambio de actitud terapéutica en el 48,93% de las pacientes (se trataron 21 mujeres en que la qt no estaba indicada, y no se trataron 116 en las que sí estaba indicada inicialmente). Resultados MP: N = 614 mujeres. En 353 mujeres con indicación de QT inicial, se clasificaron 59,2% de riesgo bajo y 36,3% alto. En 198 mujeres sin indicación inicial de QT, 62,6% se clasificaron de riesgo bajo y 36,3% alto. En 63 mujeres con indicación QT inicial desconocida, el resultado fue 57,1% riesgo bajo y 38,1% alto. Atendiendo a la decisión pre y post MP, el cambio de actitud terapéutica se produjo en el 45,3% de las mujeres testadas (65 mujeres sin indicación inicial recibieron QT, y no se trataron 213 en las que sí lo estaba).

Conclusiones/Recomendaciones: Las PM se consideran útiles para decidir la actitud terapéutica en la práctica clínica de estadios iniciales de cáncer de mama. Estudios de supervivencia a 5 y 10 años corroborarán la pertinencia de su utilización.

277. RESULTADOS ADVERSOS HOSPITALARIOS TRAS LA CIRUGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL SEGÚN LA PRESENCIA DE EPOC

M. Baré, M. Pont, N. Torà, C. Montón, J.M. Quintana, A. Escobar, M. Redondo, N. Fernández de Larrea, Grupo CARESS-CCR

Corporació Parc Taulí, Sabadell, REDISSEC; Hospital Galdakao-Usansolo, REDISSEC; Hospital Universitario Basurto, REDISSEC; Agencia Sanitaria Costa del Sol, REDISSEC; Instituto de Salud Carlos III, REDISSEC.

Antecedentes/Objetivos: Comparar el uso de servicios sanitarios y los resultados adversos a nivel hospitalario en pacientes intervenidos por cáncer colorrectal (CCR) según la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Métodos: Estudio de cohorte, prospectivo, de pacientes intervenidos por CCR primario invasor en 22 hospitales de España, entre abril del 2010 y junio del 2012. Se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo), clínicas (alcoholismo crónico, hábito tabáquico, índice de Charlson, localización del tumor, estadio según Duke's y riesgo ASA), de uso de servicios sanitarios (urgencia de la intervención y vía de abordaje) e indicadores de resultados adversos (ingreso en la Unidad de Críticos, ventilación mecánica invasiva, tratamiento antibiótico, transfusión de sangre, reintervención, complicaciones mayores, tiempo de estancia y mortalidad hospitalaria). Se compararon los re-

sultados según la presencia de EPOC mediante la prueba chi-cuadrado y se estimaron las OR (IC95%). Además, para la mortalidad hospitalaria se estimó un modelo de regresión logística múltiple ajustando por la presencia de EPOC y otras variables, y se obtuvieron las OR ajustadas (IC95%). Por último, se realizó un análisis de supervivencia hospitalaria, comparando las curvas según la presencia de EPOC mediante el estimador de Kaplan-Meier y el test log-rank. Se aplicaron técnicas de regresión de Cox ajustando por la presencia de EPOC y otras variables, y se obtuvieron las HR ajustadas (IC95%).

Resultados: Se incluyeron 2.749 pacientes, de los cuales el 17,2% presentaron EPOC con una mortalidad hospitalaria del 4,4%. Los pacientes con EPOC eran mayores, el porcentaje de hombres fue superior, consumían más alcohol, fumaban más y las puntuaciones del índice de Charlson y del riesgo ASA fueron más elevadas. Estos pacientes presentaron peores resultados adversos: ingresaron más en la Unidad de Críticos, recibieron más ventilación mecánica invasiva y tratamiento antibiótico, sufrieron más reintervenciones y tuvieron más complicaciones y mayor tiempo de estancia hospitalaria. Ajustando por otras variables, los pacientes con EPOC presentaron mayor mortalidad (OR: 3,6; IC95%: 1,7-7,5) y menor tiempo de supervivencia (HR: 2,5; IC95%: 1,2-5,0).

Conclusiones/Recomendaciones: Tras la cirugía de cáncer colorrectal, los pacientes con EPOC presentaron mayor mortalidad y peores resultados en términos de complicaciones, reintervención y uso de servicios sanitarios.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (PS09/00805; PS09/90441).

810. EVALUACIÓN POBLACIONAL DE LA CONFORMIDAD A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN CÁNCER DE MAMA

P. Manchón-Walsh, G. Osca-Gelis, R. Font, J. Galcerán, A. Izquierdo, R. Marcos-Gragera, R. Comas, L. Castello, J.M. Borrás

Pla Director d'Oncologia, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Universitat de Barcelona (UB); Registre de Càncer de Tarragona, Fundació Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer; Institut d'Investigacions Sanitàries Pere Virgili; Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Girona (UERCG), Pla Director d'Oncologia, Departament de Salut; Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (idIBGi); Universitat de Girona.

Antecedentes/Objetivos: Se han observado diferencias entre la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama (CM) en Cataluña y la de otras regiones europeas. El grado de conformidad de la práctica clínica a la Guía de práctica clínica (GPC) podría contribuir a explicar dichas diferencias y a proporcionar objetivos de mejora de la calidad de la atención a este cáncer. El objetivo es el de evaluar la conformidad de la práctica clínica a la GPC y su impacto en los resultados de las pacientes con CM.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de base poblacional. Se han incluido todos los casos incidentes de CM de los registros poblacionales de cáncer de Cataluña (Gerona y Tarragona) entre 2007 y 2011. La información se ha obtenido a través de auditoría clínica de la historia clínica. Los indicadores utilizados han sido: evaluación preterapéutica por comité multidisciplinar (indicador 1), estudio histológico con biopsia por aguja gruesa (indicador 2), informe completo de anatomía patológica (indicador 3), biopsia selectiva del ganglio centinela (indicador 4) y tratamiento hormonal oral en pacientes con receptores estrogénicos positivos (indicador 5). Análisis estadístico: descriptivo, supervivencia mediante Kaplan-Meier y modelo proporcional de Cox.

Resultados: Se han incluido 4.139 pacientes con una edad media de 60,7 años ($\pm 14,9$). El tiempo medio de seguimiento ha sido $4,6 \pm 2$ años (med: 4,7 a.). El 68,1% de las pacientes eran posmenopáusicas. El estadio más frecuente fue el II (31,9%), seguido del I (27,9%). Al 60,4%

se les realizó cirugía conservadora. La conformidad global a la GPC expresado como % (% 2007; % 2011) ha sido de 61,2% (54,6%; 75,2%) en el indicador 1, 82,9% (76,6%; 90,9%) en el indicador 2, 47,2% (39,2; 63,8) en el indicador 3, 56,4% (48,2; 62,6) en el indicador 4 y 93,4% (94,1%; 94,7%) en el indicador 5. En el momento actual se está evaluando el impacto de la conformidad a GPC sobre la supervivencia y la recurrencia en pacientes de CM.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados presentes muestran una buena calidad global de la atención a las pacientes con CM con una tendencia a la mejora a lo largo del periodo estudiado aunque se identifican claras áreas de mejora. La evaluación de la conformidad a las recomendaciones de GPC es necesaria para la mejora de los resultados.

Financiación: Marató de TV3 (587/U/2013).

CP19. Alcohol, tabaco y drogodependencias

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 11:00 a 13:30 h

Pantalla 3

Moderador: Joan Ramon Villalbí Hereter

581. CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE MADRID

E.J. Pedrero Pérez, T. Benítez Robredo, R. Rodríguez Gómez, J.M. Díaz Olalla, G. Blasco Novalbos

Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de tabaco en adolescentes sigue siendo un importante problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud, el 22% de los adolescentes mayores de 15 años son fumadores habituales. La edad de inicio en adolescentes se sitúa en los 13 años y suele convertirse en consumo habitual a los 15 años. El objetivo de este trabajo, es estudiar la prevalencia y patrones de consumo de tabaco en los adolescentes de la Ciudad de Madrid.

Métodos: Se utilizan las fracciones de la población de la ciudad de Madrid de las encuestas SIVFRENT-J de la Comunidad de Madrid (Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil). Se estudia anualmente una muestra representativa de alumnos escolarizados adolescentes de 15-16 años, en 4º de ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria). La encuesta incluye diferentes cuestiones sobre factores de riesgo asociados al comportamiento y prácticas preventivas. El estudio se centra en el bloque de consumo de tabaco con el propósito de estimar su prevalencia y evolución en 5 años (2009 a 2013) (762 < n < 812, con una n total de 3.940).

Resultados: La prevalencia de consumo de tabaco entre los adolescentes de la ciudad de Madrid con mayor o menor frecuencia ha descendido desde el 27,4% en 2009 hasta el 22,3% en 2013. El hábito tabáquico diario, ha disminuido desde 2009 (10,2%) hasta 2013 (7,1%). Si analizamos exclusivamente a los que fuman, el 32% son fumadores diarios (37% en 2009), de los cuales, el 63,2% fuman menos de 5 cigarrillos (58% en 2009) y sólo el 3,5% fuman más de 20 (11,1% en 2009). Entre los fumadores no diarios, el 97,5% fuman menos de 5 cigarrillos al día (89,9% en 2009) y sólo un 0,8% fuman más de 20 (0,0% en 2009).

Conclusiones/Recomendaciones: En primer lugar, parece constatar un descenso suave, pero mantenido en el tiempo de la prevalencia de consumo de tabaco en los adolescentes de la ciudad de Madrid. En segundo lugar, y probablemente como hallazgo más relevante, aumenta el porcentaje de adolescentes que mantienen un consumo

de baja intensidad o de consumo no diario, de menos de 5 cigarrillos día. Estos datos coinciden en lo esencial con lo obtenido en estudios más recientes (ESTUDES 2014/2015). Carecemos de estudios que nos permitan conocer cómo se distribuye el consumo esporádico o no diario, así como de otros que exploren la persistencia de este patrón y permitan conocer si se estabiliza en el tiempo o evoluciona a patrones de habituación diaria de mayores dosis de consumo, algo que, sin duda, tendría importantes implicaciones sanitarias.

195. UTILIDAD DEL CAGE EN ENCUESTAS POBLACIONALES

M.T. Benítez Robredo, E.J. Pedrero Pérez, R. Rodríguez Gómez, J.M. Díaz Olalla, G. Blasco Novalbos

Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: El CAGE es un instrumento de cribado en la detección de problemas relacionados con el uso del alcohol, que ha sido ampliamente utilizado en la clínica y en la investigación, no así en encuestas poblacionales amplias. ¿Informa realmente el CAGE de problemas actuales con el consumo de alcohol en los sujetos encuestados?

Métodos: Se utilizan las fracciones de la población de la Ciudad de Madrid de las encuestas SIVFRENT-A de los años 2009 a 2013. La muestra total está compuesta de 3.643 sujetos. La encuesta incluye, entre otras muchas preguntas, los cuatro ítems del CAGE y el consumo actual de alcohol (incluyendo dosis diarias). Se utilizan las puntuaciones del CAGE como variable continua y también sus agrupaciones categoriales (0-1 Bebedor social, 2 Consumo de riesgo, 3 Consumo perjudicial y 4 Dependencia alcohólica).

Resultados: El 73,8% de la muestra declaró ser bebedor: de ellos, el 69,8% era bebedor habitual, el 23,2% bebedor esporádico y el 7,0% no bebía en la actualidad, aunque lo había hecho en el pasado. El 8,3% de los bebedores habituales, el 4% de los ocasionales y el 14,6% de quienes habían dejado de beber, presentaban algún patrón de consumo problemático según el CAGE. Entre quienes consumían dosis de riesgo (= 40 g/día los hombres y = 24 g/día las mujeres) sólo el 25,9% presentaban puntuaciones de patrón problemático de consumo en el CAGE, mientras que el 74,1% restante no eran identificados por esta prueba. La sensibilidad del CAGE para detectar bebedores excesivos actuales fue de 13% (validez predictiva positiva 26%) y su especificidad del 97% (validez predictiva negativa 93%).

Conclusiones/Recomendaciones: La inclusión del CAGE en estudios epidemiológicos es problemática, en la medida en que informa de problemas con el consumo de alcohol en cualquier momento de la vida, pudiendo no corresponderse con el consumo actual. El CAGE falla en la identificación de 3 de cada 4 bebedores actuales de dosis problemáticas y presenta una sensibilidad extremadamente baja, lo que hace inútil su alta especificidad. En cambio, incluye a aquellas personas que, habiendo tenido alguna fase problemática, no son bebedores en la actualidad. El CAGE no puede utilizarse en ningún caso como estimador del patrón de consumo actual. Esto, que es fácil de discriminar en la clínica, puede convertirse en una fuente de confusión cuando se incluye en encuestas epidemiológicas amplias.

608. DOES ALCOHOL USE DURING UNDERGRADUATE YEARS PREDICT ECONOMIC DEPENDENCE IN LATE 20S?

P. Gómez, L. Moure Rodríguez, M. Corral, F. Cadaveira, F. Caamaño Isorna

Unidad de Psicología del Consumidor y el Usuario, Universidade de Santiago de Compostela; Departamento de Medicina Preventiva, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO); Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidade de Santiago de Compostela; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidade de Santiago de Compostela, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: To evaluate the association between economic dependence in early adulthood and alcohol use patterns during their undergraduate years (risky consumption and heavy episodic drinking) in a cohort of Spanish university students at 10-year follow-up.

Métodos: A cohort study was carried out. The study population was first year students (18 to 19 years old) at the University of Santiago de Compostela (Spain) (initial study sample = 1,369). Alcohol consumption was measured with the Galician validated version of the AUDIT at the beginning of the study, and after two and five years. Risky consumption (RC) was defined as a dichotomous variable generated from AUDIT total score. A different cut-off value was established according to gender: > 4 for women and > 5 for men. Heavy Episodic Drinking (HED) was defined as a dichotomous variable generated from the third AUDIT question "How often do you have 6 or more alcoholic drinks per occasion?" which was coded as: never = 0, less than once a month = 1, once a month = 1, once a week = 1, daily or almost daily = 1. Economic dependence was measured with the Euro-ASI in 2015. Two logistic regression models were constructed (men and women separately) using the economic dependence as dependent variable.

Resultados: The response rate at ten-year follow-up was 30.3% (n = 415; 325 females). The prevalence of RC during their undergraduate years (2005, 2007 and 2010) was not significantly different between women and men (twice or three times = 51.1% vs 61.1%; $\chi^2 = 2.962$; $p = 0.227$). However, significant differences were found in terms of prevalence of HED ($\chi^2 = 38.689$; $p < .001$), being more prevalent among males (twice or three times = 11.7% vs 37.8%). RC and HED during undergraduate years were not associated with economic dependence in late 20s neither in case of females (OR = 0.75 [95%CI: 0.43-1.32] and OR = 0.73 [95%CI: 0.32-1.69] respectively) nor males (OR = 0.74 [95%CI: 0.24-2.32] and OR = 2.09 [95%CI: 0.62-7.05] respectively).

Conclusiones/Recomendaciones: Different alcohol use patterns during undergraduate years have been confirmed between women and men. It could be thought that harmful patterns of alcohol use at that time, such as RC or HED, influence the fact of achieving or not economic independence in the early adulthood. However, no association has been observed. Selection bias, because of the loss of subjects in the follow-up, could partly explain the absence of significant results.

Financiación: Plan Nacional Sobre Drogas (N.P.D) (2005/PN014).

410. LA RELACIÓN DEL OCIO CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS

M. Moñino García, J. Mendiola Olivares, T. Rodríguez Rojas, J.J. Areñse Gonzalo, J.J. López Espín, A.M. Torres Cantero

Universidad de Murcia; Universidad Miguel Hernández.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de alcohol se ha convertido en un factor fundamental y dinamizador del ocio de los jóvenes, especialmente durante los fines de semana. El objetivo de este estudio es analizar la asociación entre el ocio electrónico, cultural y deportivo y, el consumo de alcohol en adolescentes.

Métodos: Estudio transversal que parte de un muestreo aleatorio de 30 centros de Enseñanza Secundaria Obligatoria de la Región de Murcia. Posteriormente, se realizó un muestreo estratificado en cada uno de los centros, siendo los estratos (1º, 2º, 3º y 4º). En cada estrato, se tomó un aula sobre la que se realizó el estudio en todos los presentes en clase el día de la encuesta. Para este estudio se limitó el análisis a 2290 entre 11 y 16 años, por carecer de información en variables clave. Con el programa SPSS 18, se llevó a cabo un análisis bivariante y multivariante de regresión logística binaria estratificado según sexo.

Resultados: En el multivariado, el consumo de alcohol en chicos y chicas, aumenta con el curso escolar, así como con salir con amigos

por la noche (OR: 1,6; IC95%: 1,4-1,9 y OR: 1,4; IC95%: 1,2-1,7) y con fumar tabaco (OR: 7,9; IC95%: 5-12,5 y OR: 9; IC95%: 6-13,5). Las horas dedicadas al ordenador (OR: 1,4; IC95%: 1,2-1,7) sólo fue un factor de riesgo para las chicas. En ambos sexos, las horas de lectura, cine o teatro aparecen como protector del consumo de alcohol. La Tabla 2 reproduce las variables distinguiendo si las actividades se producen entre semana o fines de semana. Como factores de riesgo, en chicos, encontramos las horas dedicadas a video juegos entre semana (OR: 1,2; IC95%: 1,1-1,3), así como salir con los amigos por la noche en fin de semana (OR: 1,6; IC95%: 1,5-1,8). Como factor protector se mantiene las horas de lectura, cine o teatro, y se añade el practicar deporte en fin de semana también (OR: 0,9; IC95%: 0,8-0,99). En chicas, dedicar más horas al ordenador entre semana (1,3; IC95%: 1,1-1,4), salir con amigos por la noche en fin de semana (OR: 1,6; IC95%: 1,4-1,7) y el uso de videojuegos entre semana (OR: 1,3; IC95%: 1,02-1,6) aparecen como factores de riesgo, mientras que jugar a los video juegos en fin de semana (OR: 0,7; IC95%: 0,6-0,9) y dedicar horas a la lectura, cine o teatro entre semana (OR: 0,8; IC95%: 0,6-0,9) son factores preventivos.

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudio sugiere que el consumo de tabaco se podría utilizar como un indicador de exposición al consumo de alcohol. El uso algunos medios electrónicos probablemente incrementa los comportamientos de riesgo, al contrario ocurre con la lectura, ir al cine o teatro. Se concluye que estas características que comparten los adolescentes nos pueden permitir reforzar las acciones de los programas de promoción y prevención sobre el consumo de alcohol.

882. INTERVENÇÃO COM FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL: UM ESTUDO PILOTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

S.P. Pinto Barbosa, C.A. Alvares, M.L. Villar Luis

University of São Paulo at College of Nursing of Ribeirão Preto.

Antecedentes/Objetivos: Objetiva-se descrever e avaliar qualitativamente um protocolo baseado no Treinamento de Solução de Problemas para intervenção em familiares de usuários de álcool.

Métodos: Trata-se de um estudo piloto para implementação de intervenção junto a familiares de usuários de álcool. Este piloto foi desenvolvido no ambiente de Atenção Primária à Saúde de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, mais especificamente em um serviço da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para o teste piloto deste protocolo, foram obtidas informações sobre a situação de uso e abuso de álcool através de contato prévio com uma equipe de ESF, realizadas 35 visitas domiciliares a 22 famílias para explicação da pesquisa. Houve o interesse de 11 famílias. Ao término dessa etapa, foram confirmados para participar seis familiares. Os grupos de TSP, no total quatro sessões de intervenção e uma sessão avaliativa, estavam baseados na importância do familiar como potenciais auxiliares para os usuários de álcool no que se refere à diminuição do consumo.

Resultados: Abaixo, ilustramos algumas falas referentes à sessão de avaliação do protocolo, segundo as categorias: Sobre a influência da família e a importância da atuação junto aos familiares: "é legal isso tudo, porque com meus sobrinhos, com meus cunhados, quando a gente fazia alguma coisa, uma festa, um churrasco, alguma coisa, todo mundo bebia, a gente ia numa chácara lá e bebia uma coisa assim absurda, com o pessoal que ia de carro a gente ia buscar de caixa de cerveja, sabe?". Sobre as sessões realizadas: "Eu acho muito válido isso, sabe? Mas tem que ter força de vontade, isso é da pessoa, não adianta." Sobre a aplicação prática: "É, porque uma coisa leva a outra. Meu cunhado, por exemplo, esses dias ele foi lá em casa e me falou que estava tomando cerveja sem álcool e, antes ele tomava até ficar ruim, e agora me contou que estava tomando latinha sem álcool". Sobre a instrumentalização do familiar: "Tocar nesse assunto reforça mais ainda, na verdade eu acho que é uma coisa que sempre tem que

ser abordado ou comentado. Mas é legal vocês fazerem isso, porque tudo que é falado, por mais que você não ligue, vai ter uma hora que você vai lembrar daquilo.”.

Conclusiones/Recomendaciones: Frente ao exposto, julga-se oportuno e válido pensar e planejar ações de intervenção junto a familiares de usuários de álcool. Contudo, entendemos que essas intervenções devem ser planejadas e, a criação de um protocolo de intervenção viabiliza esse aspecto e permite que os enfermeiros da atenção primária adotem para aplicação em sua realidade e contexto de saúde tal técnica de intervenção.

Financiación: FAPESP 2013/16080-3.

73. MULTIPLE SCLEROSIS AND ALCOHOL USE DISORDERS: ATTRIBUTABLE MORTALITY, LENGTH OF HOSPITAL STAY AND EXTRA-COSTS

J. López-Méndez, C. Fuentes-Rosales, R. Magro, M.M. Suanes-Sebastian, G. Ramírez-Ramírez, A. Vilches-Arenas

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Sevilla; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen Macarena.

Antecedentes/Objetivos: Many of the deaths among multiple sclerosis (MS) patients take place for diseases that can worsen if these patients have alcohol use disorders (AUD), and poorer follow-up treatments among these patients may aggravate their prognosis. The aim of this study was to investigate the impact of AUD among MS admissions, in terms of in-hospital mortality, excess length of stay and over-expenditures.

Métodos: Retrospective observational study of a sample of MS patients from minimal basic data set of 87 Spanish hospitals during 2008-2010. Mortality, length of hospital stay and over-expenditures attributable to AUD after controlling by means of multivariate covariance analysis for variables like age and sex, type of hospital, type of admission, other addictions and comorbidities.

Resultados: Among 10,249 admissions for MS aged 18-74 years there were 215 patients with AUD. Patients admitted with MS and AUD were predominantly male, with more urgent admissions, with higher prevalence of tobacco or drugs use disorders and with higher Charlson comorbidity index. Patients with MS and AUD had notable in-hospital mortality excess (94.1%), prolonged length of stay (2.4 days) and over-expenditures (1,116.9 €).

Conclusiones/Recomendaciones: AUD in patients with MS increased in-hospital mortality, length of hospital stay and over-expenditures.

208. CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA. COMUNIDAD DE MADRID, 2014

M.A. Gutiérrez Rodríguez, A. Ruiz Bremón, B.C. Plitt Gómez

Subdirección de Actuación en Adicciones, Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, los patrones de consumo y las características de los consumidores, en los jóvenes de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Encuesta en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años de la Comunidad de Madrid. Se realiza muestreo por conglomerados bietápico. Se utiliza un cuestionario anónimo autoadministrado. El consumo problemático de cannabis se mide mediante la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test).

Resultados: Se realizaron 4.404 encuestas de 98 centros educativos. El 82,9% habían nacido en España y el 28,1% habían repetido cur-

so alguna vez. Las sustancias más consumidas en el último año fueron el alcohol (71,5%), el tabaco (29,1%) y el cannabis (23,9%). Les siguen en frecuencia los hipnosedantes sin receta (5,1%), la cocaína (2,4%), los alucinógenos (1,0%), las anfetaminas (0,8%), las setas mágicas (0,8%), el GHB (0,7), el éxtasis (0,6%), los inhalables volátiles (0,6%) y la heroína (0,3%). Un 37,4% de los encuestados había consumido dos o más sustancias en el último año. Los chicos presentan un mayor consumo de las sustancias ilegales y las chicas de las legales. En general el consumo aumenta con la edad. El alcohol y el tabaco son las sustancias con una edad media de inicio al consumo más precoz (13,9 años). Un 8,9% de los estudiantes fuma a diario. El consumo de alcohol es mayor los fines de semana, siendo los combinados o cubatas las bebidas más consumidas. El 20,6% de los que habían consumido alcohol en el último mes, se emborrachó y el 43,8% realizó un consumo intensivo (5 o más copas/vasos en un intervalo aproximado de 2 horas). El 39,0% de los que habían sufrido un accidente de tráfico siendo conductor habían bebido alcohol en las dos horas previas, el 17,2% habían consumido cannabis y el 8,3% cocaína. La incidencia de consumo en el último año fue de 18,7% para el alcohol, 8,9% para el cannabis, 7,0% para el tabaco y 1,4% para la cocaína. Se estima que el 3,7% de los estudiantes de 14 a 18 años presentan un consumo problemático de cannabis (4,6% en hombres y 2,8% en mujeres). Respecto a las encuestas previas se observa una disminución de la prevalencia de consumo de la mayoría de las sustancias. Las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas han sido en general inferiores a las registradas para el conjunto del territorio nacional.

Conclusiones/Recomendaciones: El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida y el cannabis la principal sustancia ilegal consumida. Las chicas presentan un mayor consumo de sustancias legales y los chicos de las ilegales. Respecto a las encuestas previas se observa una disminución de la prevalencia de consumo para la mayoría de las sustancias.

118. DETERMINANTES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE. CASTILLA Y LEÓN 2012-2013

E.P. Niño de Guzmán Quispe, R. Álamo Sanz, J. Sánchez Díaz, J. Granados Ortega, J.E. Lozano Alonso

Dirección General de Salud Pública, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: Al estudiar las conductas de riesgo, se desea analizar la relación del consumo de sustancias con los determinantes personales y del entorno. También la relación del consumo de sustancias entre sí.

Métodos: Estudio descriptivo de la encuesta autoadministrada en jóvenes de 4º ESO en Castilla y León, curso 2012-2013. Muestreo estratificado bietápico por área de residencia. Metodología de muestras complejas (factor de ponderación y características del diseño). Análisis bivariante: χ^2 corregido y test de Wald. Análisis multivariante: regresión logística binaria. Stata v12.0.

Resultados: Tabaco. El 22,23% [17,91-27,25] ha consumido más de 100 cigarrillos en su vida, más probable si el padre no tiene trabajo (ORa 1,83 [1,15- 2,93]) y en > 15 años (ORa 2,65 [1,51-4,65]). Edad media de inicio: 13,66 años [13,39-13,92], más temprana si la madre tiene estudios superiores. El 21,81% [17,51, 26,82] de los fumadores tiene permiso para fumar, más probable si es mayor de 15 años (ORa 3,05 [1,26- 7,41]). El 15,6% tiene ambos padres fumadores, lo que supone una mayor probabilidad de ser fumador (ORa 2,03 [1,40- 2,94]). El 41,54% [36,35-46,93] convive con fumadores, más probable si es mayor de 15 años y la madre no tiene estudios superiores. Alcohol: El 61,97% [55,11-68,39] ha consumido alcohol en los últimos 30 días. Edad media de inicio: 14,03 [13,89-14,17] años, más temprana en los de 15 años, hijos de padres sin trabajo y fumadores. El 95,6% de fumadores consume alcohol; fumar aumenta la probabilidad de hacerlo

(ORa 8,57 [4,44-16,51]). Entre no fumadores, el 68,6% [62,18-74,43] consume bebidas alcohólicas. El 75,28% [69,89-79,98] consume alcohol, más probable en mayores de 15 años (ORa 1,97 [1,33-2,91]), área rural (ORa 1,57 [1,03-2,45]) o con madres nacidas en España (ORa 2,13 [1,13- 4,0]). Entre los que consumen alcohol: el 22,52% [17,28-28,79] bebe en días de diario, el 40,48% [32,68-48,8] consumió 6 unidades de alcohol una o más veces y el 21,42% [16,88-26,79] se embriagó en los últimos 30 días, eventos más probables en fumadores. Otras drogas: El 11,59% [8,482-15,64] consumió otras drogas en los últimos 30 días. Más frecuente en mayores de 15 años, si el padre no trabaja, si la madre no tiene estudios superiores, si no viven con ambos progenitores, en hijos únicos, si fuma o consume alcohol. Consumir otras drogas es más probable si es fumador (ORa 17,42 [8,88- 34,18]).

Conclusiones/Recomendaciones: Hallazgos en línea con el modelo “puerta de entrada”. Las acciones preventivas deben realizarse desde la pre-adolescencia considerando las variables del entorno familiar directo.

209. URGENCIAS HOSPITALARIAS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

A. Ruiz Bremón, M.A. Gutiérrez Rodríguez, B.C. Plitt Gómez

Subdirección de Actuación en Adicciones, Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del estudio es describir los episodios de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas presentados en la Comunidad de Madrid en el año 2015, así como su evolución.

Métodos: Estudio descriptivo de los episodios de urgencias hospitalarias registrados en la Comunidad de Madrid en el año 2015. Se analizan los episodios presentados en pacientes de 15-54 años en 7 hospitales de la Comunidad de Madrid, en una semana de cada mes seleccionada al azar, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas). El consumo de alcohol sólo se recoge cuando está asociado al de otra sustancia.

Resultados: En el año 2015 se registraron 764 episodios de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. El 62,8% eran hombres y la media de edad fue de 35,7 (DE 9,8) años. El tipo de consumo se conoce en un 61,1% de los episodios, presentando el 64,7% de ellos un consumo habitual. El 28,3% de los pacientes presentaban antecedentes de patología psiquiátrica. El 47,1% de los episodios se relacionan con más de una sustancia, y en el 1,7% las sustancias se administraron por vía inyectada. El principal diagnóstico fue de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (92,4%) y un 16,6% requirió ingreso hospitalario. Las principales sustancias relacionadas con la urgencia fueron la cocaína (34,9%) y el cannabis (24,9%). Se presentan diferencias por sexo y grupo de edad en las sustancias consumidas. Las mujeres presentan una mayor proporción de hipnosedantes y antidepresivos, y los hombres del resto de sustancias. El cannabis predomina en los más jóvenes, los estimulantes en las edades intermedias y los hipnosedantes y los opiáceos en los mayores. En la evolución se observa un aumento de la proporción de pacientes del grupo de mayor edad, un incremento de los diagnósticos de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y de la proporción de ingresos hospitalarios; así como una disminución de la vía de administración inyectada. Respecto a las sustancias relacionadas con la urgencia se observa un incremento del papel del cannabis y una disminución de los hipnosedantes.

Conclusiones/Recomendaciones: Las urgencias por consumo de sustancias psicoactivas afectan especialmente a varones jóvenes, y son debidas principalmente al consumo de cocaína. En la evolución se observa un aumento de la proporción de episodios relacionados con

el consumo de cannabis, una disminución de la vía inyectada y un incremento de los ingresos hospitalarios.

472. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS, SAN LUIS DE PALENQUE-CASANARE, COLOMBIA, 2015

O. Castañeda-Porras, O. Segura, S. Jiménez Garcés

SMC-AS Unidad de Investigaciones; Alcaldía de San Luis de Palenque.

Antecedentes/Objetivos: Colombia con la expedición de la ley 1566 de 2012 reconoce que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas (SPA) lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos que deben ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado. Objetivo: efectuar el diagnóstico de consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad estudiantil de los grados sexto a once matriculados en la institución educativa del sector oficial del municipio de San Luis de Palenque-Casanare durante 2015.

Métodos: Estudio descriptivo de encuesta transversal, mediante aplicación de un instrumento validado en Colombia, de carácter auto-aplicado, orientado a identificar el consumo según tipo de sustancia, frecuencia de uso, edad de inicio, posibilidad de fumar en algún momento, intención de dejar de fumar por grupo de edad y sexo. Cálculo del tamaño de muestra para poblaciones finitas, nivel de confianza 95%, precisión 5%, frecuencia esperada 50% y proporción de pérdida 10% para un tamaño de muestra de 233/592 estudiantes matriculados seleccionados por muestreo aleatorio simple. La información recolectada fue sistematizada en Microsoft Office® Excel 2013 y analizada con el paquete estadístico Epi-Info® 7.1.15, mediante el uso de medidas de frecuencia, tendencia, dispersión y razón.

Resultados: Total de encuestas efectivas 240, del sexo masculino 100 (41,7%) y del femenino 140 (58,3%); edad promedio 14,4 años ($\pm 2,1$). La prevalencia de vida de consumo de SPA en promedio fue de 4,5%, en el grupo de 10 a 14 años de 5,3%, en el de 15 a 19 años de 5,7%, en los hombres fue de 4,5% y en las mujeres de 5,7%, con una edad promedio de inicio consumo de 13 años; la prevalencia de vida según el tipo de sustancia fue: marihuana 20 (8,3%), bazuco 5 (2,1%), cocaína 8 (3,3%), bebidas 166 (69,2%), emborracharse 41 (17,1%), inhalantes 17 (7,1%), pastillas para el sueño 18 (7,5%), pastillas para los nervios 15 (6,3%), éxtasis 7 (2,9%), heroína 3 (1,3%) y cigarrillo 71 (29,3%), fumaron en los últimos 30 días 24 (10,0%), fumaría si le brinda un amigo probablemente si 25 (10,4%), fumará en los próximos 12 meses probablemente sí 31 (12,9%) y en el último año nunca le informaron acerca del cigarrillo en el colegio 111 (46,3%).

Conclusiones/Recomendaciones: Se evidencia que a pesar de que la prevalencia de consumo de SPA es inferior a los registros nacionales (en 2004 de 18,4% y en 2011 de 15,6%), es necesario y perentorio prestar atención y generar estrategias que permitan prevenir su consumo en los estudiantes y en las que se vincule toda la comunidad educativa; es decir, maestros, alumnos, padres de familia y acudientes.

Financiación: Contrato 034 de 2015 celebrado entre la Alcaldía de San Luis de Palenque y María Suleida Jiménez Garcés.

468. DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, TRINIDAD-CASANARE, COLOMBIA, 2015

O. Castañeda-Porras, O. Segura, A.I. Parra Rodríguez

Segura Morón & Castañeda Asesores en Salud Ltda; Red Salud Casanare ESE.

Antecedentes/Objetivos: En Colombia, la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y su impacto,

establece entre sus metas evitar y prevenir el inicio y uso indebido de SPA en cualquier momento del ciclo vital, para lo cual es necesario, entre otras estrategias y acciones, conocer la realidad a transformar. **Objetivo:** realizar el diagnóstico en consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad estudiantil de los grados sexto a once matriculados en la institución educativa del sector oficial del municipio de Trinidad-Casanare durante 2015.

Métodos: Estudio descriptivo de encuesta transversal, mediante la aplicación de una encuesta auto aplicada orientada a identificar: tipo de sustancia, frecuencia de uso, edad de inicio, frecuencia de consumo de cigarrillo, posibilidad de fumar en algún momento, intención de dejar de fumar por grupo de edad y sexo. La información recolectada fue sistematizada en Microsoft Office® Excel 2013 y analizada con el paquete estadístico Epi-Info® 7.1.15, mediante el uso de medidas de frecuencia, tendencia, dispersión y razón.

Resultados: Total de encuestas efectivas 217, del sexo masculino 106 (48,8%) y del femenino 111 (51,2%); edad promedio 14 años ($\pm 1,8$). La prevalencia de vida de consumo de SPA en promedio fue de 8,4%, en el grupo de 10 a 14 años de 6,4%, en el de 15 a 19 años de 12,5%, en los hombres fue de 9,2% y en las mujeres de 8,3%, con una edad promedio de inicio consumo de 13 años; y, según el tipo de sustancia: marihuana 8 (3,7%), bazuco 1 (0,5%), cocaína 1 (0,5%), bebidas alcohólicas 117 (53,9%), emborracharse 32 (14,7%), inhalantes 5 (2,3%), pastillas para el sueño 10 (4,6%), pastillas para los nervios 5 (2,3%), éxtasis 3 (1,4%), heroína 0 (0,0%) y cigarrillo 20 (9,2%). Posibilidad de fumar cigarrillos en algún momento: si algún amigo se lo brinda probablemente sí 9 (4,1%) y probablemente no 12 (5,5%), fumará en los próximos 12 meses probablemente sí 4 (1,8%) y probablemente no (16 (7,4%); nunca recibieron información sobre el cigarrillo en el colegio en el último año 130 (59,9%).

Conclusiones/Recomendaciones: La prevalencia de vida de consumo de SPA en promedio fue inferior a la del país en 2004 de 18,4% y en 2011 de 15,6%. La mayor prevalencia se encontró para el consumo de bebidas alcohólicas desde temprana edad. Es necesario fortalecer o implementar estrategias de información, educación y comunicación que permitan prevenir el inicio temprano de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes; y, reconocer el plantel educativo como un factor protector.

Financiación: Contrato de prestación de servicios profesionales No. 478 de 2015 celebrado entre Red Salud Casanare ESE y SMC-AS Ltda.

164. PREVALENCIA DE TASA DE CONSUMO DE DROGAS CON LA METODOLOGÍA DE PARES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA EN SANTIAGO, CHILE, 2015

J.A. Rodríguez Tobar, S. Brovender, B. Morgan, N. Balmaceda, S. Muñoz Navarro

Escuela Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Stony Brook University School of Medicine; Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera.

Antecedentes/Objetivos: Los consumidores de alcohol tienen 19 a 25 años. El consumo se asocia con rendimiento académico, tiempo estudio y neurocognición. Estudiantes consumidores de alcohol, tenían una disminución de la atención activa, trabajo mental se fatigó respecto a los abstemios. En Sao Paulo la edad de inicio del tabaco es 13 años. En Chile estudiantes de Medicina 33% consumen marihuana. SENDA publica información sobre los efectos y riesgos de consumir varias drogas, en estudios de población general y escolar. Hay estudios que dicen que el consumo de drogas se inicia a edades tempranas. Los consumidores de drogas siguen siendo una población oculta. **Objetivos:** Determinar el consumo de drogas lícitas e ilícitas, Identificar las prevalencias de consumo de drogas por tipo. Asociar información biosociodemográfica con el consumo de drogas.

Métodos: El diseño es transversal. La población son estudiantes de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La muestra fue 128. Se evaluó el consumo de drogas, con la metodología de pares en la aplicación, solicitando consentimiento, edades entre 17 y 31 años, 32% mujeres. Los estudiantes de ramos básicos y pre-clínicos se entrevistaron en pasillos y ramos clínicos en hospital. La aplicación utilizó el instrumento validado por Rodríguez, Hernández. Se definieron drogas lícitas e ilícitas drogas suaves y duras. Pruebas estadísticas.

Resultados: La prevalencia de consumo anual, 25% tabaco, alcohol 88,3%, marihuana 53,9%, cocaína 1,6%, éxtasis 0,8%, otras drogas 7,0%, lícitas 89,8%, ilícitas 54,7%, suaves 90,6% y duras 7,8%. El consumo actual, tabaco 9,4%, Alcohol 44,5%, marihuana 13,3%, lícitas 48,4%, ilícitas 13,3%, suaves 50,0%. La edad en años mínima de inicio al consumo, tabaco 11, alcohol 10, marihuana 15, otras drogas 17. Las asociaciones fueron: nivel educacional del padre se asocia con tabaco, situación laboral y nivel educacional del padre y género con alcohol, drogas lícitas, la actividad sexual anual se asocia al consumo tabaco, marihuana y el alcohol, la actividad sexual con marihuana y drogas lícitas. La identidad sexual con tabaco; Alcohol, marihuana, lícitas e ilícitas.

Conclusiones/Recomendaciones: El inicio del consumo de drogas es en enseñanza básica y se asocia al nivel educacional, situación laboral del padre y género, actividad e identidad sexual. También las prevalencias frente al consumo de drogas ilícitas son mayores a lo observado en otros estudios universitarios en estudios que trabajan con metodología tradicionales, esto hace pensar que a través de la metodología de pares se produce una disminución de falsos negativos (población oculta).

24. ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE POBLACIONES OCULTAS A PARTIR DE FUENTES EXISTENTES

A. Sarasa-Renedo, S. Fernández-Balbuena, G. Molist, M. Ruíz-García, B.I. Indave, G. Barrio, L. Sordo

Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII); Escuela Nacional de Sanidad (ISCIII); Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Poblaciones ocultas (PO) son las formadas por individuos con características o comportamientos poco frecuentes a los que se asocia un estigma. Son ejemplos la prostitución, el consumo de drogas o ser VIH positivo. En las PO, el marco muestral es escaso o inexistente, de manera que es imposible estudiarlas a través de métodos tradicionales. Para estimar el tamaño de las PO, se pueden emplear registros de las mismas que sí son visibles, como los policiales, de tratamiento o de mortalidad. El objetivo es identificar y valorar las metodologías existentes para determinar el tamaño de PO a partir de registros existentes.

Métodos: Con la determinación de la prevalencia de uso inyectado de drogas como ejemplo para calcular el tamaño de PO, se realizó una revisión exhaustiva de las metodologías empleadas en tres instituciones fundamentales en el campo de las drogodependencias: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Centro Europeo de Control de las Enfermedades y Oficina de Naciones Unidas contra la Droga. Para cada metodología se identificaron los requerimientos y asunciones previas para realizarse, y sus ventajas e inconvenientes tanto epidemiológicos como logísticos.

Resultados: Las principales metodologías identificadas fueron cuatro: Métodos multiplicativos (de mortalidad, tratamiento o VIH), Captura-recaptura (CRC), Poisson truncada y de múltiples indicadores. La elección de una u otra depende del número y la calidad de las fuentes de datos disponibles. Así, para la obtención de estimaciones del número de usuarios de drogas inyectadas, de menos a más robustas, se recomienda, en función de lo que se disponga: 1) Si sólo se

tiene acceso a una fuente de datos (por ejemplo, un servicio de intercambio de jeringuillas), se podrá emplear el método de la Poisson truncada. 2) Si se dispone de una fuente de información y de una tasa relacionada y relativa a la misma población (por ejemplo, número de muertes por consumo de opioides, y tasa de mortalidad en una cohorte de consumidores de opioides), es posible aplicar métodos multiplicativos. 3) Cuando disponemos de dos o (idealmente) más fuentes de datos y al menos dos de ellas son independientes entre sí, se pueden aplicar métodos de CRC. 4) Por último, con varias estimaciones de calidad obtenidas con métodos CRC referentes a distintas poblaciones, podría estimarse el tamaño de la población total (por ejemplo nacional) con los métodos de indicadores múltiples.

Conclusiones/Recomendaciones: Pueden estimarse poblaciones ocultas a partir de una sola fuente de datos existente, si bien la combinación de los métodos CRC y de múltiples indicadores constituye la mejor aproximación.

Financiación: Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction (HA-REACT).

386. CONSUMO DE DROGAS Y APOYO FAMILIAR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. RESULTADOS DEL PROYECTO UNIHCS

J. Arias, A.J. Molina, T. Fernández-Villa, R. Olmedo, J.M. Cancela, R. Mateos, V. Martín

Universidad de León; Universidad de Granada; Universidad de Vigo; Universidad de Salamanca; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El inicio de la etapa universitaria es un momento decisivo en cuanto al establecimiento de hábitos relacionados con la salud, pudiendo ser el funcionamiento familiar un elemento determinante de alguno de ellos como el consumo de drogas. Los objetivos de este estudio fueron evaluar el inicio en el consumo de drogas entre estudiantes universitarios y explorar su relación con el funcionamiento familiar.

Métodos: Se realizó un diseño transversal basado en datos del proyecto uniHcos. La variable dependiente fue haber probado en al menos una ocasión alguna de las sustancias estudiadas: cannabis, estimulantes (cocaína, speed y éxtasis) y depresores (tranquilizantes sin receta, heroína, GHB e inhalables volátiles), considerándose policonsumo haber probado más de una de ellas. Las variables explicativas fueron: apoyo familiar (evaluado mediante el APGAR), edad, estado civil, domicilio de residencia, consumo de tabaco y binge drinking (BD). Se calculó el porcentaje de estudiantes que habían probado las diferentes drogas en función del sexo y el apoyo familiar. Se realizaron modelos multivariados de regresión logística estratificados por sexo y ajustados por todas las variables explicativas, calculándose las OR y sus IC95%.

Resultados: De los participantes ($n = 4.166$), la mayoría fueron mujeres (72,3%), residían en el domicilio familiar, su funcionamiento familiar fue normal, no fumaban y cerca de la mitad había practicado BD al menos en una ocasión el último mes (50,5% mujeres y 49,5% hombres). Se observó entre los hombres mayores tasas de consumo de todos los grupos de drogas estudiadas (cannabis: 49,2% hombres y 42,0% mujeres; estimulantes: 8,5% hombres y 5,3% mujeres; depresores: 3,4% hombres y 2,8% mujeres). Cuanto peor fue el apoyo familiar se observaron mayores tasas de consumo de todas las drogas así como de policonsumo ($p < 0,001$). En ambos sexos, se encontró relación entre la edad, fumar y haber probado todos los grupos de drogas estudiadas así como el policonsumo. En mujeres, haber probado los diferentes grupos de drogas considerados se asoció con vivir en un piso de alquiler y con un apoyo familiar disfuncional grave (OR: cannabis = 1,64; estimulantes = 2,17; depresores = 3,69), no encontrándose

se relacionado el BD con haber probado depresores pero sí con haber probado cannabis y estimulantes. En hombres, el apoyo familiar disfuncional grave se relacionó con haber probado estimulantes (OR = 2,28), no observándose asociación entre el apoyo familiar y haber probado cannabis y depresores.

Conclusiones/Recomendaciones: El apoyo familiar podría ser un elemento clave en el inicio en el consumo de drogas entre los estudiantes universitarios, pudiendo estar relacionado en mayor medida con el hecho de probar drogas entre las mujeres que entre los hombres.

409. LA EXCLUSIÓN SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL DROGODEPENDIENTE

M. Moñino García, B. Sánchez Pina, J.J. Gascón Cánovas, J. Mendiola Olivares, A. Cutillas Tolín, A.M. Torres Cantero

Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: La drogodependencia y la exclusión social son dos fenómenos independientes que sin embargo interactúan pudiendo ser causa o consecuencia el uno del otro. Respecto a la exclusión social siguen existiendo incógnitas de cómo abordarla. Nuestro objetivo es conocer la exclusión social desde la perspectiva de los ex- y drogodependientes, así como conocer sus expectativas de reinserción social y laboral.

Métodos: Se ha utilizado la metodología cualitativa con entrevista semiestructurada e individual. El muestreo fue dependiente de la saturación de información, alcanzando 9 participantes drogodependientes y 3 ex-drogodependientes. Para el análisis se utilizó el programa Atlas-Ti, se procedió a descomponer el texto en unidades de significado y, finalmente se codificó siguiendo la estrategia de la "Grounded Theory".

Resultados: Percepciones sobre exclusión social. Nuestros participantes afirman que sólo el hecho de ser drogodependiente es un gran condicionante para ser excluido. Pero, no sólo consideran que el tipo de droga que consumes te condiciona, sino que también influyen el nivel cultural, nivel económico, etc. Aunque actualmente se arrepienten, no sólo han reaccionado ante la exclusión con sentimientos de tristeza y pena, sino que también esto les ha llevado a tener comportamientos de violencia hacia los demás y hacia sí mismos. Percepciones sobre las necesidades. Todos ellos desean dejar definitivamente la droga. Muchos de ellos han perdido a la familia, hijos, amistades a casusa de la droga, y les gustaría poder recuperar su antigua vida. Importancia del apoyo. De manera unánime afirman que sin apoyo ellos no podrían superar esta situación y describen diferentes tipos de ayuda. Aunque piensan que es imprescindible un apoyo externo, donde te ayudan a cambiar viciados hábitos por rutinas más saludables con asistencia especializada. Estas situaciones donde se sienten amparados, al contrario de cuando se sienten rechazados por la sociedad, les proporcionan sentimientos de felicidad y fuerza para luchar. Expectativas de futuro. Todos ellos imaginan un futuro sin drogas, empezando una nueva vida o recuperando la vida que la droga les ha ido robando poco a poco. Todos creían que es posible la reinserción social y laboral. Aunque saben que es algo muy duro de conseguir. Y en el caso de los tres ex-drogodependientes sí habían cumplido sus expectativas, estaban en casa con su familia, se encontraban más adaptados socialmente y uno de ellos había conseguido trabajo.

Conclusiones/Recomendaciones: La labor profesional en los centros especializados la perciben como esencial y capaz de marcar la evolución del proceso de reinserción. Los profesionales juegan un papel fundamental y por ello, se recomienda que el profesional investigue y pregunte directamente a las personas afectadas sobre sus sentimientos, sin asumirlos.

CP20. Tuberculosis

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 11:30 a 13:30 h

Pantalla 4

Moderadora: María José Iglesias Gozalo

366. ESTRATEGIA COLABORATIVA PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN CATALUÑA

A. Rodés, A. Orcau, I. Barrabeig, L. Clotet, I. Parron, N. Follia, S. Minguell, P. Godoy, M. Jané, et al

SG de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública; Agència de Salut Pública de Catalunya; Departament de Salut; Agència de Salut Pública de Barcelona; Ajuntament de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública mundial que afecta a millones de personas, predominantemente en los países con nivel de ingresos bajo o mediano. La TB es también una amenaza de salud persistente en los países con un nivel alto de ingresos. En Cataluña, todo y haberse realizado avances importantes en la prevención y control de esta enfermedad, la incidencia es aún alta comparada con la de los países de nuestro entorno. El objetivo es evaluar los esfuerzos para la prevención y el control de la TB realizados en Cataluña según los indicadores nacionales y los del Centro Europeo para el Control de Enfermedades.

Métodos: Construcción de indicadores a partir de las encuestas epidemiológicas realizadas a todos los casos de TB notificados en Catalunya.

Resultados: Se mostrarán el resultado de los siguientes indicadores: tendencia de la tasa de notificación de casos en los últimos años; la proporción de casos nuevos pulmonares confirmados por cultivo; el porcentaje de casos pulmonares en adultos confirmados por cultivo con antibiograma realizado; la mediana del retraso diagnóstico de los casos pulmonares; la tasa de cumplimiento satisfactorio del tratamiento de los casos nuevos pulmonares confirmados por cultivo que iniciaron el tratamiento el año 2013 y la proporción de casos pulmonares con baciloscopia de esputo positiva y estudio de contactos realizado.

Conclusiones/Recomendaciones: La detección temprana y el tratamiento correcto de los casos de TB y el estudio de contactos de sus formas contagiosas son primordiales para el control de la TB. En los próximos años los esfuerzos de colaboración entre la red asistencial y los servicios de salud pública han de ir alineados en la consecución de estos objetivos para acelerar el declive de la tuberculosis en Cataluña.

678. BROTE FAMILIAR DE TUBERCULOSIS EN INMIGRANTES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL Y POBREZA

A. Corma-Gómez, C. del Moral Campaña, D. Almagro Nievas

Unidad de Gestión Clínica Interniveles de Salud Pública de Granada.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis (TBC), causada por especies del complejo *M. tuberculosis*, se transmite por medio de gotículas/aerosoles de saliva. El ser humano enfermo es el principal reservorio y la fuente de contagio es casi exclusivamente la persona con TBC respiratoria. A nivel mundial, la TBC continúa siendo una de las causas más importantes de enfermedad y muerte en muchos países y un importante problema de salud pública. Un tercio de la población mundial está infectada. Los infectados presentan un riesgo de enfermar de un 10% a lo largo de la vida, mayor en situaciones de in-

munodepresión). Rumanía es el país de la UE donde más casos de TBC se notifican. La pobreza y la exclusión social constituyen factores de riesgo de infección y mala adhesión al tratamiento. Tras el diagnóstico de un caso de TBC pulmonar en un niño rumano de 11 meses, se inició el estudio de contactos encontrándose que el abuelo había ingresado en el hospital por TBC. El objetivo es describir el brote de TBC en varias familias rumanas ubicada en dos municipios de Granada y describir el abordaje específico para su control durante el año 2015.

Métodos: Estudio descriptivo de un brote de TBC en un núcleo familiar extenso, de inmigrantes procedentes de Rumanía y asentados en poblados chabolistas, distribuidos en dos localidades. Se realizó búsqueda retrospectiva de casos, se encontró el inicio en un caso de 2010. Se utilizó la metodología del Protocolo de Vigilancia y Alertas en TBC del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Se creó una comisión multidisciplinar de seguimiento del brote, que se reunió con periodicidad semanal para analizar el progreso y diseñar y evaluar estrategias de actuación. Se decidió extremar la vigilancia epidemiológica sobre este grupo poblacional y se prescribió tratamiento directamente observado (TDO), para asegurar cumplimiento.

Resultados: De 21 contactos identificados, se estudiaron 18. De ellos se han identificado 5 enfermos y 13 infectados. A todos se les prescribió tratamiento y algunos con TDO. Hasta la fecha actual y tras revisar la situación, no se han notificado nuevos casos.

Conclusiones/Recomendaciones: Se produjo un brote de TBC pulmonar, en familias rumanas en dos municipios de Granada entre 2010 y 2015. La percepción de la enfermedad según las diferencias socioculturales y el desconocimiento supone un hándicap grave en la adhesión al tratamiento. La descoordinación entre los diferentes actores responsables de la asistencia integral de estas situaciones supone una barrera en la identificación de casos y prevención de la transmisión. Situaciones en las que la adherencia al tratamiento es escasa obligan a adoptar medidas innovadoras para contener el brote que consideren los determinantes socioculturales de la enfermedad.

869. ESTUDIOS DE CONTACTO DE TUBERCULOSIS: IMPORTANCIA Y CONSECUENCIAS EN UNA MICROEPIDEMIA FAMILIAR

I. Fernández, J.A. Taveira, A. Quiroga, M. Valdivia, F. Martín, Y. Villán, M. Ordobás, J.A. Mariano

Servicio de Epidemiología, Subdirección de Epidemiología, DGSP; Medicina Preventiva, Hospital Universitario La Paz; Medicina Preventiva, Hospital Universitario Clínico San Carlos; Medicina Preventiva, Hospital Universitario 12 de Octubre.

Antecedentes/Objetivos: La realización de estudios de contacto es de suma importancia en el estudio de la enfermedad tuberculosa. En la vigilancia epidemiológica es fundamental la identificación de los grupos de especial riesgo, la identificación de la cadena de transmisión y el tratamiento de los contactos cuando sea necesario. Las microepidemias suelen estar relacionadas con presencia de un foco contagiante transmisor de los bacilos, la existencia de una relación frecuente y continuada en un espacio físico común entre el foco y los convivientes y la existencia de contactos especialmente predispuestos: niños e inmunodeprimidos. Estudiamos una familia de origen boliviano, que en el año 2013 uno de sus miembros fue diagnosticado de tuberculosis (Tb) dando lugar en el año 2015 una microepidemia familiar. Objetivo: describir las características clínicas y epidemiológicas de una microepidemia familiar residente en el distrito Latina de Madrid.

Métodos: Estudio descriptivo mediante revisión de datos de historias clínicas electrónicas de los pacientes y sus contactos tanto en atención especializada (AE) como en atención primaria (AP) y mediante contacto con los médicos y con la unidad de tratamiento directamente observado de Cruz Roja.

Resultados: En enero de 2015 se notificó el caso inicial de Tb en un varón de dos meses que fallece en un hospital de Madrid por Tb diseminada. En el Estudio de Contactos (EC) de los convivientes, su madre es diagnosticada de Tb miliar con afectación pulmonar, se descubre el caso índice, el tío del lactante fallecido, que fue diagnosticado en el año 2013 de Tb pulmonar bacilífera, y que abandono el tratamiento de la enfermedad. En el marco del EC este paciente reinicio tratamiento, otro conviviente fue diagnosticado de Tb pulmonar y cuatro fueron diagnosticados de infección tuberculosa latente (ITL). En el EC del año 2013 por el caso índice se identificaron todos los familiares de forma adecuada, pero no se realizó la segunda prueba de tuberculina a las 8/12 semanas y no se recomendó el tratamiento de la ITL a los convivientes infectados.

Conclusiones/Recomendaciones: Esta microepidemia familiar pone de manifiesto las dificultades y problemas a los que se enfrentan los profesionales sanitarios ante un caso de Tb. Los factores que han podido influir en el desarrollo de la misma son: el abandono del tratamiento del caso índice, la no realización de la segunda prueba de tuberculina en el primer EC y las dificultades en la coordinación cuando el seguimiento es conjunto entre AP y AE.

271. TUBERCULOSIS CON O SIN DIAGNÓSTICO DE DIABETES. ¿HAY DIFERENCIAS?

S. Fernández Arribas, C. Ruiz Sopena, H. Marcos Rodríguez, M.J. Rodríguez Recio, M.M. Herranz Lauría, N. Lorusso Louross, M. Gil Costa, S. Tamames Gómez

Dirección General de Salud Pública, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: La relación entre tuberculosis (TB) y diabetes (DM) está claramente reconocida, aceptándose que entre los diabéticos la incidencia de tuberculosis es más alta. El objetivo de este trabajo es analizar si existen diferencias en la presentación de la TB en pacientes con diagnóstico de DM.

Métodos: Se analizan los casos de TB notificados entre 2008 y 2014 al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León, divididos en dos grupos: con y sin diagnóstico de DM. Los diagnósticos de DM proceden de la historia clínica electrónica (Medoracyl). Los casos de TB con diagnóstico DM se han dividido en función de la fecha de inicio de síntomas (FIS) de TB: anterior o posterior al diagnóstico de DM. En ambos casos se realiza un estudio descriptivo con análisis de variables clínicas, epidemiológicas y microbiológicas procedentes de la encuesta epidemiológica de TB. Se calculan porcentajes y se estudia la posible significación estadística entre ambas localizaciones. Diferencias calculadas con intervalos de confianza al 95% (p) entre los grupos.

Resultados: Entre 2008 y 2014 se notificaron 2.415 casos de TB. Un 6,91% (167 casos) tienen diagnóstico de DM. No hay diferencia entre sexos. En ambos grupos el mayor porcentaje de casos se observa en mayores de 75 años. El porcentaje de casos es significativamente mayor entre diabéticos de 54 a 64 años y de 65 a 74 ($p = 0,0001$). No se observan diferencias en las variables clínicas ni microbiológicas pero sí en el seguimiento de los casos. El tratamiento satisfactorio es significativamente mayor en el grupo de diabéticos ($p = 0,0084$). Respecto a los factores de riesgo los casos de TB con DM tienen menos contacto con enfermos de TB y son en menor proporción emigrantes. De los 167 casos de TB con DM se conoce la FIS de la TB en 148 y en el 56,08% (83) esta fue posterior al diagnóstico de DM. En el análisis de este grupo únicamente se observa diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,0232$) en la localización pulmonar de la TB, más frecuente en los casos con FIS de TB posterior al de DM.

Conclusiones/Recomendaciones: En casos de TB con DM no se encuentran diferencias relevantes en la presentación de la TB. Las diferencias observadas pueden considerarse esperables. El mejor resultado de tratamiento en los casos con DM es razonable en pacien-

tes con una enfermedad crónica que necesita un control cuidadoso para evitar su desestabilización. Igualmente, que el contacto con enfermos de TB no sea un factor de riesgo relevante es compatible la diabetes, que conlleva una disminución de la inmunidad que puede favorecer la reactivación de la infección sobre todo en personas mayores.

989. CONHECIMENTO E PRÁTICAS SOBRE TUBERCULOSE ENTRE DETENTOS DO SISTEMA PRISIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL

S. Ferreira Jr, H.B. Oliveira, L. Marin-Leon, P.M.S.B. Francisco, P.A. Nogueira

Faculdade de Saude Pública, Universidade de São Paulo; Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Campinas.

Antecedentes/Objetivos: Cerca de 10 milhões de pessoas vivem confinadas nas prisões em todo o mundo e o Brasil ocupa o quarto lugar entre os países com maior população prisional. A permanência por longos períodos em celas superlotadas, mal ventiladas e insalubres são condições favoráveis à infecção pela tuberculose (TB). São raros os estudos que abordam o conhecimento da TB entre detentos e, aqueles realizados com grupos, apontam o desconhecimento da doença como uma das principais barreiras para a percepção dos sintomas, adesão ao tratamento e cura. Este estudo analisou o conhecimento e práticas sobre TB entre detentos de uma unidade prisional de regime fechado do Estado de São Paulo, Brasil.

Métodos: Estudo transversal com aplicação do questionário KAP (Knowledge, attitudes and practices) adaptado. A amostragem foi por interesse e a pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Administração Penitenciária. Não houve conflitos de interesses e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram digitados no programa Epi-info versão 6.04 onde foram realizadas as análises das frequências de todas as variáveis.

Resultados: Foi obtida amostra de 141 dos 1.153 prisioneiros. Entre os entrevistados, 76,6% não receberam informações sobre a TB e o sintoma mais conhecido da doença foi a tosse seca (63,1%). Sobre a transmissão 10,6% referiu compartilhamento de pratos e talheres e 38,3% desconhecem as formas preventivas da TB. Desconheciam a gratuidade do tratamento 59,6%.

Conclusiones/Recomendaciones: O conhecimento dos detentos sobre a TB mostrou-se modesto, envolto por conceitos equivocados relacionados aos sintomas, prevenção e transmissão, que exercem influências sobre as práticas e atitudes, alimentando crenças e estimulando o estigma da doença. Indica-se a elaboração de estratégias de educação em saúde para os detentos, focadas na ampliação do conhecimento clínico epidemiológico da doença.

990. CONHECIMENTO E PRÁTICAS SOBRE TUBERCULOSE ENTRE FUNCIONÁRIOS DO SISTEMA PRISIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO

S. Ferreira Jr, H.B. Oliveira, L. Marin-Leon, P.M.S.B. Francisco, P.A. Nogueira

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas.

Antecedentes/Objetivos: A tuberculose (TB) encontra nas celas superlotadas e mal ventiladas das prisões, condições favoráveis para a transmissão da doença, alcançando altos índices de incidência entre os detentos. Devido à convivência diária, os funcionários podem transmitir a doença entre familiares e a comunidade. São raros os estudos que abordam o conhecimento da TB entre funcionários de

presídios e, aqueles realizados com outros grupos, apontam o desconhecimento da doença como uma das principais barreiras para a percepção dos sintomas, adesão ao tratamento e cura. Este estudo analisou o conhecimento e práticas sobre TB entre funcionários de uma unidade prisional de regime fechado no Estado de São Paulo, Brasil.

Métodos: Estudo transversal com aplicação do questionário KAP (Knowledge, attitudes and practices) adaptado. A amostragem foi por interesse e a pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Administração Penitenciária. Não houve conflitos de interesses e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram digitados no programa Epi-info versão 6.04 onde foram realizadas as análises das frequências de todas as variáveis.

Resultados: Foram entrevistados 115 funcionários. Não receberam informações sobre a TB 63,5%. Não se sentiam bem informados sobre a TB 63,5% e 92,1% desejaria receber mais informações e 44,3% acredita que a TB é transmissível através do compartilhamento de pratos e talheres.

Conclusiones/Recomendaciones: Eram esperados melhores resultados, considerando-se a escolaridade dos entrevistados. Foram encontrados conceitos equivocados sobre sintomas, transmissão e prevenção da TB, que podem afetar a percepção dos sintomas, adesão ao tratamento e cura. Estes resultados revelam a fragilidade dos treinamentos realizados, indicando a necessidade de estratégias de educação em saúde na ampliação do conhecimento sobre o manejo clínico da tuberculose no contexto prisional, contribuindo para o controle da TB nas prisões.

652. ESTUDIO DE IGRA Y MANTOUX COMO PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE INFECCIÓN TUBERCULOSA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA

O. Martínez, N. Pascual, B. López, P. Moreno, M. Montes

Complejo Hospitalario Universitario de Granada (Virgen de las Nieves); Distrito Sanitario Granada-Metropolitano.

Antecedentes/Objetivos: En España, Mantoux (Mx) e IGRA se utilizan para diagnóstico de infección tuberculosa, estudios de contactos y cribado. El uso generalizado del Mx en Atención Primaria debe ajustarse a unos criterios de elección, ya que existen factores como la vacunación previa con BCG que interfieren en el resultado. En Andalucía, se suspendió la vacunación sistemática con BCG en 1980, no obstante existe población procedente de países que la mantienen. Se realiza un estudio sobre el uso de Mx e IGRA en una Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria en 2015. El objetivo es describir los resultados del diagnóstico de infección tuberculosa de la Unidad teniendo en cuenta variables individuales y técnicas empleadas, analizar la concordancia entre Mx e IGRA y establecer criterios de elección de la prueba más adecuada.

Métodos: La Unidad atiende a pacientes de dos centros de acogida con población transeúnte (centros especiales). La población de estudio son los pacientes de la Unidad a los que se les solicitó Mx, IGRA o ambos durante el año 2015. Se construyó una base de datos en Excel con variables de persona, lugar y tiempo. Se realizó un estudio descriptivo, se calculó OR (IC al 95%) y se asumió un valor p de 0,1 dado el pequeño tamaño muestral (133).

Resultados: El 47,4% de la población procedía de países con vacunación sistemática BCG. En centros especiales, la tasa de infección fue de 36%. En población general, la tasa de infección fue de 18,2%, El riesgo de infección fue 2,3 veces superior (IC95%: 0.87-6.22) en centros especiales. Ser inmigrante no resultó ser factor de riesgo para la infección, OR de 0,5 (IC95%: 0.23-1.21). Se halló discordancia entre IGRA y Mx. En un 9,1% de pacientes, se obtuvo resultado positivo con Mx y negativo con IGRA, mientras que en un 3,1%, el Mx fue negativo y el IGRA positivo.

Conclusiones/Recomendaciones: Se observó un mayor riesgo de infección tuberculosa en centros especiales, hecho relacionado con el estilo de vida de los pacientes, no con la inmigración. Se establecen recomendaciones para la elección de la prueba en Atención Primaria: En españoles nacidos antes de 1980, vacunados con BCG, procedentes de países con vacunación sistemática BCG o con desconocimiento de su estado vacunal, se recomienda realizar IGRA. En los españoles nacidos después de 1980 o no vacunados con BCG por supresión de los Programas de vacunación sistemática, se recomienda realizar Mx, excepto en pacientes de alto riesgo (inmunodeprimidos, niños menores de 5 años), en los que se recomienda realizar Mx e IGRA. Tanto con Mx como con IGRA no son fiables en caso de enfermedad tuberculosa activa.

988. TUBERCULOSE ENTRE FUNCIONARIOS DO SISTEMA PRISIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL

S. Ferreira Jr., P.M.S.B. Francisco, P.A. Nogueira

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas; Faculdade de Saúde Pública-Universidade de São Paulo.

Antecedentes/Objetivos: A tuberculose (TB) apresenta alta incidência no sistema prisional, atribuída às celas superlotadas e mal ventiladas. Os detentos convivem com os funcionários dos presídios, que podem transmitir a doença entre seus familiares e a comunidade. Este estudo analisou os casos de TB entre os funcionários do sistema prisional do Estado de São Paulo, Brasil no período entre janeiro de 2007 a dezembro de 2012.

Métodos: Estudo transversal descritivo que analisou informações sobre o controle dos casos de TB entre funcionários do sistema prisional do Estado de São Paulo, Brasil de 2007 a 2012, disponíveis no sistema de informações TB-web do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo. Foram realizadas análises descritivas por meio de frequências relativas no programa Microsoft Excel versão para Windows 2007-2013.

Resultados: Dentre todos os 75 casos de tuberculose registrados entre funcionários 29,3% pertenciam ao sexo feminino. Quanto à área de atuação 78,7% foram ignorados. O maior percentual de casos (44,0%) teve seu diagnóstico por demanda ambulatorial. O diabetes foi a doença encontrada com maior associação com a TB (13,3%). Dados ignorados ou não informados foram encontrados para todas as variáveis estudadas.

Conclusiones/Recomendaciones: Os resultados indicam a ausência de dados e revela a fragilidade do sistema de informações, impossibilitando análises mais aprofundadas sobre o perfil dos funcionários mais afetados pela doença, dificultando ações preventivas e controle da tuberculose no contexto prisional. Indica-se a intensificação de ações de educação em saúde para trabalhadores, focadas na prevenção da TB e aproximação dos programas de tuberculose com o programa de saúde do trabalhador como estratégia na promoção do diagnóstico precoce e acompanhamento dos casos de TB entre funcionários do sistema prisional.

5. ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A PACIENTES Y FAMILIARES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS. CLÍNICA REINA CATALINA, BARRANQUILLA, COLOMBIA

Y. García Casanova, K.P. Mercado López, S. Nader Díaz, D.C. Manotas
Clínica Reina Catalina.

Antecedentes/Objetivos: Colombia en los últimos 43 años ha notificado cerca de 500 mil casos de tuberculosis con un promedio anual de 11.571. Aunque la tasa de incidencia ha disminuido pasando de

58,62 casos por cada 100.000 habitantes en 1970, a 24,91 casos por cada 100.000 habitantes en 2014. Ante tal problemática la Educación para la salud se convierte en una estrategia de gran valor. La prevención puede tener un carácter primario cuando se dirige a evitar la enfermedad, o un carácter secundario y terciario cuando actúa en grupos de riesgo o en personas enfermas para evitar las complicaciones. En nuestro ámbito hospitalario también existe un elevado número de pacientes hospitalizados por esta entidad o diagnosticados durante su hospitalización con escaso conocimientos acerca de su enfermedad, por las razones expuestas anteriormente nos trazamos como Objetivo: Implementación de una estrategia educativa para la salud a pacientes y familiares con diagnósticos de Tuberculosis ingresados en la clínica.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo e intervención encaminada a la implementación de una estrategia educativa que diera respuesta al desconocimiento de la enfermedad. Teniendo en cuenta las variables tiempo de diagnóstico de la enfermedad, conocimiento, nuevo diagnóstico y nivel sociocultural.

Resultados: Se identificó que más del 80% de los pacientes diagnosticados no poseían el conocimiento acerca de su enfermedad y sus complicaciones así como las medidas de aislamientos correspondientes, prevalecieron los pacientes diagnosticados en otras instituciones en relación con los diagnosticados en la clínica, en menor proporción se evidencio el abandono del tratamiento farmacológico por no darle la importancia que requería el mismo influyendo en gran medida los bajos niveles socioculturales de los portadores y su familia. Ante tal problemática se desarrolló como apoyo a los programas de atención primaria una estrategia educativa que fortaleciera y brindara todas las herramientas, diagnosticando el nivel de conocimiento de los pacientes ingresados y la aplicación de la estrategia educativa para garantizar evacuar todas las dudas al respecto y fortalecer las debilidades acerca de su enfermedad incluyendo a la familia, una vez concluida la intervención educativa se evidencio que se logró un 97% de conocimiento acerca de su enfermedad el resto no se pudo intervenir por las complicaciones y el avanzado estado de su enfermedad relacionado con pacientes en fase VIH - Sida.

Conclusiones/Recomendaciones: La implementación de la estrategia educativa ha logrado elevar el conocimiento de los portadores de TBC abordando también a la familia, así como a los colaboradores internos de la clínica.

573. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE TUBERCULOSIS EN ADOLESCENTES. ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA, 2008-2015

M. Otero Santiago, L. Saleta Canosa, M. Fernández-Albalat Ruiz, P. Valiño López

Unidad de Tuberculosis de A Coruña; Servicio de Medicina Preventiva, CHUAC; Servicio de Neumología, CHUAC.

Antecedentes/Objetivos: La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Interesa conocer la incidencia de tuberculosis en adolescentes en el Área Sanitaria de A Coruña y sus características.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los casos de tuberculosis con edades comprendidas entre 10 y 19 años registrados en la Unidad de Tuberculosis de A Coruña entre el 1 de enero de 2008 y 31 de diciembre de 2015. Test binomial para comparación de proporciones (teórica versus observada). Datos analizados con SPSS v. 19 y Epi-Info 6.

Resultados: Se diagnosticaron 77 casos de tuberculosis en adolescentes lo que supuso el 5,3% del total de casos de tuberculosis del Área Sanitaria de A Coruña. Tres eran recidivas (3,9%) Aunque hay un ligero porcentaje de casos que son mujeres (55%) estas diferencias no son estadísticamente significativas $p = 0,494$, El grupo de edad 10-14 años supuso el 20,8% del total.

La localización más frecuente ha sido pulmonar (79,2%) sola o asociada a otras localizaciones. En cuanto a la localización pulmonar (se excluyen los casos de TB primaria), destacar que el 49,2% (IC95%: 36,1-62,3) eran bacilíferos en el momento del diagnóstico y el 27,9% (IC95%: 17,1-40,8) presentaban radiografía cavitada. Factores de riesgo: contacto reciente con un caso de tuberculosis bacilífera, infección reciente (24,7%) seguido de la procedencia de otros países (14,3%) y el tabaquismo (6,5%) Situación final éxito en el 97,4%: tratamiento completado/curación bacteriológica. El resto, 2 casos, continúan a tratamiento.

Año	Casos	Incidencia (población adolescente del área sanitaria de A Coruña)
2008	15	38,9 casos/100,000
2009	15	35,8 casos/100,000
2010	12	28,6 casos/100,000
2011	10	24 casos/100,000
2012	9	21,7 casos/100,000
2013	4	9,8 casos/100,000
2014	7	17 casos/100,000
2015	5	12,1 casos/100,000

Conclusiones/Recomendaciones: La tuberculosis pulmonar bacilífera predomina en la forma de presentación en adolescentes en el área sanitaria de A Coruña. Es importante reconocer la enfermedad y tener un diagnóstico temprano dado que los adolescentes tienen una vida social activa (clases, actividades, pertenencia a grupos...) que favorece la transmisión. La tasa de cumplimentación de tratamiento en nuestra área ha sido un éxito.

176. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FRENTE A LA TUBERCULOSIS EN GUINEA ECUATORIAL

Z. Herrador, H. Pérez-Freixo, G. Fagundez, P. Ncogo, P. Aparicio, J. Eyene, A. Benito

Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital 12 de Octubre; Ministerio de Sanidad y Bienestar Social de Guinea Ecuatorial.

Antecedentes/Objetivos: Guinea Ecuatorial (GE) tiene una de las tasas de tuberculosis (TB) más altas de África. Una baja adherencia al tratamiento constituye uno de los principales obstáculos para el control de esta enfermedad. El objetivo de este estudio fue determinar la adherencia al tratamiento de la TB en GE y sus determinantes.

Métodos: En este estudio transversal, los participantes fueron reclutados por muestreo consecutivo no probabilístico entre los pacientes que asistieron a las unidades de referencia para TB en Bata y Malabo, las dos ciudades principales del país, entre marzo y junio de 2015. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. La adherencia al tratamiento se evaluó mediante los tests de Morisky-Green-Levine y Batalla. Además, se elaboró un cuestionario tras una revisión de la literatura. Se realizó análisis descriptivo con medidas de frecuencia y bivalente según perfil de adherencia mediante prueba χ^2 .

Resultados: Se entrevistaron 98 pacientes. El 51,2% de los encuestados eran mujeres, y la edad media fue de 34,3 años. En cuanto a las características clínicas, el 22,5% eran VIH positivos, el 83,2% no sabían cómo habían adquirido la TB y el estudio de contactos se había realizado en el 46,9% de los casos. El 36,7% y 21,4% de los pacientes resultaron ser no adherentes al tratamiento de TB según los tests de de Batalla y Morisky, respectivamente. El 40,8% conocía los efectos secundarios del tratamiento, el 32,6% ($n = 32$) refirió haber experimentado algún tipo de molestia relacionada con él y un 62,2% dijo sentirse deprimido por

tener TB. Un bajo nivel educativo ($p = 0,001$), la falta de apoyo familiar ($p = 0,020$) y la falta de consejo médico sobre la enfermedad ($p = 0,046$) se asociaron significativamente con un menor nivel de adherencia. El 46,2% de los casos de re-infección eran no adherentes en comparación con el 17,6% de los pacientes sin re-infección ($p = 0,020$).

Conclusiones/Recomendaciones: Las tasas de no adherencia al tratamiento de la TB en GE están por encima de los valores considerado por la OMS como aceptable. Varios determinantes sociales y relacionadas con la asistencia sanitaria influyen en el nivel de adherencia. El Programa Nacional para el Control de la TB de GE debería considerar mejorar el diagnóstico precoz y el seguimiento de los casos de tuberculosis, así como la implementación de todos los componentes de la estrategia DOTS (tratamiento directamente observado, de corta duración) en todo el país. Mejoras en la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad también son deseables para poder garantizar su control a medio y largo plazo.

389. EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN UNA ZONA RURAL. SUR DE CÓRDOBA

B. Iborra Ronco, Y. Ortega López, C. Gómez Alférez Palma, I. Roldán Alba

UGC Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, AGS Sur de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: Las tasas de incidencia de tuberculosis en España siguen una tendencia descendente. En 2014 la tasa en España fue de 10,8 casos/100.000, inferior a la tasa media de la UE (12,7 casos/100.000 h). El gran cambio demográfico debido a la llegada masiva de personas procedentes de países en vías de desarrollo, ha propiciado un patrón epidemiológico con alto porcentaje de casos que corresponden a personas de esos países. Los nuevos desafíos para el control de la TBC en España giran en torno a mejorar el cumplimiento del tratamiento y los estudios de contactos en estas poblaciones, a detectar tempranamente la enfermedad y resistencias a los fármacos antituberculosos. **Objetivos:** estimar la incidencia y analizar los datos socio-demográficos y clínicos de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en la zona sur de la provincia de Córdoba durante siete años.

Métodos: Estudio retrospectivo a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) de los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar entre enero del 2008 y diciembre del 2014 en el Área Sur de Córdoba, con una población estimada de 270.000 habitantes.

Resultados: Se registraron un total de 171 pacientes. La incidencia tuvo una disminución progresiva a lo largo de los siete años, la mayor en 2008 con 40 casos (14,8/100.000 habitantes) y la menor en 2014 con 9 casos (3,33/100.000 habitantes). Mayor frecuencia en varones con 126 casos (73,5%). De los 171 casos, 43 (25%) fueron inmigrantes, 23 procedían de países africanos. Las pruebas diagnósticas más empleadas fueron la tinción de BAAR (98%), la radiografía de tórax (93%) y cultivo de esputo (90%). Las pérdidas en el seguimiento de la población inmigrante (26%) fueron mayores que entre los españoles (2,3%). El 25% de los enfermos de tuberculosis pulmonar sintomáticos sufrió un retraso diagnóstico superior a los 60 días, y en más del 50% de los pacientes el diagnóstico tuvo un retraso superior a los 30 días. Algunos estudios sugieren que hay una mayor demora diagnóstica en la población inmigrante frente a la población autóctona por su peor accesibilidad al sistema sanitario, sin embargo en nuestra área no hemos encontrado diferencias significativas ($p = 0,828$), aunque fue ligeramente superior en el primer colectivo (51,5 frente a 49,2 días).

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque la incidencia de la tuberculosis pulmonar en la zona sur de Córdoba tiene una tendencia decreciente en los últimos años, resulta necesario reforzar las intervenciones formativas entre los médicos para evitar el retraso en el diagnóstico. Se identifica como necesario implantar medidas más intensas para el control del tratamiento entre la población inmigrante.

760. RESISTENCIAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS SEGÚN TIPO DE TB Y PAÍS DE ORIGEN. GALICIA, 2008-2014

M.I. Ursúa Díaz, E. Cruz Ferro, J.A. Taboada Rodríguez, X. Hervada Vidal, Grupo de Trabajo del Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis

Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis, DG de Salud Pública, Consellería de Sanidade.

Antecedentes/Objetivos: Isoniacida (H) y rifampicina (R) son los fármacos más potentes frente a la tuberculosis (TB). En Galicia en 1998 se creó el Laboratorio de Referencia de Micobacterias, que desde 2004 realiza antibiograma (ATB) a todas las cepas de M. tuberculosis (MTB). **Objetivo:** describir los resultados de los ATB realizados en Galicia y ver si existen diferencias, según tipo de TB, entre población autóctona (PA) e inmigrante (PI) en el período 2008-2014.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Fuente: Sistema de Información de Tuberculosis. Período: 2008-2014. Ámbito: Galicia. Variables: resistencias (Rs), tipo TB y país de origen. Definiciones: población inmigrante (PI): persona procedente de un país de alta endemia. Análisis estadístico: descriptivo, ji-cuadrado (grado de significación: $p < 0,05$). Epidat 3,1.

Resultados: 3.154 (95,9%) casos de TB tenían ATB (208 (6,6%) eran PI). 2.935 (93,1%) fueron casos nunca tratados (TB-NT); PA 2.736 (92,9%) y PI 199 (95,7%). Tenían Rs a fármacos de 1ª línea 321 (10,2%). Alguna resistencia: H: 124 (3,9%); R: 19 (0,6%); etambutol (E): 11 (0,4%); estreptomycin (S): 167 (5,3%); pirazinamida (Z): 71 (2,3%). Monorresistencia: H: 68 (2,2%); R: 2 (0,06%); E: 3 (0,1%); S: 129 (4,1%); Z: 62 (2,0%). Polirresistencia: HE: 2 (0,06%); HS: 24 (0,8%); HETH: 2 (0,06%); HSEth: 6 (0,2%); HSEthMx: 1 (0,03%); HZ: 5 (0,2%); RS: 1 (0,03%). TB multirresistente (TB-MDR): 16 (0,5%), de ellos 1 (0,03%) fue extremadamente resistente (TB-XDR). Rs a H y TB-MDR según tipo TB y país de origen: 1. Casos de TB-NT: 2.736 (93,2%) en PA y 199 (6,8%) en PI. Rs a H: 99 (3,6%) en PA y 13 (6,5%) en PI; $p = 0,03$. TB-MDR: 9 (0,3%) en PA (1 TB-XDR) y 4 (2,0%) en PI; $p = 0,0038$. 2. Casos de TB previamente tratados (TB-PT): 210 (95,9%) en PA y 9 (4,1%) en PI. Rs a H: 11 (5,2%) en PA y 1 (11,1%) en PI; $p = 0,40$. TB-MDR: 2 (1,0%) en PA y 1 (11,1%) en PI; $p = 0,11$. 3. Casos de TB totales: 2.946 (93,4%) en PA y 208 (6,6%) en PI. Rs a H: 110 (3,7%) en PA y 14 (6,7%) en PI; $p = 0,03$. TB-MDR: 11 (0,4%) en PA y 5 (2,4%) en PI; $p = 0,0001$.

Conclusiones/Recomendaciones: S y H son las Rs más frecuentes en Galicia. El porcentaje de casos TB-MDR se mantiene bajo. En los casos TB-NT se observan diferencias significativas en el porcentaje de resistencias a H y TB-MDR (lo que no se detecta en los casos TB-PT). En PI es imprescindible realizar el diagnóstico, ATB e iniciar el tratamiento lo más precoz posible, dado que posiblemente ya adquirieron las Rs en su país de origen.

Grupo de Trabajo del Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis: L. Anibarro, M.A. Castro-Paz, E. Cruz, L. Ferreira, X. Hervada, M. Otero, A. Penas, A. Rodríguez, J.A. Taboada, I. Ursúa, P. Valiño, E. Vázquez.

763. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CASOS DE TUBERCULOSIS RESISTENTE. GALICIA, 2008-2014

M.I. Ursúa Díaz, E. Cruz Ferro, J.A. Taboada Rodríguez, X. Hervada Vidal, Grupo de Trabajo del Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis

Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis, DG de Salud Pública, Consellería de Sanidade.

Antecedentes/Objetivos: Las resistencias en tuberculosis (TBR) son un factor desestabilizador del control de la TB y es esencial cono-

cer sus características y tendencias para minimizar el riesgo de transmisión. Objetivo: analizar las diferencias epidemiológicas y factores de riesgo (FR) entre los casos de TBR y sensibles (TBS) en Galicia, 2008-2014.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Fuente: Sistema de Información de Tuberculosis. Período: 2008-2014. Ámbito: Galicia. Variables: grupo de edad, sexo, inmigrante, tipo TB, localización, bacilífero, radiografía de tórax (Rx), FR, tasa de éxito y mortalidad. Definiciones: inmigrante: persona procedente de país de alta endemicidad. Análisis estadístico: descriptivo, ji-cuadrado (grado de significación: $p < 0,05$). Epidat 3.1.

Resultados: 3.154 (95,9%) casos de TB con antibiograma. TBR 321 (10,2%) y TBS 2.833 (89,8%). TB multirresistente: 16 (0,5%), de ellos 1 (0,03%) extremadamente resistente. Nº y % de casos TBR y TBS según las variables: Grupo de edad: < 15: 10 (3,1%) TBR; 75 (2,6) TBS; $p = 0,62$. 15-24: 17 (5,3%) TBR; 314 (11,1%) TBS; $p = 0,0013$. 25-34: 46 (14,3%) TBR; 574 (20,3%) TBS; $p = 0,0113$. 35-44: 61 (19,0%) TBR; 562 (19,8%) TBS; $p = 0,72$. 45-54: 51 (15,9%) TBR; 419 (14,8%) TBS; $p = 0,60$. 55-64: 33 (10,3%) TBR; 262 (9,2%) TBS; $p = 0,54$. > 65: 103 (32,1%) TBR; 627 (22,1%) TBS; $p = 0,0001$. Hombre: 203 (63,2%) TBR; 1.802 (63,6%) TBS; $p = 0,89$. Inmigrante: 22 (6,9%) TBR; 186 (6,6%) TBS; $p = 0,84$. TB nunca tratada: 299 (93,1%) TBR; 2.636 (93,0%) TBS; $p = 0,94$. TB pulmonar (TBP): 252 (78,5%) TBR; 2.323 (82,0%) TBS; $p = 0,12$. TBP bacilífera: 158 (62,7%) TBR; 1.464 (63,0%) TBS; $p = 0,91$. Rx cavitada: 80 (31,7%) TBR; 743 (32,0%) TBS; $p = 0,93$. Algún FR: 218 (67,9%) TBR; 1.655 (58,4%) TBS; $p = 0,0010$. VIH (+): 22 (4,4%) TBR; 140 (4,9%) TBS; $p = 0,64$. Tabaquismo: 64 (19,9%) TBR; 491 (17,3%) TBS; $p = 0,24$. Alcoholismo: 24 (7,5%) TBR; 239 (8,4%) TBS; $p = 0,55$. Diabetes: 24 (7,5%) TBR; 153 (5,4%) TBS; $p = 0,12$. Terapia inmunosupresora: 32 (10,0%) TBR; 139 (4,9%) TBS; $p = 0,0001$. Enfermedades crónicas debilitantes: 39 (12,1%) TBR; 247 (8,7%) TBS; $p = 0,04$. Contacto reciente: 35 (10,9%) TBR; 273 (9,6%) TBS; $p = 0,46$. Tasa de éxito: 259 (80,7%) TBR; 2.503 (88,4%) TBS; $p = 0,0001$. Tasa de mortalidad: 45 (14,0%) TBR; 229 (8,1%) TBS; $p = 0,0003$.

Conclusiones/Recomendaciones: 1) La mayoría de las TBR son en varones, jóvenes y > 65 años, autóctonos, nunca tratados y con FR. 2) Las diferencias de TBR en > 65 años, FR, terapia inmunosupresora y enfermedades crónicas debilitantes podrían justificar las menores tasas de éxito y mayor mortalidad.

Grupo de Trabajo: L. Anibarro, M.A. Castro-Paz, E. Cruz, L. Ferreira, X. Hervada, M. Otero, A. Penas, A. Rodríguez, J.A. Taboada, I. Ursúa, P. Valiño, E. Vázquez.

253. LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA INTEGRADO DE INVESTIGACIÓN EN TUBERCULOSIS (PII TB) DE SEPAR

T. Rodrigo, J.A. Caylà, J.A. Caminero, J.M. García, M.A. Jiménez, I. Mir, A. Penas, J. Ruiz

Fundación Respira de SEPAR; Agencia de Salud Pública de Barcelona; Hospital Dr. Negrín; Hospital San Agustín; Hospital Vall d'Hebron; Hospital Son Llàtzer; Hospital Lucus Augusti; Hospital Germans Trias i Pujol.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis (TB) causó en 2013 más muertes que el VIH (1,2 millones)[1]. España, tuvo en 2014 una tasa de 10,80/100.000 habitantes[2]; sin embargo, un estudio reciente muestra que la subnotificación varía entre el 0% y el 40%, con una media del 14,4%[3]. La investigación es la base para mostrar las acciones a implementar para mejorar la salud de la población y el papel que juega la epidemiología es de gran relevancia. El objetivo del PII TB es contribuir a mejorar la situación de la TB en España a través de actividades investigadoras directamente relacionadas con el control de la TB[4] 1. En: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf 2. En: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd.../TB_Informe_2014.pdf 3. En: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/15/295> 4. En: http://www.aspb.cat/uitb/informacion_profesionales.asp.

Métodos: Existen 5 líneas de investigación: clínico-epidemiológica, microbiológica, básica, evaluativa y de cooperación internacional (Red Iberoamericana de Innovaciones en el Control de la TB). La información de los casos se recoge en un cuaderno de recogida de datos electrónico al que investigadores de todo el territorio nacional acceden mediante una página web con un identificador y clave personalizados. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas, diagnósticas, tratamiento, evolución, adherencia, resultado del tratamiento, contactos, deshabitación tabáquica, costes y estudios de sensibilidad. Los datos son analizados estadísticamente en función de los diferentes estudios de interés. La difusión se realiza mediante publicaciones científicas, ponencias y comunicaciones a fin de que los resultados puedan ser utilizados en la implementación de las acciones que ayuden al control de la TB.

Resultados: El PII TB cuenta con 171 colaboradores de 95 centros de toda España. Se ha llevado a cabo: 12 estudios concluidos; 4 en marcha; 5 en proyecto (2 de ellos en Latinoamérica); 4 documentos de consenso; 1 normativa; 1 libro blanco de la TB y una estrategia para un Plan de Prevención y Control de la Tuberculosis en España. Todo ello ha producido 19 publicaciones y 29 ponencias y comunicaciones sobre tratamiento, cumplimiento, inmigración, prisiones, resistencias, score predictivo de cumplimiento, contagiosidad, diagnóstico precoz, subnotificación, tabaco/TB, mortalidad, prevención en terapias con biológicos, IGRAs y costes.

Conclusiones/Recomendaciones: Las actividades investigadoras llevadas a cabo han permitido aportar información para la implementación de acciones necesarias dirigidas a mejorar el control de la TB y se ha conseguido una mayor implicación de los neumólogos en el control de la misma.

MESAS ESPONTÁNEAS

ME13. La violencia de odio como problema emergente de salud pública. Respuesta del sector salud

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 7

Coordina y modera: M. Ángeles Rodríguez Arenas

522. INVESTIGACIÓN SOBRE LA VIOLENCIA INTERPERSONAL Y SUS TIPOS EN ESPAÑA

P. Latasa Zamalloa, M.D. Martín Ríos, M.A. Rodríguez Arenas, C.C. Gil-Borrelli

Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid; Hospital Fundación Jiménez Díaz; Escuela Nacional de Sanidad; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años el estudio de la violencia y su impacto en la salud ha despertado un creciente interés en la comunidad científica y fe de ello es el gran volumen de publicaciones existentes en esta materia. La violencia constituye un grave problema de Salud Pública que afecta a millones de personas en todo el

mundo y que tiene un elevado coste sanitario, social y económico. Desde principios de siglo XXI, las instituciones internacionales lideradas por la Organización Mundial de la Salud han fomentado la investigación en violencia y salud, generando un corpus de evidencia que permite realizar planes de prevención e intervenciones encaminadas a reducir su impacto en salud y avanzar hacia su erradicación. El objetivo de este estudio es describir la literatura científica creada en torno a este tema en España.

Métodos: Revisión bibliométrica de artículos publicados sobre violencia interpersonal en España, entre 2001 y 2015. Se realizaron búsquedas de artículos en las bases de datos MEDES, IME, WOS, PubMed, LILACS y SCIELO, utilizando palabras clave "Violencia" y "España". Se excluyeron artículos sobre violencia autoinfligida o colectiva. Se recogieron datos concernientes al tipo de violencia estudiado, año de publicación, temática de la revista, ámbito del estudio.

Resultados: Se incluyeron un total de 584 estudios. Se observa una tendencia creciente en el periodo estudiado, habiéndose duplicado el número de estudios en el periodo de 2009-2015, respecto a 2001-2008. Los principales ámbitos de publicación han sido la psicología (20%), la salud pública (14%) la medicina clínica (10%) y la comunitaria (8%). Destaca la investigación en violencia de pareja (49%) seguida de la violencia juvenil (20%), el maltrato infantil (11%), la violencia laboral (5%). Los estudios sobre maltrato a personas mayores (3%) y abuso parental (3%) son escasos y apenas se han encontrado estudios sobre violencia de odio o en prisiones.

Conclusiones/Recomendaciones: Es necesario diversificar los esfuerzos en la investigación para mejorar el conocimiento de las características, las personas supervivientes y agresoras y las posibles intervenciones preventivas de cada tipo de violencia.

651. EL SECTOR SALUD, PARTE FUNDAMENTAL EN LA RESPUESTA A LA VIOLENCIA DE ODIO

A. Rico, C.C. Gil-Borrelli, M.A. Rodríguez Arenas, R. Guterman, M.D. Martín Ríos

Escuela Nacional de Sanidad; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha; Hospital Fundación Jiménez Díaz.

Antecedentes/Objetivos: La violencia de odio se define como aquel daño de alcance físico, psicológico, de infraestructura o propaganda, atentado por una motivación de rechazo y discriminación hacia una característica de la víctima, como su confesión religiosa, origen étnico o nacional, orientación sexual o identidad de género, entre otros. Esta violencia puede extrapolarse a todo un colectivo, causando malestar e inseguridad en toda una comunidad, por lo que constituye un grave problema de salud pública y un atentado contra los derechos humanos. El objetivo de este estudio es conocer la situación actual sobre la violencia de odio en España y su impacto en salud.

Métodos: Revisión de publicaciones sobre violencia y delitos de odio en España. Se realizó una búsqueda sistemática de publicaciones sobre la materia en las principales fuentes bibliográficas en ciencias de la salud (PubMed, SCIELO, LILACS) para el periodo 2005-2015. Palabras clave: "violencia de odio", "delitos de odio", "crímenes de odio". Se buscó literatura gris de las principales instituciones gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales, relacionadas con el abordaje de los delitos de odio y la discriminación desde sus páginas web y, de manera manual, a través de la bibliografía citada en los documentos revisados.

Resultados: En España se registran aproximadamente 1200 incidentes al año por delitos de odio (agresiones físicas, sexuales, daños, injurias, vejaciones, trato degradante y otros), pero por miedo o desconfianza hacia las instituciones, se estima que solo entre un 10-20% de los casos se denuncian. De 2000 a 2010 se atribuyen al menos 100

mueres a esta causa. Desde 2010, diversas organizaciones internacionales recomendaron a España que mejorase el registro de casos de delitos de odio y aumentase la investigación sobre sus causas y medidas de prevención. Aunque se han realizado muchos esfuerzos desde el ámbito judicial y policial para revertir esta situación, no se han encontrado datos o intervenciones con perspectiva de salud sobre la violencia de odio, a excepción del proyecto SIVIVO desarrollado por los autores de este trabajo.

Conclusiones/Recomendaciones: La ausencia de datos sobre la violencia y los delitos de odio dificultan su caracterización y visibilidad en España. La inclusión del sector salud dentro de una respuesta integral ante este fenómeno que vaya más allá de la perspectiva judicial y policial es fundamental para mejorar la detección y registro de casos, así como para prestar atención y apoyo a las víctimas y llevar a cabo estrategias de prevención de la violencia de odio.

814. DETECCIÓN DE TIPOS DE VIOLENCIA A PARTIR DE LOS PARTES DE LESIONES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

C. Iniesta Mármol, S. Alejandro Carmona, L. Dani, L. López Corcuera, D. Martín Ríos, M.A. Rodríguez Arenas, C.C. Gil-Borrelli

Hospital Universitario La Paz; Hospital Fundación Jiménez Díaz; Escuela Nacional de Sanidad; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Antecedentes/Objetivos: Los partes de lesiones son documentos médico-legales con una función asistencial y pericial, por lo que su calidad debe servir adecuadamente a ambos propósitos; sin embargo, en la práctica, son con frecuencia infravalorados, tanto por el personal facultativo que los cumplimenta como por los sistemas de información sanitaria. El objetivo del estudio es evaluar la calidad de la información contenida en los partes de lesiones y su capacidad para detectar diferentes tipos de violencia.

Métodos: Estudio descriptivo de partes de lesiones y documentación clínica (historia clínica, informe SAMUR y SUMMA) correspondientes a 166 episodios de agresión atendidos por el servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid durante el último trimestre de 2014 respecto al sexo, edad, origen, pronóstico e ingreso de las víctimas. Para la valoración de la calidad de la información se aplicó el baremo propuesto por García Minguito.

Resultados: De los 166 casos, el 65,7% eran hombres, la media de edad fue de 38 años y el 55% había nacido en España. El 76,5% de los casos obtuvo un pronóstico leve, requiriendo ingreso un 3%. La calidad fue baja en el 97% de los partes de lesiones y en el 84% de la documentación clínica. Los ítems con mejor cumplimentación son la filiación de la víctima, la descripción y localización de las lesiones, y los peor cumplimentados la especificación del tipo de violencia, el reflejo del estado emocional y las medidas terapéuticas y agresiones previas. La calidad de la información recogida en la documentación clínica es significativamente mejor que la contenida en los partes de lesiones. La información de estos documentos permitió determinar el tipo de violencia en 26 (16%) casos, identificándose episodios de violencia de pareja (11), juvenil (3), sexual (3), hacia personas mayores (2), violencia colectiva (2), de odio (2), maltrato de menores (1), violencia autoinfligida (1) y abuso parental (1).

Conclusiones/Recomendaciones: Es necesario mejorar la calidad de la información contenida tanto en los partes de lesiones como en la documentación clínica para que esta pueda ser utilizada, de manera fiable, por pacientes y profesionales de la salud, sociales y judiciales, así como por los sistemas de información sanitaria.

648. DETECCIÓN Y ATENCIÓN SOCIO SANITARIA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE ODIO. PROTOCOLO PARA PROFESIONALES

M.D. Martín Ríos, M.A. Rodríguez Arenas, R. Torres, O. Bañón, A. Gómez, J. Pérez, D. Parra-Blázquez, C.C. Gil-Borrelli, Grupo de Investigación Sívivo, et al

Hospital Fundación Jiménez Díaz; Escuela Nacional de Sanidad; Hospital Universitario La Paz; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Antecedentes/Objetivos: La violencia de odio es aquella que se ejerce sobre una persona por su pertenencia a un grupo específico, ya sea su sexo, origen étnico, orientación sexual, identidad de género, confesión religiosa, ideología, etc. Hay evidencia de que las personas sometidas a un incidente de violencia de odio sufren lesiones físicas de mayor gravedad que otros tipos de violencia, y están en riesgo de desarrollar secuelas psicológicas y sociales a medio y largo plazo, como estrés postraumático y conductas de evitación. La existencia de estos problemas específicos convierte al personal de salud en pieza clave en el abordaje de este fenómeno. El objetivo de este protocolo es ofrecer una herramienta consensuada y validada que facilite la detección de la violencia de odio en los entornos sanitarios y la prestación de una atención adecuada a las víctimas de este tipo de violencia.

Métodos: La Escuela Nacional de Sanidad y el Hospital de la Paz han desarrollado el primer protocolo de actuación para la atención socio sanitaria a las víctimas de violencia de odio, teniendo en consideración sus necesidades específicas y las estructuras ya existentes para el abordaje de la violencia. El protocolo ha sido elaborado mediante un grupo de trabajo constituido por profesionales de medicina, enfermería y trabajo social del servicio de urgencias, la unidad de calidad y admisión del hospital y salud pública.

Resultados: El protocolo resalta aspectos críticos en la atención a personas que han sufrido violencia de odio: (1) realizar una identificación activa de los casos de violencia de odio utilizando la herramienta de detección disponible para ello ante cualquier caso de agresión, (2) cumplimentar siempre el parte de lesiones atendiendo a criterios de calidad de la información y especificar el tipo de violencia como violencia de odio y la motivación de la agresión, (3) derivar a la víctima a servicios de atención primaria, (4) derivar a la víctima a la unidad de trabajo social hospitalaria para valorar los servicios sociales más adecuados para su seguimiento y (5) tener en cuenta cuestiones de seguridad cuando la persona agredida y agresora son atendidas en el mismo servicio.

Conclusiones/Recomendaciones: Este protocolo puede servir como base para la implementación de una atención y cuidados adecuados para las víctimas de violencia de odio desde el ámbito socio sanitario.

Financiación: Acción Estratégica en Salud 2013. PI13/02267.

889. PRIMEROS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE VIOLENCIA DE ODIO EN ESPAÑA. RESULTADOS DEL PROYECTO SIVIVO

M.A. Rodríguez Arenas, M.D. Martín Ríos, E. Muriel, B. Reche, M. Noguerol, M.L. López Corcuera, S. Alejandro Carmona, C. Gil-Borrelli, Grupo de Investigación SIVIVO

ENS, ISCIII; Hospital Fundación Jiménez Díaz; Hospital Universitario La Paz; PNSida, MSSSI; SIVIVO.

Antecedentes/Objetivos: La violencia de odio (VO) se ha convertido en un problema emergente en nuestro medio por la magnitud que está alcanzando, la gravedad de sus consecuencias en salud y por su impacto en los servicios sanitarios. Hasta el momento, no contamos con sistemas de información sanitaria que puedan dimensionar este fenómeno y permitan valorar las necesidades de atención de sus víc-

timas. El objetivo del proyecto SIVIVO es cuantificar y tipificar los incidentes de VO, así como describir las características de las lesiones que provoca y la atención sanitaria que requiere.

Métodos: Estudio transversal de casos de agresión captados de forma consecutiva entre los atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel en la ciudad de Madrid, de abril 2015 a febrero 2016. Se realizaron entrevistas usando un cuestionario elaborado ad hoc para el estudio, que recoge información sociodemográfica, de las lesiones y del propio incidente. Se presenta un análisis descriptivo de los casos de VO y su comparación con los de otras motivaciones.

Resultados: De las 85 personas atendidas por agresión entrevistadas, 4 rechazaron participar. De las restantes, 27 (32%) refirieron haber sido agredidas por alguna motivación discriminatoria: las más frecuentes el aspecto físico (10), el sexo (8 mujeres), el origen étnico (5), tener pocos recursos (5) y la edad (5). El 59% (16) eran mujeres y la media de edad fue de 40 años (DE 13). El 70% eran de origen español. Las lesiones más frecuentes fueron contusiones (18), fracturas (7) y heridas superficiales (7), principalmente en cabeza y cuello (19), miembro superior (9) y tórax (6), ocasionadas en el 81,5% de los casos por peleas. El pronóstico fue leve en un 78% y un 10% requirió ingreso hospitalario. Las agresiones se produjeron en la calle (44%) y en el hogar (26%), y en un 54% de los casos involucró a 2 o más agresores. En 22 (81,5%) casos se utilizó lenguaje discriminatorio y en 3 (11%) se identificó simbología del odio. El 74% (20) de las víctimas refirió que nunca había sido agredida por esta motivación previamente y 24 (89%) manifestó intención de denunciar.

Conclusiones/Recomendaciones: Pese a la infradetección, una de cada tres personas que acudieron al servicio de urgencias por agresión lo fue por VO, principalmente mujeres, pese a no incluir la violencia de género. Aunque el pronóstico de las lesiones fue sobre todo leve, un 10% requirió ingreso. Es necesario establecer un sistema de registro sistemático para conocer mejor el alcance de las repercusiones sanitarias de la VO y facilitar un abordaje integral.

Financiación: AES PI13/02267.

866. GUÍA DE RECURSOS SOCIO SANITARIOS PARA EL APOYO A SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA DE ODIO

A. Capa Sanz, O. Bañón, M.A. Rodríguez Arenas, M.D. Martín Ríos, C. Iniesta Mármol, C.C. Gil-Borrelli

Escuela Nacional de Sanidad; Hospital Universitario La Paz; Hospital Fundación Jiménez Díaz; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Antecedentes/Objetivos: El proyecto Sistema de Vigilancia de Violencia de Odio (SIVIVO) pretende recoger información y sensibilizar al personal sanitario hacia las personas que sufren violencia de odio, las cuales presentan necesidades de salud y sociales específicas. Con el propósito de mejorar la atención, el apoyo y el seguimiento y garantizar la continuidad asistencial a supervivientes de este tipo de violencia, hemos elaborado esta guía, dirigida tanto a las personas afectadas como al personal socio sanitario que interactúa con ellas.

Métodos: El marco teórico y metodológico empleado para la elaboración de esta guía se basa en un enfoque de derechos para la identificación de recursos sociales que trabajen con víctimas de violencia de odio en la Comunidad de Madrid, con los siguientes criterios: que estén centrados en las personas, que ofrezcan un apoyo competente y de calidad, de carácter incondicional, intensivo, ininterrumpido e integral, con un enfoque comunitario y orientado a la "normalización. Para la recogida de información sobre recursos sociales se ha contactado con distintas fuentes de diversos ámbitos a través de correo electrónico o teléfono: servicios de salud, vivienda, educación, discapacidad, cooperación al desarrollo, drogodependencias, empleo, extranjería, infancia y juventud, mayores, servicios sociales generales, voluntariado, etc. Se consultaron directorios, registros oficiales y

páginas web de las entidades y se visitaron los recursos seleccionados para obtener datos sobre su accesibilidad (dirección, horario, contacto, población objetivo, requisitos).

Resultados: Se han incluido 9 recursos de organizaciones no gubernamentales y servicios de la administración que prestan atención, apoyo, acompañamiento y asesoría a las víctimas de violencia de odio en algunas de sus diferentes manifestaciones: homofobia y transfobia (5), racismo y xenofobia (2), aporofobia (1), múltiple (1).

Conclusiones/Recomendaciones: Este documento pone en conocimiento del personal de salud la existencia de diferentes recursos a disposición de las personas supervivientes de violencia de odio a los que pueden ser derivados en la práctica habitual, a la vez que comparte una metodología que puede ser utilizada para la elaboración de nuevas guías en otros entornos. La ausencia de recursos especializados en la atención social a supervivientes de algunos subtipos de violencia de odio sugiere la existencia de necesidad aún por cubrir en esta materia.

Financiación: Acción Estratégica en Salud (FIS) PI13/02267.

874. PRINCIPALES DESAFÍOS EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE ODIO EN ESPAÑA

C.C. Gil-Borrelli, M.D. Martín Ríos, M.A. Rodríguez Arenas

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Hospital Fundación Jiménez Díaz; Escuela Nacional de Sanidad.

En todo el mundo la carga de la violencia interpersonal recae sobre el sector salud, en cuyas manos se ponen la atención y tratamiento de los daños que ocasiona. Además, sus funciones se han visto reforzadas por el reconocimiento de la violencia como problema de salud pública que puede prevenirse combatiendo las causas que lo producen. Las directrices de la OMS para la prevención de la violencia interpersonal recomiendan tratarla en su conjunto, utilizar un modelo ecológico para ayudar a comprender sus causas, consecuencias y espacios de intervención, abordar la prevención de la violencia como una singularidad distinta de la prevención de la delincuencia y promover un enfoque de salud pública para el desarrollo de actividades multisectoriales. Si bien el sector salud debe ejercer el liderazgo y coordinación, la participación tanto del espacio público (seguridad, vivienda, empleo) como del privado (servicios de salud, aseguradoras, medios de comunicación y ONGs), así como de la comunidad científica, es esencial para crear una respuesta integral y sostenida. La prevención de la violencia de odio en España cuenta con numerosos desafíos, entre los cuales destacan: Aumentar la capacidad de recopilar datos sobre la violencia de odio, identificar y evaluar los sistemas de información, trazar un perfil del problema y modificarlos en función de sus resultados. Destacar la necesidad de investigación de las causas, consecuencias y posibilidades de prevención de la violencia de odio que permita desarrollar un programa de investigación a nivel nacional, asegurar el acceso a información clave, difundir resultados e integrar la investigación sobre violencia de odio en los ámbitos universitarios y de posgrado. Fomentar la prevención primaria de la violencia de odio, para lo cual se debe cartografiar los programas existentes, apoyar y evaluar programas experimentales y difundir experiencias específicas. Reforzar y mejorar la calidad de los servicios de atención a supervivientes de violencia de odio, analizar el acceso, adaptar los servicios médicos de emergencia e incluir a la comunidad en el diseño de servicios especializados. La prevención de la violencia de odio pasa, irrefutablemente, por fomentar la igualdad y la equidad entre las personas atendiendo a la diversidad sexual y social y la inclusión de la perspectiva de género en todas las políticas. Es necesario elaborar un plan estratégico nacional que incluya todos los tipos de violencia, incluida la violencia de odio, que cuente con todos los agentes clave para la prevención de la violencia interpersonal en España.

Financiación: Acción Estratégica en Salud (FIS) PI13/02267.

ME14. Logros y límites de la epidemiología molecular en la investigación de brotes

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 5

*Coordinan y moderan: Fernando González Candelas
y Juan Carlos Galán Montemayor*

510. APLICACIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR EN DEFINIR MEJOR LAS DINÁMICAS DE TRANSMISIÓN EN VHB Y LGV

J.M. González-Alba, J.J. Costa-Alcalde, J. Campos, M.J. Rodríguez-Domínguez, A. Aguilera, J.C. Galán

Servicio de Microbiología, Hospital Ramón y Cajal, IRYCIS, CIBERESP; Servicio de Microbiología, Hospital Conxo-CHUS, Santiago de Compostela; Servicio de Medicina Interna, Hospital Conxo-CHUS, Santiago de Compostela.

Antecedentes/Objetivos: La facilidad y rapidez para obtener información de secuencias genómicas junto con el desarrollo bioinformático, ofrecen una oportunidad sin precedentes a la epidemiología para comprender mejor las dinámicas de transmisión y caracterización de brotes epidémicos de agentes infecciosos de especial impacto en salud pública. Nuestro grupo ha realizado estudios filogeográficos aplicados al VIH para definir posibles rutas de entrada de nuevas variantes virales en nuestra población o comprender que la epidemia de VIH en España es el resultado de particulares mini-epidemias en diferentes regiones del territorio nacional. Recientemente hemos implementado las herramientas filogenéticas en la caracterización del brote epidémico de linfogranuloma venéreo (LGV) y detectado el reemplazamiento de un genotipo recombinante de LGV afectando solo a población de hombres que tienen sexo con hombres por otro genotipo de LGV que afecta también a población heterosexual. En esta ocasión, presentamos el primer análisis filogenético de secuencias del virus de la hepatitis B (VHB) en España después del incremento observado en 2006. En todas las Comunidades Autónomas, después de un descenso mantenido desde 1997 a 2005, se detectó un cambio de tendencia que supuso un incremento del 25% anual en años sucesivos, pero sorprendentemente ningún estudio filogenético ha sido publicado.

Métodos: Se analizaron 401 secuencias de 374-616bp del fragmento-S del VHB de muestras de Galicia del período 2000-2015 y se utilizaron más de 5000 secuencias de referencia disponibles en NCBI. Se realizaron reconstrucciones filogenéticas usando los programas de máxima verosimilitud y análisis bayesiano.

Resultados: La mayoría de las secuencias (87,2%) pertenecen a los genotipos A y D (91 y 259 respectivamente). El 81,4% del genotipo A pertenecen al subgenotipo A2. Se identifican 6 posibles nodos de transmisión dentro del este subgenotipo, mayoritariamente de 2 o 3 personas. Por otra parte, el 53% del genotipo D fueron asignados como D4. Este hallazgo es sorprendente, pues solo representa el 18% a nivel mundial y es infrecuente en nuestro entorno. Se identifican 4 grandes posibles nodos de transmisión de 7-17 personas. Estos clados están relacionados con variantes que circulan en India, Brasil, o el Caribe, sugiriendo diferentes entradas de esta variante procedente de diferentes áreas geográficas.

Conclusiones/Recomendaciones: Se caracterizan los brotes de LGV en la C. de Madrid y se analiza el incremento de casos de infecciones por VHB en Galicia.

374. GENOMIC EPIDEMIOLOGY TO REVEAL THE DRIVERS OF TUBERCULOSIS TRANSMISSION

I. Comas

Instituto de Biomedicina de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Whole-genome Sequencing (WGS) allows to use the genome of bacterial pathogens such as *Mycobacterium tuberculosis* as an epidemiological marker. WGS is better to delineate transmission clusters than other typing methods. However, approaches to reconstruct when, where and how transmission occurs depend on large scale sequencing studies in a population-based manner which are still scarce. Besides it is not clear whether WGS alone can provide enough information to resolve individual transmission links without combining with epidemiological data. In this study, we have applied WGS to *M. tuberculosis* isolates from a population-based sample from a low-burden region. We first evaluated the reproducibility of the methodology by analyzing several consecutive days isolates from the same patient or the same biological sample. Then, evolutionary and network analyses together with high quality clinical and epidemiological data available, we evaluated the usefulness of using WGS to identify transmission clusters and reconstruct individual transmission links. We evaluated the epidemiological inferences coming from WGS alone as compared to combining with epidemiological data.

Métodos: As part of an on-going genomic study of tuberculosis in the region we WGS 300 genomes belonging to isolates from 2014-2015 using Illumina technologies. FASTQ reads were trimmed and mapped to the MTBC ancestor as a reference genome using BWA. SNP calling was done using a combination of Samtools and VarScan softwares. We developed a methodology based on median-joining networks and ancestral sequence information to reconstruct the transmission links and direction between group members. We have statistically evaluated the value of using WGS for epidemiological inferences or in combination with TB case information and contact investigation.

Resultados: We demonstrate that our SNP calling approach is reproducible across isolates from consecutive days samples of the same patient even when the coverage of the sample is low. Furthermore, using a combination of SNP distances and evolutionary analyses we have been able to delineate transmission clusters. For more than 75% of the strains we are able to define the most likely transmission route and thus a possible chronology of the events involved without additional information. For a 15% of strains we identify a potential missing transmission case. Contact investigation identified only 15% of these transmission links.

Conclusiones/Recomendaciones: We demonstrate the reproducibility of WGS sequencing results for epidemiological purposes. Contrary to other standard molecular epidemiological approaches, our WGS and SNP analysis can reconstruct and infer transmission links between patients within a cluster. This, in combination with epidemiological and clinical information could achieve higher resolution to identify, prevent and control new transmission cases even in settings where exists a lack of this data as is the case of many high-burden countries.

804. PREDOMINIO DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL HUMANO A (VRS-A) EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN CATALUÑA DURANTE LA TEMPORADA 2015-2016

L. Gimferrer, J.A. Rodrigo, C. Andrés, I.D. Oriolo, M.G. Codina, M.C. Martín, M. Campins, T. Pumarola, A. Antón

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Institut de Recerca.

Antecedentes/Objetivos: La infección por el virus respiratorio sincital (VRS) es la mayor causa de morbilidad en la población pediátrica.

ca. El VRS se clasifica en dos grupos (VRS-A y -B), en base a características genéticas y antigénicas, dentro de los cuales se distinguen diferentes genotipos. En nuestra área geográfica, el VRS muestra un claro patrón de estacionalidad en su circulación durante los meses de finales de otoño y del invierno. Estudios previos de epidemiología molecular han permitido observar una alternancia en el predominio de un grupo genético (VRS-A o B) sobre el otro, así como la circulación variable de virus pertenecientes a diferentes genotipos en diferentes temporadas. En este estudio se describe la diversidad genética de los VRS detectados en los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona, España) durante la temporada 2015-2016.

Métodos: Las muestras respiratorias de pacientes pediátricos y adultos con sospecha de infección respiratoria aguda durante la temporada 2015-2016 (semana 40/2015 – semana 11/2016) fueron estudiadas para la detección de VRS utilizando técnicas de inmunocromatografía, inmunofluorescencia o moleculares basadas en PCR. Para la determinación del grupo se realizó una RT-PCR a tiempo real que tiene como diana la nucleoproteína del virus. Finalmente, para la determinación del genotipo se seleccionaron un número representativo de muestras de ambos grupos (A y B) para la secuenciación parcial de la segunda región hipervariable de la glicoproteína G viral, y su posterior análisis filogenético usando el programa MEGA v5.2.

Resultados: Se estudiaron un total de 5.036 muestras de 3.861 pacientes. Se detectó VRS en las muestras de 524 (14%) pacientes, de los cuales 380 (73%) fueron hospitalizados. De los 485 virus caracterizados, los virus VRS-A (402/485, 83%) mostraron un claro predominio sobre los VRS-B (83/485, 17%). A nivel de genotipo se estudiaron un total de 86 virus, de los cuales 36 pertenecían al genotipo ON1 (VRS-A), 48 al genotipo BA9 (VRS-B) y 2 al genotipo BA10 (VRS-B).

Conclusiones/Recomendaciones: En el presente estudio se describe la diversidad genética de los VRS detectados en un hospital terciario en Cataluña durante la temporada 2015-2016. Hubo un claro predominio de los virus VRS-A sobre los VRS-B, a diferencia de lo descrito en las dos temporadas anteriores (2013-2015). Como ya se había descrito en Cataluña, la mayor parte de los VRS caracterizados pertenecieron a los genotipos ON1 (VRS-A) y BA9 (VRS-B). Como ocurre con otros virus respiratorios con una gran capacidad evolutiva y un fuerte impacto en la comunidad, es necesario mantener de forma continua una vigilancia virológica de los virus en circulación.

839. BROTE COMUNITARIO DE LEGIONELOSIS EN MANZANARES (CIUDAD REAL)

M. Chico Mena, R. Ortega Galiana, G.I. Asensio Sansebrí, R. Rodolfo Saavedra, E. Rojas Rodríguez, C. Díaz del Campo Jiménez, M. Ripoll Morales, F. Cebrián Gómez, G. Gutiérrez Ávila

Consejería de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: Desde su identificación en 1997 la legionella ha ido adquiriendo una importancia extraordinaria para la salud pública especialmente en los países desarrollados, como consecuencia del potencial para provocar brotes comunitarios de una enfermedad que se considera grave y puede provocar la muerte entre el 5-15% de quienes la padecen; además, estos brotes se suelen acompañar de una gran impacto en los medios de comunicación y en la opinión pública. El 11 de diciembre de 2015 se declararon 4 casos de legionelosis relacionados con el municipio de Manzanares. De manera inmediata se activó el protocolo de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha sobre actuaciones frente a un brote comunitario de legionelosis. Los objetivos de esta comunicación son los siguientes: 1) Describir las actuaciones llevadas a cabo para controlar el brote y los principales resultados 2) Analizar las posibles causas del mismo.

Métodos: Se utilizó una definición de caso específica del brote que se difundió a los servicios asistenciales de la zona implicada. Así mis-

mo se les alertó para que se mantuviera la sospecha diagnóstica de legionella ante cualquier neumonía atendida en urgencias. Se dieron instrucciones para la toma y envío de muestras al CNM. Se consideró como declaración urgente cualquier caso confirmado o sospechoso de legionella. Se diseñaron un cuestionario de declaración y una base de datos. Se llevó a cabo una revisión de las instalaciones de riesgo censadas y se organizó una búsqueda de instalaciones de riesgo no censadas. Todas las instalaciones estuvieron controladas desde el día 15. Se diseñó un estudio casos-control apareado con 4 controles por caso. Los controles se obtuvieron de la base de datos de tarjeta, comprobándose que no habían padecido ninguna enfermedad respiratoria en esa época.

Resultados: Se inspeccionaron 140 instalaciones de las cuales se consideraron de riesgo 12, identificándose presencia de LN por PCR en 10 de ellas con cultivo positivo y secuenciación en 3. En total se declararon 583 casos de los cuales se confirmaron 283 (15,2/1000 htes). Se enviaron 337 muestras de esputo al CNM (incluidas de pacientes con antígeno negativo). El CNM ha secuenciado, hasta ahora, 49 cepas la mayoría de las cuales se corresponden con ST 899 (en total hay al menos 4 cepas distintas). En dos instalaciones se han identificado cepas idénticas a ST 899. El estudio caso control ha identificado una torre de refrigeración (OR = 3,9, p: 0,003) y una fuente ornamental (OR = 5,7, p: 0,03) como las causas más probables del brote. En la torre se ha identificado ST 899.

Conclusiones/Recomendaciones: 1) Es el brote comunitario con mayor tasa de ataque en la historia de la legionella 2) Es preciso revisar los procedimientos de control e inspección de instalaciones de riesgo.

593. LA IMPORTANCIA DE LA REPRESENTACIÓN Y ANÁLISIS ESPACIAL EN UN BROTE DE LEGIONELA A PARTIR DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LAS ENCUESTAS EPIDEMIOLÓGICAS: LA EXPERIENCIA EN EL BROTE DE MANZANARES (CASTILLA-LA MANCHA)

R. Ortega Galiana, M. Chico Mena, G.I. Ansensio Sansebrí, R. Rodolfo Serrano, E. Rojas Rodríguez, C. Díaz del Campo Jiménez, M. Ripoll Morales, G. Gutiérrez Ávila

Servicio de Epidemiología, DG Salud Pública de Castilla-La Mancha.

Antecedentes/Objetivos: La legionelosis es una enfermedad de origen ambiental. La localización espacial, de las fuentes de riesgo y los lugares donde los casos han podido estar expuestos es una información necesaria para descartar o establecer la instalación de riesgo que haya podido causar el brote. El objetivo del trabajo es exponer la experiencia en el brote de legionela que tuvo lugar en Manzanares (C.R.) en 2015 con el fin de conocer el patrón de la legionelosis en la población y poder detectar, de forma precoz, posibles agregaciones.

Métodos: La fuente primaria de información son los datos recogidos en las encuestas epidemiológicas y la información de las fuentes ambientales consideradas de riesgo. Mientras que las segundas están localizadas con suficiente precisión las localizaciones de los casos están solamente descritas en las encuestas epidemiológicas mediante literales. El proceso de traducción de los literales a puntos espaciales se ha realizado haciendo uso de servicios web de codificación espacial abiertos. Los análisis geoestadísticos se han llevado a cabo con los programas R y LDGT. Con los registros de tarjeta sanitaria del servicio de salud de Castilla-La Mancha se obtuvieron cuatro controles por cada caso con los criterios de tener el mismo sexo y pertenecer al mismo grupo de edad quinquenal.

Resultados: Se obtuvo: 1) Mapas de casos, densidad de casos y fuentes ambientales 2) Odds Ratio tomando varias distancias con respecto a las fuentes sospechosas. 3) Estimación de riesgo relativo espacial por ajuste casos-control mediante el método de relación de densidad de kernel adaptativo. El odds ratio en la zona en torno a las principales fuentes de sospecha, con un radio de 350 m, es de 2,03 con un intervalo

de confianza al 95% de (1,21 a 3,33). El riesgo relativo en la zona es significativamente mayor de uno (2,3 de media para cada celda de la cuadrícula de estimación de densidad elegida). Los resultados obtenidos se contrastaron con la investigación ambiental y microbiológica.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados de la descripción espacial de distribución de casos y fuentes de riesgo medioambientales, junto con las estimaciones de riesgo resultado del análisis espacial, permitieron apoyar las evidencias encontradas en la investigación medioambiental, microbiológica y epidemiológica sobre el origen de la fuente de contaminación. El proceso de captura de localizaciones espaciales automatizado es necesario para brotes de enfermedades de origen ambiental ya que en un periodo muy corto de tiempo hay que tomar decisiones para controlar el brote.

390. EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR APLICADA AL ESTUDIO DE LA DIFUSIÓN DE LA PANDEMIA DE GRIPE EN MADRID

J. Astray, M.A. Bracho, M. Rodríguez, I. Méndez, J.C. Galán, D. López, R. Cantón, F. González, M.A. Lopaz

Servicio de Epidemiología CM; Unidad Mixta I y Salud Pública FISABIO-Universidad de Valencia; CIBERESP; Servicio de Microbiología, Hospital Ramón y Cajal (IRYCIS).

Antecedentes/Objetivos: El primer caso de gripe pandémica adquirido en la Comunidad de Madrid (CM) se detectó el 20 de mayo de 2009 en un contacto familiar de un caso importado de Nueva York. Fue el caso índice del primer brote (PB) escolar y se extendió en 9 días a otros centros educativos de la CM. Un análisis preliminar sugirió que los casos descritos pudieron ser el inicio de la transmisión en la CM. El objetivo es contrastar esta hipótesis mediante secuenciación genética de los fragmentos que codifican para la hemaglutinina (HA) y neuraminidasa (NA) del virus de gripe A (H1N1)2009 pandémica recuperado de muestras de pacientes diagnosticados durante el PB y los 15 días posteriores al mismo.

Métodos: Se seleccionaron aleatoriamente 10 muestras positivas por RT-PCR procedentes del PB escolar y 12 muestras positivas de los brotes secundarios (BS) para obtener la secuencia genética y proceder al análisis molecular. Se emplearon dos fragmentos virales de 1.338 bp y 520 bp correspondientes a los genes HA y NA, respectivamente, para obtener árboles filogenéticos mediante el método de máxima verosimilitud y análisis bayesiano. Una muestra representativa (N = 58) de secuencias obtenidas en las mismas fechas en diferentes países (<http://openflu.vital-it.ch/>) fue tomada como grupo control para garantizar la validez de las inferencias evolutivas. Se consideraron grupos con probabilidades a posteriori superiores al 90% en el análisis bayesiano y soportes "bootstrap" superiores al 80% tras 1000 réplicas en la reconstrucción filogenética por máxima verosimilitud.

Resultados: Un solo árbol filogenético basado en la secuencia concatenada de HA y NA permite realizar inferencias evolutivas. Así, se pudo establecer que las 10 muestras secuenciadas del PB (100%) y 5 muestras de casos pertenecientes a BS tenían un origen común. Tres de los casos pertenecientes a brotes secundarios acudían al mismo colegio relacionado epidemiológicamente con el del PB; los otros 2 casos jugaban al fútbol con niños del colegio del PB. La secuenciación de las otras muestras no reveló relación filogenética con PB, descartando la hipótesis inicial de transmisión única desde el primer brote al nivel comunitario. El análisis conjunto muestra la diversidad de orígenes, en el contexto pandémico, de las muestras aisladas en Madrid.

Conclusiones/Recomendaciones: Puede observarse cómo el grupo del brote, incluidas secuencias de brotes secundarios, está perfectamente diferenciado pero relacionado con el principal grupo de expansión pandémica, en el que hay secuencias de muy diversos países de todo el globo. Asimismo, queda clara la falta de relación entre las cepas de los controles con los grupos de las restantes secuencias estudiadas.

904. BROTES DE INFECCIÓN POR VIH IDENTIFICADOS A TRAVÉS DE LA EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR

F. González-Morán, H. Vanaclocha, S. Guiral, J.A. Patiño-Galindo, M. Torres-Puente, F. González-Candelas

Unidad Mixta "Infección y Salud" FISABIO-Universidad de Valencia; Servicio de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Salud Pública; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En la actualidad la infección por el VIH/SIDA es una infección de transmisión sexual (ITS), que ha permanecido como enfermedad de declaración obligatoria a vigilar por sistemas especiales, sin que haya constancia de que se estén aplicando las medidas de control dirigidas a los contactos que permitan identificar nuevos casos y brotes epidémicos para su control.

Métodos: Análisis molecular de secuencias de VIH obtenidas a partir del diagnóstico genético de resistencias a antirretrovirales durante un periodo de 10 años (2004-2014), y de forma anónima con el objetivo de identificar brotes epidémicos no detectados a través de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad Valenciana. Las agrupaciones se definen como grupos de dos o más secuencias que tienen soporte > 0,98 en la reconstrucción filogenética por máxima verosimilitud tras la búsqueda mediante BLAST de las secuencias más próximas a cada una de ellas de acceso público en las bases de datos de VIH y GenBank.

Resultados: Se ha realizado estudio molecular de 1.811 muestras correspondientes a otros tantos infectados por VIH, que muestran las siguientes características: 1.511 (83,66%) de los pacientes están infectados por el subtipo B del virus, asignándose los 296 restantes a otros subtipos, entre los que destacan el CRF02_AG (n = 66). El análisis de agrupaciones mediante métodos moleculares revela un total de 268 clusters que incluyen a 1034 pacientes (57,1%). 11 de ellos tienen más de 10 pacientes, destacando uno con 111 y 3 adicionales con más de 20.

Conclusiones/Recomendaciones: El estudio molecular de las cepas pertenecientes a infectados por el VIH ha permitido identificar diferentes brotes epidémicos por VIH que no habían sido notificados al sistema de vigilancia epidemiológica de la Comunidad Valenciana. En los últimos años no se ha notificado brote epidémico alguno a la Red de Vigilancia Epidemiológica, a pesar de que se trata de una infección que se transmite mayoritariamente por vía sexual, a través de las relaciones sexuales no protegidas tanto en mujeres heterosexuales como en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). A esto hay que añadir que aproximadamente el 50% de los casos notificados de infección por VIH corresponden a diagnósticos tardíos. La epidemiología molecular, a través de este estudio nos ha ayudado, a detectar las deficiencias del sistema de vigilancia de la infección por el VIH en la actualidad. Así pues, es preciso una reorientación de la vigilancia del VIH, que permita investigar cada caso y sus contactos como si de una ITS más se tratara, así como proseguir los estudios moleculares para ayudar a la vigilancia.

Financiación: MINECO BFU2014-58565R y Gilead Science SL.

245. NUEVAS HERRAMIENTAS MOLECULARES PARA LA INVESTIGACIÓN DE BROTES DE SARAMPIÓN Y PAROTIDITIS

J.E. Echevarría, A. Fernández García, J. Masa, G. Saravia, N. López-Perea, H. Gil, A. Castellanos, M.M. Mosquera, et al

Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III; Hospital Clínic de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); European Program for Public Health Microbiology Training (EUPHEM), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

Antecedentes/Objetivos: La caracterización de los virus circulantes es un componente crítico para la vigilancia del sarampión y de la

parotiditis. Por esta razón, la OMS ha normalizado la metodología de genotipificación. La región europea se encuentra en estadios próximos a la eliminación del sarampión con lo que debería aparecer en forma de brotes autolimitados causados por diferentes genotipos importados. Sin embargo, en los últimos años se ha producido una reemergencia del sarampión con brotes de mayor tamaño y extensión producidos por un mismo genotipo. Por otro lado, la parotiditis sigue siendo epidémica, debido a la menor efectividad de la vacuna y desde el año 2005, se detectan en Europa cepas circulantes pertenecientes a un mismo genotipo G. En ambos casos, la capacidad de discriminación de las secuencias designadas por la OMS para genotipado resulta insuficiente para trazar adecuadamente los patrones moleculares de circulación epidemiológica.

Métodos: Se han utilizado secuencias de los virus del sarampión (VS) y la parotiditis (VP) genotipadas en el Centro Nacional de Microbiología en el contexto de los programas de vigilancia microbiológica y del Plan Nacional de Eliminación del sarampión. Se han nombrado las cepas de acuerdo a las normas de la OMS para haplotipo y variante y con ello se ha revisado la información previamente extraída del análisis de los genotipos. Finalmente, se ha estudiado la capacidad discriminativa de diferentes regiones no codificantes (RNC) hipervariables (una sola para VS, tres para VP) en situaciones que quedaron deficientemente resueltas.

Resultados: La información aportada por las variantes no corrobora la circulación continua de VS de genotipo D4 observada entre 2010 y 2012 en España, ya que se observa la importación secuencial de diferentes variantes. Asimismo, el uso de una RNC ha permitido la discriminación de cadenas de transmisión ocultas en brotes por genotipo D8 del año 2013. Se observó una circulación continua de una misma variante de genotipo G de VP entre 2005 y 2015, pero las RNC permitieron discernir diferentes cepas asociadas a cada una de las tres ondas epidémicas observadas en este período.

Conclusiones/Recomendaciones: La determinación de marcadores subgenotípicos de VS y VP permite extraer información epidemiológica útil, por lo que se recomienda su implementación en los sistemas de vigilancia de estas enfermedades y muy particularmente en el Plan Nacional de Eliminación del Sarampión.

Financiación: Proyecto FIS (AES, ISCIII) PI12/02006.

519. EPIDEMIOLOGÍA GENÓMICA DE BROTES CAUSADOS POR BACTERIAS

L. Sánchez Busó, I. Comas Espadas, B. Beamud Aranguren, N. García González, M. Pla Díaz, F. González Candelas

FISABIO-Universitat de València; CIBERESP; Sanger Institute; Instituto de Biomedicina, CSIC.

Antecedentes/Objetivos: La secuencia completa de un genoma es la mayor información que se puede obtener a nivel genético. Con ella, podría parecer que el estudio y resolución de brotes y redes de transmisión serían mucho más sencillos y menos sujetos a interpretación que los basados en otros marcadores empleados hasta la fecha. Pero estas nuevas técnicas también presentan sus inconvenientes y peculiaridades que no siempre son tenidos en cuenta en la interpretación de los resultados.

Métodos: Para describir las aplicaciones ya realizadas, las metodologías aplicadas y las dificultades encontradas en la epidemiología genómica de brotes, hemos realizado una revisión exhaustiva de los artículos publicados en el área desde 2011, fecha del primer artículo analizando una red de transmisión de tuberculosis con secuencias de genomas completos.

Resultados: Hasta el momento se han aplicado cinco plataformas diferentes de secuenciación genómica, si bien dos, Illumina y Nanopore, parecen establecerse como las más utilizadas y con proyección en un futuro inmediato, respectivamente. Se han estudiado brotes de al

menos 27 especies de bacterias, destacando por el número de casos *E. coli*, *M. tuberculosis*, *S. enterica*, *S. aureus* y *V. cholerae*. La mayoría de los estudios tienen un carácter retrospectivo y sólo en ocasiones, especialmente con el uso de Nanopore y IonTorrent, se han podido estudiar brotes contemporáneamente, contribuyendo a la resolución de los mismos. Además de razones económicas y técnicas, detectamos otros problemas en la aplicación directa de la secuenciación genómica al estudio de brotes como la falta de un estándar unificado de análisis de datos de NGS, las diferencias observadas al adoptar distintas cepas como referencia para el mapeo, la desconsideración del genoma auxiliar, la tasa de evolución que a nivel genómico lleva a falta de identidad entre aislados relacionados epidemiológicamente, la existencia de variación intraindividual, o la carencia de una notación estándar de los resultados obtenidos que pueda resumir los mismos sin implicar la secuencia completa obtenida.

Conclusiones/Recomendaciones: La epidemiología genómica plantea nuevos retos y problemas, pero también ofrece soluciones a casos de transmisiones complejas. Para ello, debe encontrar una mejor integración de la información con la obtenida en otros ámbitos, así como avanzar en la estandarización de los métodos de análisis y la comunicación de los resultados obtenidos en los mismos.

Financiación: MINECO BFU2014-58565R.

COMUNICACIONES ORALES

CO29. Vigilancia epidemiológica (IV)

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Salón de Actos

*Moderan: Socorro Fernández Arribas
y José Henrique Barros*

868. CALIDAD DE LA EVIDENCIA DEL RIESGO QUIRÚRGICO DE TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB

F.J. García López, M. Ruiz Tovar, J. Almazán Isla, E. Alcalde Cabero, F. Avellanal Calzadilla, M. Calero Lara, J. de Pedro Cuesta

Área de Epidemiología Aplicada, Centro Nacional de Epidemiología, Unidad Funcional de Investigación en Enfermedades Crónicas, Instituto de Salud Carlos III; CIBERNED.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) se transmite por implantes de duramadre, por administración de hormonas hipofisarias de origen humano y por algunos procedimientos de neurocirugía. Se desconoce si los procedimientos quirúrgicos transmiten la ECJ. El objetivo de este estudio fue sintetizar la evidencia sobre la asociación entre la cirugía y la ECJ.

Métodos: Se efectuaron dos revisiones sistemáticas. En la primera, se buscaron estudios de cohortes o de casos y controles sobre la asociación entre cualquier tipo de cirugía y la ECJ. Se aplicó el método GRADE para calificar el grado de evidencia. Se efectuaron metanálisis con el método de efectos aleatorios. La segunda revisión buscó descripciones de casos de transmisión neuroquirúrgica. Todas las búsquedas se hicieron en MEDLINE, en referencias de los artículos y con consulta a expertos. La selección de estudios y la extracción de información se hicieron por dos observadores que resolvieron sus discrepancias por acuerdo.

Resultados: Se identificaron 19 estudios sobre la asociación entre la cirugía y la ECJ, a partir de 488 artículos posibles que abarcaban ocho procedimientos quirúrgicos y tres periodos de latencia. Se encontró una asociación positiva con la cirugía cardiovascular (OR: 1,77; IC95%: 1,16 a 2,68) y con tiempo de latencia desde cirugía general superior a 20 años (OR: 2,81; IC95%: 1,62 a 4,88) y negativa con la apendicectomía (OR: 0,77; IC95%: 0,60 a 1,00). En neurocirugía, hubo 14 comparaciones de casos con controles en seis estudios, con heterogeneidad de efectos y una OR sumaria de 0,92 (IC95%: 0,58 a 1,47). La evidencia fue calificada de "muy baja" en todos los procedimientos quirúrgicos excepto en cirugía con una latencia de más de 20 años, en que fue de "baja". En cinco publicaciones se encontraron siete casos posibles de transmisión por neurocirugía, seis entre 1952 y 1974 y uno en 1992, con comprobación experimental de transmisión instrumental en dos casos y contacto con el sistema nervioso central en cinco; en seis casos las latencias fueron de 1 a 2 años y en un caso de 6,5 años.

Conclusiones/Recomendaciones: No se puede descartar la transmisión de la ECJ por procedimientos quirúrgicos, si bien la calidad de la evidencia es, en el mejor de los casos, baja. El método GRADE, diseñado para estudios de tratamiento y prevención, puede aplicarse también al estudio de causas de enfermedad. Desde hace más de 20 años, no hay evidencia de transmisión de la ECJ por procedimientos neuroquirúrgicos con latencia corta. Esto puede deberse a la mejora en los métodos de desinfección y la utilización de material desechable.

537. FERRAMENTA DE REGISTO CLÍNICO PARA EVENTOS DE MASSAS

R. Mexia, N. Rodrigues, M. Castro

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; Unidade de Saúde Pública Moinhos, ACES Oeste Sul; Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Algarve.

Antecedentes/Objetivos: Eventos de massas são eventos cujo número de participantes coloca sobre pressão o planeamento e os recursos dos locais onde decorrem, aumentando os riscos para a saúde, em particular os relacionados com doenças transmissíveis. O Festival Andanças é um festival de verão, anual, de música e dança tradicional, reunindo habitualmente mais de 15.000 pessoas, durante uma semana na Barragem de Póvoa e Meadas, perto de Portalegre, Portugal. No recinto do Festival estão disponíveis cuidados de saúde, prestados por uma equipa de profissionais de saúde voluntários. A grande aglomeração de participantes, com uma participação internacional relevante, levou a que se implementasse um sistema de vigilância epidemiológica para identificação dos problemas reais e potenciais, para permitir a implementação de medidas de controlo e melhorias, sempre que necessário.

Métodos: Em 2015, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge efetuou a vigilância epidemiológica do festival em estreita colaboração com os prestadores de cuidados no festival. Para o efeito, foi desenvolvido um instrumento de registo na plataforma RedCap e a colheita e registo dos dados feita em tempo real por uma equipa dedicada. Os dados foram analisados diariamente usando Stata e R, dando origem a um relatório apresentado e discutido em reunião diária com as diversas entidades intervenientes.

Resultados: Em 2015 o Festival Andanças contou com 17.355 participantes, registaram-se 1.024 ocorrências, correspondendo a 842 utilizadores diferentes, correspondendo a uma taxa de ataque de 4,8%. Os utilizadores eram maioritariamente do sexo feminino (67,5%), portugueses (80,4%) e com idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos (59%). A dor (44,5%) e os traumatismos (40,0%) foram os principais motivos de admissão, tendo as feridas (44,6%) e os problemas osteoarticulares (13,5%) os principais diagnósticos de saída. A

maioria das ocorrências terminou com alta, havendo apenas 9 casos (0,9%) em que os doentes foram referenciados para o hospital mais próximo.

Conclusiones/Recomendaciones: Os dados recolhidos permitem concluir que a existência de meios diferenciados de prestação de cuidados no recinto do festival permitiu evitar muitas deslocações dos participantes para fora do festival e evitar colocar sobre pressão os cuidados de saúde da região. A implementação deste sistema de vigilância permitiu testar instrumentos de Saúde Pública, desenvolvendo conhecimento e capacidades aplicados a eventos de massas, uma área pouco desenvolvida em Portugal e até a nível internacional.

Conflicto de intereses: Dois dos autores fizeram parte da estrutura de produção do Festival Andanças, sendo que um deles ainda permanece nessa estrutura.

530. EL CENTRO DE ESTANCIA TEMPORAL DE INMIGRANTES DE MELILLA Y SU APORTACIÓN A LAS EDO, 2014-2015

D. Castrillejo Pérez, I. Díaz Cardona, A.A. Gómez Anés

Consejería de Presidencia y Salud Pública, Dirección General de Sanidad y Consumo, Servicio de Epidemiología, Melilla; Servicio Sanitario, Centro de Estancia de Inmigrantes de Melilla.

Antecedentes/Objetivos: Durante los años 2014-2015 un total de 14.609 migrantes ingresaron en el Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) de Melilla, siendo 4.039 (27,6%) menores de edad. Proceden de 40 países distintos con una mayor representación de originarios de Siria. Se pretende mostrar la influencia que ha tenido esta población sobre determinadas EDO a lo largo de estos dos últimos años.

Métodos: Analizar las EDO comunicadas desde el CETI a Epidemiología. Análisis las Tasas de incidencia de los casos notificados y su influencia en la Tasa de la Ciudad. Revisión de las estrategias y protocolos por los diferentes servicios implicados.

Resultados: Parotiditis: el CETI representa el 100% de los casos comunicados en 2014 con una tasa de incidencia de 3,57 casos por 100.000 habitantes. En el 2015 representan el 50% con una tasa de incidencia de 1,17 casos por 100.000 h. Varicela: el CETI representa el 38,2% de los casos comunicados en 2014 con un brote que afectó a jóvenes adultos subsaharianos y un sólo niño sirio. La tasa de incidencia en Melilla fue de 65,47 casos por 100.000 h. correspondiendo al CETI una tasa de 25 casos por 100.000 h. En 2015 la tasa en Melilla es de 22,2 casos por 100.000 h y al CETI le corresponde una tasa de 1,2 casos por 100.000 h. Tuberculosis respiratoria: el CETI representa el 42% de los casos comunicados en 2014. La tasa de incidencia en Melilla fue de 30,71 casos y al CETI le corresponde una tasa de 12,87 casos por 100.000 h. En 2015 la tasa de TBR en Melilla es de 15,21 casos por 100.000 correspondiendo al CETI una tasa de 2,34 casos por 100.000 h. Meningitis meningocócica. En 2014 el único caso se dio en el CETI por una cepa W perteneciente al complejo clonal ST 11. Implicó una actuación sobre 409 personas. Paludismo: el CETI aglutina a todos los casos comunicados y corresponden al año 2014 con una tasa de 7,14 casos por 100.000 h.

Conclusiones/Recomendaciones: Las medidas de aislamiento, de vacunación a susceptibles (incluidos trabajadores), de quimioprofilaxis y la importancia de la implementación del calendario vacunal acelerado a menores que ingresan en el centro han supuesto evitar, en gran medida, la aparición de brotes en un centro diseñado para 480 personas, pero con niveles de hacinamiento que llegaban a triplicar en determinados momentos su ocupación. La aplicación del protocolo de despistaje de TB de nuevos ingresos en el CETI, que implica a todo el sistema sanitario de Melilla, cubre la necesidad de manejo específico de la TB en este colectivo, dada su vulnerabilidad antes y durante el trayecto migratorio.

97. VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ARBOVIROSIS EN BARCELONA

E. Camprubí, T. Montalvo, A. Prats-Urbe, R. González, L. Fernández
Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona; Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La expansión por las Américas del virus Chikungunya, y del virus Zika, ha sacado a la luz mediática la emergencia de nuevos y viejos patógenos transmitidos por artrópodos. Existe preocupación por la aparición de casos autóctonos ya que la presencia de un vector competente y de huéspedes virémicos se dan simultáneamente en la ciudad. En el año 2013 se inició en la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) un programa piloto de vigilancia de las arbovirosis organizado a nivel humano y vectorial, con el objetivo de reducir el riesgo de transmisión. El objetivo de esta comunicación es describir el sistema y exponer los principales resultados.

Métodos: La aparición de un nuevo caso sospechoso de alguna de las arbovirosis es notificada al Servicio de Epidemiología (SEPID) por los centros sanitarios que reciben al posible caso. El SEPID recibe los casos, determina si el paciente se podría encontrar en fase virémica y efectúa una encuesta epidemiológica especialmente diseñada. Este cuestionario incluye preguntas sobre la región visitada, el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, antecedentes de picaduras, los lugares visitados y contactos durante el período virémico, además de otra información clínica y los datos personales del paciente. Los casos en período virémico en el territorio, y, por tanto, con capacidad de transmisión, son comunicados al Servicio de Vigilancia y Control de Plagas Urbanas que contacta con la persona para realizar una inspección entomológica en su domicilio y vía pública adyacente y valorar la realización de esta en otros lugares visitados, con el objetivo de detectar y disminuir la presencia del vector para minimizar una posible transmisión.

Resultados: En el año 2014 llegaron 70 casos de arbovirosis importados a la ciudad de Barcelona, siendo 50 casos de dengue y 20 de chikungunya. 29 llegaron en fase virémica, 15 de dengue y 14 de chikungunya. En el año 2015 llegaron 93, 49 de dengue y 44 de chikungunya. De estos, 51 llegaron en fase virémica, 29 de dengue y 22 de chikungunya. A partir de estos casos, el SVIPLA realizó 29 inspecciones entomológicas en 2014 y 27 en 2015, encontrando actividad vectorial en 5 de las inspecciones a domicilios y en 16 de las inspecciones en vía pública.

Conclusiones/Recomendaciones: Existe un riesgo real de transmisión autóctona por la coincidencia de pacientes en fase virémica y la presencia del vector competente. La vigilancia epidemiológica de los casos importados de arbovirosis debe ser eficaz y rápida para poder evaluar el riesgo de transmisión autóctona y poner en marcha los protocolos de actuación que permitan detectar arbovirus en zonas no endémicas y reducir el riesgo de transmisión.

104. ESPAÇOS DE MAIOR VULNERABILIDADE PARA LEISHMANIOSE VISCERAL: ENFOQUE A PARTIR DO GEOPROCESSAMENTO

A. Almeida, P. Sabroza, M.H. Morais, R. Souza-Santos

Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ); Gerência de Controle de Zoonoses, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Antecedentes/Objetivos: No cenário atual, onde vários fatores estão implicados diretamente na urbanização da leishmaniose visceral (LV), o uso de técnicas de geoprocessamento, incluindo o sensoriamento remoto (SR) traz novas perspectivas e desafios metodológicos nas análises do processo endêmico epidêmico desta doença. O objetivo desse estudo foi monitorar com uso de técnicas de geoprocessa-

mento os seguintes indicadores epidemiológicos para LV: distribuição espacial e temporal da enzootia canina e caracterização dos espaços de maior vulnerabilidade para difusão da doença em área de elevada transmissão, no município de Belo Horizonte.

Métodos: A área de estudo foi a Área de Abrangência (AA) do Centro de Saúde Pindorama no município de Belo Horizonte, nos anos de 2010-2013. Os dados caninos georreferenciados foram obtidos na Gerência de Controle de Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de BH. Mapas temáticos foram produzidos com as distribuições espaciais dos indicadores relativos a enzootia canina, bem como foi realizada a estimativa de Kernel dos cães positivos para LV, onde foram obtidos focos de intensidade (alto e médio risco) para infecção canina. Assim como, pelo buffer de 50m do foco de médio risco. Para avaliar o risco de produção da LVC considerou-se o índice de vegetação, obtido através da imagem de satélite do sensor QuickBird para 2011. O índice de vegetação calculado foi o NDVI - Normalized Difference Vegetation Index, extraído a partir dos focos de intensidade identificados pelo Kernel, com a finalidade de analisar as condições de receptividade para a infecção canina (LVC). Com base nesses focos, foram calculados e comparados os indicadores de densidade do NDVI e proporção de cães positivos dentro e fora dos focos.

Resultados: A análise da tendência da LV em Pindorama mostrou que houve redução da prevalência da LVC no período de 2010-2012, caindo de 10,30% para 5,42%. Enquanto que no ano de 2013 a prevalência foi de 7,62%. As áreas identificadas como de alto risco pelo Kernel apresentaram maior densidade de NDVI (28,18%), seguida das áreas com buffer de 50m do foco de médio risco (27,09%). Já a maior proporção de cães positivos foi observada na área de buffer (29,52%). A distribuição espacial e temporal da enzootia canina, bem como o indicador ambiental NDVI possibilitou identificar e caracterizar espaços de maior receptividade para difusão da doença na AA.

Conclusiones/Recomendaciones: O uso de ferramentas espaciais pode ser útil na definição de áreas prioritárias para intervenção a nível local, já que a introdução da LV nas cidades configura-se como um novo cenário epidemiológico.

155. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE TRIATOMINOS CON ASOCIADOS A LA VIVIENDA HUMANA EN EL ESTADO DE MÉXICO

I. Medina Torres, R. Montes de Oca Jiménez, J.C. Vázquez Chagoyán, R.I. Rodríguez Vivas, A. Saldivar Gómez, F.I. López Vivas

Universidad Autónoma del Estado de México; Instituto de Salud del Estado de México; Universidad Autónoma de Yucatán.

Antecedentes/Objetivos: La tripanosomosis americana o enfermedad de Chagas es una enfermedad zoonótica causada por un protozoo; *Trypanosoma cruzi* (T. cruzi), transmitido por artrópodos triatomíneos hematófagos de la Familia Redúvidae Hemiptera llamados chinches. Objetivos. El presente estudio pretende determinar la prevalencia de T. cruzi en los triatomíneos encontrados en el Estado de México durante los últimos 7 años, su distribución espacial, así como los factores geográficos y climáticos relacionados con su presencia.

Métodos: Se llevó a cabo un registro de las 1.407 muestras de triatomíneos y 368 muestras de triatomíneos confirmados a T. cruzi, durante 2006, al 2014 en 18 municipios en los cuales se realizó la identificación de T. cruzi por microscopía óptica y por PCR, con los iniciadores para la región conservada del kinetoplasto: Sentido TCI 5" GTGTCCGCCATCCTTCGGGCC3", Sentido TCII 5" CCTGCAGGCACACGTGTGTGTG 3" y Contrasentido TC 5" CCCCTCCAGGCCA-CACGTGTGTGTG 3". El producto final se analizó por electroforesis en un gel de agarosa al 3,0% teñido con bromuro de etidio y visualizado en un transiluminador de UV. Para obtener la distribución geográfica del

Trypanosoma cruzi se georeferenció la ubicación de la localidad donde fue capturado el triatomo. Se estimó la distribución potencial utilizando el algoritmo de máxima entropía (MaxEnt), interfaz de aplicación dentro del Sistema de Información Geográfica Idrisi Selva.

Resultados: Se encontraron tres especies de triatominos transmisores de T. cruzi: M. pallidipennis y T. dimidiata y T. barberi. La distribución geográfica más extensa en el Estado de México la presentó M. pallidipennis, seguida de T. dimidiata, encontrándose T. cruzi en estas dos especies por encima de los 2.000 msnm. La sustentabilidad del hábitat de Triatominos está relacionada al clima tropical, sus fluctuaciones anuales de temperatura y planicies del terreno, sin existir una dependencia espacial a la precipitación.

Conclusiones/Recomendaciones: La existencia de los vectores de la enfermedad de Chagas, así como el hallazgo del T. cruzi en éstos hacen posible la existencia de la enfermedad en el Estado de México, lo cual constituye un riesgo para la salud pública. Sugerencias: se considera que el Sur del Estado de México es un área endémica de esta enfermedad y en consecuencia, es necesaria la expansión y mejoría de los programas de evaluación masiva de sangre donada en busca de T. cruzi.

Financiación: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología México.

721. HOSPITALIZACIÓN POR MALARIA EN ESPAÑA, AÑOS 2004-2013

M. Morey Montalvo, E. de Miguel, J.A. López-Rodríguez, M.D. Ramiro-González, I. del Cura González, A. Gil de Miguel

Unidad de Investigación, GAAP; REDISSEC; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos.

Antecedentes/Objetivos: Describir las hospitalizaciones atribuidas a Malaria y estimar la tasa de incidencia y costes directos por paludismo durante 2004-2013 en España.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, utilizando datos del CMBD (1/1/2004-31/12/2013). Método: Se incluyeron todas las altas hospitalarias con diagnóstico principal "Enfermedad infecciosa y parasitaria: malaria" (códigos CIE9-MC del 084.0 al 084.9). Se calculó frecuencia de ingresos, tasa de incidencia anual por 100.000 habitantes, estancia media hospitalaria y coste medio de hospitalización (GRD) de forma global, por grupos de edad (según distribución de grupos OMS) ajustadas según estimaciones censales del INE.

Resultados: En total se registraron 6.640 ingresos por malaria, 65,7% de sexo masculino, edad media de 31,7 años (DE 16,7), el 18,4% de los ingresados tenían menos de 15 años. La tasa de incidencia más alta fue en el año 2013 con 1,8 ingresos por 100.000 habitantes/año (IC95% 1,7-1,9). El 23,7% de los casos se codificaron como "Paludismo No Especificado (CIE 084.6)". La infección única por P. falciparum representó el 62,6%. El 58% de los ingresos se produce entre julio y noviembre, con pico en septiembre. La estancia media es de 5,9 días (DE 7,3). Los pacientes mayores de 50 años tuvieron una estancia media mayor que los grupos de menor edad, 9,0 días (12,0) (p < 0,001). Por CCAA: Madrid (1.655 casos), Cataluña (1.648 casos) y la Comunidad Valenciana (790 casos) registraron los mayores porcentajes. El número medio de días totales de hospitalización es 3.936,5 días, con un coste medio por año de 2.836,268 €. Se registraron 61 exitus (0,9%).

Conclusiones/Recomendaciones: La malaria afecta mayoritariamente a adultos jóvenes siendo la infección única por P. falciparum la más frecuente. Desde 2010 hay un aumento del número de casos, con una estacionalidad meses julio-noviembre. Con cambios en la distribución geográfica, en el inicio del periodo centrado en las CCAA de Madrid y Cataluña y en los últimos años hay una distribución más homogénea por todo el estado. La estancia media hospitalaria ha disminuido a lo largo del periodo.

894. ANÁLISIS ESPACIAL Y FACTORES DE RIESGO DE MALARIA EN EL DISTRITO DE BATA, GUINEA ECUATORIAL, 2013

E. García-Carrasco, D. Gómez-Barroso, Z. Herrador, P. Ncogo, P. Aparicio, A. Gherasim, R. Ravelo, A. Benito

Red de Investigación Cooperativa en Enfermedades Tropicales (RICET); CIBER Epidemiología y Salud Pública, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; Centro de Referencia para el Control de Endemias de Guinea Ecuatorial.

Antecedentes/Objetivos: El paludismo es uno de los principales problemas de salud pública en Guinea Ecuatorial. En 2010, representaban el 21% de las causas de muerte entre niños y niñas menores de cinco años. El objetivo de este estudio es describir la distribución de la prevalencia de malaria entre los menores de 15 años, analizar los factores ambientales asociados, así como detectar clusters espaciales.

Métodos: Estudio descriptivo-trasversal, se realizó de junio-agosto de 2013 en el Distrito de Bata, Guinea Ecuatorial. Se realizó una encuesta por hogar, en ámbito urbano y rural, para la obtención de variables sociodemográficas, socioeconómicas y medioambientales, y un test rápido para el diagnóstico de malaria. Se recogieron las coordenadas de cada hogar. Se calcularon las tasas de positivos por hogar. Se utilizaron dos métodos para detectar clúster en el espacio: el estadístico Gi de Getis-Ord y el estadístico Scan siguiendo una distribución de Poisson. Se creó alrededor de la red hidrográfica un buffer de 1 km y alrededor de las áreas verdes uno de 3 km para definir la distancia de los hogares al río y las áreas verdes. Se analizó la distribución de grupos étnicos en los hogares así como distintas variables medioambientales de los mismos. Para valorar la asociación entre la prevalencia de la malaria en los hogares y las variables, se realizó regresión de Poisson univariante y multivariante.

Resultados: Un total de 1.416 niños y niñas entre 2 meses y 15 años de 417 hogares fueron incluidos en este estudio. La prevalencia de la malaria por test rápido fue 47,53% (IC95%: 45,0-50,2) siendo más alta en el grupo de edad de 6-15 años (63,24%, $p < 0,001$). Aquellos niños y niñas que vivían en zonas rurales se mostraron más vulnerables a la malaria (RR: 2,18; IC95%: 1,86-2,57). La prevalencia de malaria fue mayor en aquellos hogares situados a menos de 1 km del río y a menos de 3 km (RR: 1,31; IC95%: 1,13 a 1,51 y RR: 1,44; IC95%: 1,25 a 1,66, respectivamente). En los casos de aquellos hogares a altitud por encima de los 200 metros resultó un factor protector frente a la aparición de malaria (RR: 0,73; IC95%: 0,62-0,86).

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudio revela una alta prevalencia de malaria entre los niños y las niñas del distrito de Bata, asociados a factores ambientales. Por lo que, la lucha contra la malaria debe estar orientada a intervenciones locales, teniendo en cuenta las consideraciones geográficas de los factores de riesgo ambientales, sobre todo en las zonas rurales. Se recomienda este enfoque espacial para el control del paludismo en Guinea Ecuatorial.

817. INCIDENCIA DE HIDATIDOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID (2010-2014)

A.J. Aragón, A.P. Silva

Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid; Hospital Universitario de Móstoles.

Antecedentes/Objetivos: La hidatidosis es una zoonosis de distribución mundial, causada por el desarrollo de quistes de la larva de la *Tenia echinococcus*. El hombre se infecta al ingerir los huevos del parásito, que son liberados al medio en las heces de un huésped intermediario. Los quistes hidatídicos activos en el hombre requieren tratamiento quirúrgico. Hasta el año 2015 no se ha llevado a cabo una vigilancia epidemiológica sistemática en la Comunidad de Madrid

(CM). Desde entonces, siguiendo la Decisión 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2013, está incluida entre las enfermedades de declaración obligatoria. El objetivo de este trabajo es hacer una aproximación a la situación epidemiológica de la hidatidosis en la CM (2010 a 2014), usando como fuente de información el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los pacientes ingresados en los centros de atención especializada en la CM, y describiendo las características demográficas de los casos.

Métodos: Del CMBD de la CM para 2010-2014 se han seleccionado los casos con diagnóstico principal hidatidosis (código CIE-9: 122). Se han incluido los casos residentes en la CM y se han identificado los casos con varios ingresos, manteniendo sólo el primero de ellos. Se han estudiado las distribuciones por edad, sexo y país de origen, se han calculado las incidencias anuales y en conjunto según fecha de ingreso por municipio y Área de Salud de residencia, comparándolas mediante estadístico de Poisson. También se han estudiado la frecuencia de los 4 primeros diagnósticos secundarios. Los cálculos se han realizado con el programa IBM SPSS Statistics 21.

Resultados: Ha habido 469 diagnósticos de hidatidosis durante el período estudiado (incidencia global: 1,45 casos por 100.000 habitantes/año). La mayor incidencia se dio entre los ingresados en 2010 (1,86) y la menor entre los de 2013 (1,20). La distribución por sexos fue del 50%. Los varones eran más jóvenes (media de edad: 54,4 años; mujeres: 57,6 años, $p < 0,05$). Había información sobre el país de origen en el 89% de los casos, de los que el 83,5% eran españoles, 5,8% rumanos y 4,1% marroquíes. Diez municipios presentaron una incidencia en el período superior a la esperada y tres, inferior ($p < 0,05$). Entre las Áreas de Salud destaca el Área Este, con una incidencia muy superior a la esperada y el Área Oeste, con una incidencia muy inferior ($p < 0,01$). De entre los diagnósticos secundarios no se encontró ninguno que tuviera una importancia numérica relevante.

Conclusiones/Recomendaciones: La hidatidosis es una enfermedad con una incidencia importante en la CM. Suele requerir tratamiento quirúrgico no exento de riesgos. Es conveniente la colaboración de los cirujanos para poder hacer una vigilancia epidemiológica adecuada. Hay que potenciar las medidas de control de esta zoonosis.

CO30. Cáncer (II)

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 0.1

*Moderan: Raquel Barbosa Lorenzo
y Bárbara Neves Peleteiro*

246. COHORT DAMA: ESTILOS DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. RESULTADOS PRELIMINARES

R. Puigpinós-Riera, G. Serral, X. Continenza, J. Grau, M. Espinosa, F. Macià, M.J. Quintana, X. Bargalló, E. Vidal, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Hospital Clínic; Hospital Vall d'Hebron; Parc Salut Mar; Hospital Sant Pau; Universitat Blanquerna.

Antecedentes/Objetivos: En Catalunya la supervivencia a los 5 años de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (CM) es de 80,9%. Los estilos de vida, el bienestar emocional y el uso de terapias no convencionales tienen un papel importante en la mejora de la calidad de vida de estas mujeres y en su supervivencia. Estos elementos presentan desigualdades de clase agravados por la actual situación de

crisis socioeconómica. El objetivo es describir el perfil social de las participantes de la Cohorte Dama y describir los estilos de vida antes y después del diagnóstico de CM según el nivel social.

Métodos: Estudio de cohortes en mujeres diagnosticadas y/o tratadas de CM en 4 hospitales públicos de Barcelona entre 2003 y 2013. Previo reclutamiento, se llevó a cabo: encuesta de bienvenida con el fin de obtener perfil social, encuesta autoreportada en papel y on-line sobre estilos de vida, bienestar emocional, uso de terapias no convencionales, estudio cualitativo y revisiones de las historias clínicas. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y se compararon prevalencias según nivel social mediante el test de chi-cuadrado.

Resultados: Se seleccionaron y enviaron cartas a 9.771 mujeres invitándolas a formar parte de la cohorte. Se recibieron 2.760 consentimientos informados y completaron todo el proceso. 2.235 mujeres. Más del 45% de las mujeres tienen menos de 60 años y el 35% son trabajadoras en activo. El 43,7% son de nivel social alto, 31,3% de clase media y 23,5% de nivel social bajo. El 22,4% viven solas, se ocupan mayoritariamente ellas mismas de las tareas domésticas y el 11% han hecho alguna recidiva, metástasis o han desarrollado otro cáncer. En cuanto a cambios en estilos de vida, a raíz del diagnóstico, las mujeres de nivel social alto dejaron de fumar en mayor medida (54,4%) que las de nivel medio (30,2%) y bajo (21,1%) ($p < 0,05$). Consumen menos alcohol ahora que antes (53,3%, 25,7% y 21,1% respectivamente según nivel social ($p < 0,05$)). Las mujeres de nivel social alto después del diagnóstico hacen más actividad física (AF) que antes (41,3%) frente a 31,1% las de nivel medio y 27,6% las de nivel bajo. Por otro lado, también se produce un cambio en la AF en el sentido inverso, es decir, ahora hacen menos AF que antes de ser diagnosticadas, y éste de manera similar en todos los niveles sociales (35,5%, 29,7%, 34,8% respectivamente).

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados preliminares señalan la existencia de desigualdades sociales en algunos de los cambios en los estilos de vida. Es necesario profundizar en el análisis y complementar con estudios cualitativos.

Financiación: FIS PI13/01977.

848. FACTORES ASOCIADOS AL PRIMER SÍNTOMA EN CÁNCER DE MAMA EN EL ESTUDIO MCC-SPAIN

M. Díaz-Santos, G. Castaño, N. Aragonés, V. Moreno, A.J. Molina, J.M. Altzibar, N. Asuncion, I. Gómez-Acebo, J. Alguacil, et al

CYSMA, Universidad de Huelva; CIBERESP; Instituto de Salud Carlos III; Institut Català d'Oncologia; ISGlobal CREAL; Instituto de Salud Pública de Navarra; Universidad de Cantabria; Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa.

Antecedentes/Objetivos: La supervivencia del cáncer de mama está ligada a su diagnóstico precoz. Conocer las características asociadas a los síntomas de presentación de cáncer de mama puede ayudar a mejorar su detección precoz. El objetivo fue describir los tipos de síntomas de presentación de cáncer de mama.

Métodos: Se utilizó la población diagnosticada con cáncer de mama en el estudio caso-control de base poblacional (MCC-Spain) realizado en 10 provincias españolas entre 2008 y 2013. Se reclutaron 1516 pacientes, de entre 23 y 85 años. Se comparó (test chi cuadrado) la proporción de sujetos en cada categoría de tipo clínico de primer síntoma con diferentes variables sociodemográficas (nivel de estudios terminados (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios) en función de la clase social (baja, media, alta) de los padres en el momento del nacimiento de los participantes, área de estudio, dedicación exclusiva como ama de casa, menopausia).

Resultados: El 42,3% de las mujeres no refirieron ningún síntoma antes de ser diagnosticadas. El tipo de primer síntoma referido con mayor frecuencia fue 'presencia de un nódulo en el pecho' (42,7%),

seguido de otros síntomas inespecíficos (4,6%), cambios en las características del pecho (3,6%), dolor en el pecho (3%), bulto doloroso en el pecho (2%), astenia (0,9%), bulto en la axila (0,8%) y pérdida de peso (0,1%). Ni el nivel de estudios, ni la clase social al nacer se asociaron con presentar algún síntoma concreto. La provincia de Huelva presentó el menor porcentaje de mujeres diagnosticadas sin síntomas (26,9%), mientras que Navarra presentó el mayor (53,6%). Las mujeres con dedicación exclusiva como amas de casa refirieron un nódulo en el pecho como primer síntoma (50,4%) con mayor frecuencia que aquellas que habían trabajado alguna vez (42,0%; $p < 0,05$). El porcentaje de mujeres menopáusicas sin síntomas en el momento del diagnóstico fue del 48,8%, por un 30,8% en premenopáusicas.

Conclusiones/Recomendaciones: En España existen diferencias en los síntomas de presentación de cáncer de mama que podrían estar relacionadas con diferencias en el calado de prácticas de diagnóstico precoz en la población.

Otros firmantes: G. Fernández-Tardón (IUOPA, U. Oviedo), R. Marcos-Gragera ICO, IdIBGi, R. Capelo (CYSMA, U. Huelva), V. Moreno (ICO), R. Peiró (U de Valencia), B. Pérez, M. Pollán (IS Carlos III, Madrid).

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria, CIBERESP.

297. CLINICAL AND HISTOLOGICAL FEATURES OF BREAST CANCERS IN WOMEN WITH PREVIOUS BENIGN BREAST DISEASE

M. Román, M. Caicoya, A. Romero, F. Saladie, M. Sánchez, M. Baré, C. Vidal, M.J. Quintana, X. Castells

IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute); Network on Health Services in Chronic Diseases (REDISSEC); Breast Cancer Screening Program of Tarragona; Direction General of Public Health, Government of Cantabria; Parc Taulí University Hospital; Catalan Institute of Oncology; Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Antecedentes/Objetivos: Women with benign breast disease (BBD) have an increased risk of developing breast cancer. Information is scarce regarding the tumor characteristics of breast cancers diagnosed after a BBD. We analyzed the clinical and histological features of breast cancers diagnosed in women with previous BBD found at screening compared with women with negative mammographic tests.

Métodos: Retrospective cohort study of 549,422 women aged 50-69 years biennially screened for breast cancer in 8 screening regions of Spain between 1992 and 2011, and followed-up until December 2012, with a median follow-up of 6.1 years. We analyzed all 7,291 women with a breast cancer diagnosis (screen detected cancer or interval cancer) during the study period, of whom 272 had a previous benign breast disease. Information on clinical and pathological characteristics of breast cancers was collected from pathology reports. Logistic regression was used to estimate the odds ratio (OR) and 95% confidence intervals (95%CI) of occurrence of a number of histological tumor characteristics for women with a previous BBD compared with women with negative screening tests. Regression models were adjusted by age at last screen, year of last screen, and tumor type (DCIS or invasive).

Resultados: Women with a previous BBD had a higher proportion of tumors ≥ 2 cm, metastatic positive tumors, and Ki-67 positive tumors (Chi-Squared test < 0.05 for all three tests). No statistically significant differences were found in the proportion of grade III, lymph node positive, estrogen receptor positive, progesterone receptor positive or HER2 positive tumors. Results from the adjusted regression model showed that women with previous BBD were more likely to be diagnosed with tumors sized ≥ 2 cm (OR = 1.40; 95%CI = 1.01-1.95), metastatic positive tumors (OR = 2.58; 95%CI = 1.23-5.42), and Ki-67 positive tumors (OR = 2.01; 95%CI = 1.42-3.02). However, no differ-

ences were found regarding tumor grade, lymph node involvement, estrogen receptor status, progesterone receptor status, and HER-2 status).

Conclusiones/Recomendaciones: Screening participants with previous BBD were at an increased risk of tumor features associated with worst prognosis such as tumor size ≥ 2 cm, metastatic positive, and Ki-67 positive tumors. This information may be useful to improve screening effectiveness by means of more personalized prevention strategies in women with BBD.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III FEDER (grant PI11/01296).

281. RELACIÓN ENTRE CÁNCER DE MAMA E INGESTA DE CARNE, GRADO DE COCCIÓN Y MÉTODO DE COCINADO: MCC-SPAIN

E. Boldo, A. Castelló, T. Fernández Villa, J.M. Altzibar, M. Guevara, D. Romaguera, T. Dierssen, P. Amiano, M. Pollán, Grupo MCC-Spain

CNE-ISCIII; IDIPHIM; Universidad de León; Salud Pública Guipúzcoa; IIS Biodonostia; IdISNA; CREAL; IDIVAL; Universidad de Cantabria; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La evidencia existente acerca de la relación entre consumo de carne, así como de las prácticas de su cocinado, y cáncer de mama (CM) es limitada. El objetivo de este estudio es explorar la relación entre CM e ingesta de carne, considerando además el grado de cocción y el método de cocinado.

Métodos: MCC-Spain es un estudio de casos y controles poblacionales reclutados en 10 provincias españolas, con edades entre 23 y 85 años. En el análisis se incluyeron 1.250 casos de cáncer de mama confirmados histológicamente y 1.341 controles que contestaron un cuestionario epidemiológico y otro de frecuencia alimentaria, incluyendo preguntas específicas sobre el consumo de carnes, grado de cocción (bajo, medio, alto) y método de cocinado (plancha/brasa; frito/rebozado; guisado; horno). Se evaluó el riesgo de CM globalmente, por estatus menopáusico (pre y posmenopausia) y por subtipos patológicos (HR+ = ER+/PR+ y HER2-; HER2+; TN = ER-, PR- y HER2-), mediante modelos de regresión logística y multinomial ajustados por factores de confusión conocidos para este tipo de cáncer.

Resultados: Las mujeres posmenopáusicas en el cuartil más elevado de consumo de carnes rojas (> 25 g/1.000 Kcal/día) y curadas o procesadas (> 14 g/1.000 Kcal/día) presentaron un mayor riesgo de CM (ORQ4-Q1 (IC95%) = 1,34 (1,01-1,77) y ORQ4-Q1 (IC95%) = 1,51 (1,14-1,99)), respectivamente. El efecto del consumo de carnes curadas o procesadas fue especialmente notable para tumores HR+ (ORQ4-Q1 (IC95%) = 1,37 (1,06-1,77)) y TN (ORQ4-Q1 (IC95%) = 2,53 (1,26-5,09)). Además, en consumidoras de carne roja, la ingesta de carnes muy hechas se asoció con el riesgo de CM en mujeres posmenopáusicas (OR alto vs bajo (IC95%) = 1,94 (1,28-2,94)) y en participantes con tumores HR+ (OR alto vs bajo (IC95%) = 1,69 (1,16-2,45)). Finalmente, la carne blanca rebozada y/o frita se asoció al riesgo de CM con independencia del estatus menopáusico (OR ingesta $>$ mediana (IC95%) = 1,35 (1,10-1,65)) y para tumores HR+ (OR ingesta $>$ mediana (IC95%) = 1,33 (1,06-1,67)). La carne roja guisada también se asoció con los tumores HR+ (OR ingesta $>$ mediana (IC95%) = 1,49 (1,15-1,94)).

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudio añade más evidencia sobre el posible papel que juega el consumo de carnes sobre esta localización tumoral. El riesgo de cáncer de mama podría reducirse moderando el consumo de carnes rojas, especialmente muy hechas o guisadas, de carnes blancas fritas o rebozadas, así como de carnes curadas y procesadas.

Otros firmantes: V. Moreno (ICO), G. Fernández-Tardón (IUOPA, U. Oviedo), R. Peiró (FISABIO-Salud Pública), R. Marcos-Gragera (ICO, Idi-BGi), M. Díaz-Santos (CYSMA, U. Huelva).

Financiación: CIBERESP; FIS PI12/00488.

105. ESTUDIO OBSERVACIONAL POST-INTRODUCCIÓN DE LAS PRUEBAS PREDICTIVO/PRONÓSTICAS EN CÁNCER DE MAMA

S. Benot López, E. Bayo Lozano, I. Martínez Ferez, J. Aldana Espinal, C. Noriega Barreda, S. Márquez Peláez, C. Navarro Palenzuela, T. Molina López

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La introducción en la práctica clínica de las plataformas genómicas predictivo-pronósticas en cáncer de mama, no va acompañado de la evidencia científica suficiente que demuestre su utilidad clínica en términos de mejora de salud, aunque parecen útiles para la toma de decisión terapéutica. Esto las convierte en candidatas para un estudio prospectivo para valorar su utilidad e impacto en la decisión terapéutica y en la salud de las pacientes. El objetivo principal es "evaluar la utilidad clínica de estas plataformas en pacientes de bajo-intermedio riesgo clínico e incertidumbre sobre el tratamiento". Objetivos específicos: 1. Analizar la adecuación de la solicitud a los criterios establecidos. 2. Estimar el impacto de las plataformas en la decisión terapéutica. 3. Valorar la utilidad clínica de las plataformas en términos de salud para los pacientes. 4. Realizar una evaluación económica.

Métodos: Estudio observacional prospectivo post-introducción de las plataformas con la recogida de datos de pacientes diagnosticadas en estadios tempranos, con dudas sobre la prescripción de quimioterapia. El reclutamiento se realizará en 13 hospitales de Andalucía hasta 1000 pacientes. Análisis estadísticos: 1. Índice Kappa global para la concordancia entre las solicitudes y las pruebas realizadas. 2. Porcentaje de cambio terapéutico e intervalo de confianza al 95%. 3. Análisis de la probabilidad acumulada de recurrencia, metástasis y mortalidad mediante análisis de supervivencia por el método de Kaplan-Meier. Tasas de pacientes libres de eventos a los 5 y 10 años de seguimiento. Se realizarán análisis multivariantes de la supervivencia a partir de modelos de riesgos proporcionales de Cox. 4. Impacto presupuestario de las plataformas, y los costes de quimioterapia evitados, y análisis de coste-efectividad desde la perspectiva social a 10 años. Se considerará una $p < 0,5$ como significancia estadística.

Resultados: Al menos anualmente, se realizará un análisis de los resultados en términos de adecuación de la indicación, cambio de tratamiento inducido por las pruebas y evaluación de costes cuando proceda.

Conclusiones/Recomendaciones: La monitorización de estas variables, posteriormente a la introducción en la cartera de servicios del SSPA nos permitirá conocer la utilidad clínica de las plataformas genómicas de carácter pronóstico-predictivo en el cáncer de mama en pacientes de bajo-intermedio riesgo clínico y con incertidumbre sobre el tratamiento.

Financiación: Pública.

274. VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA PREDICT EN LA COHORTE CAMISS

U. Aguirre, A. Romero, S. García, M. Sala

Hospital Galdakao-Usansolo, REDISSEC; Hospital del Mar-IMIM, REDISSEC.

Antecedentes/Objetivos: Entre las pacientes con cáncer de mama y tratadas con tratamiento adyuvante post-cirugía, no todas obtendrán el mismo beneficio en la supervivencia. Los modelos predictivos de riesgo (MPR), disponibles on-line, se presentan como herramientas de ayuda en la toma de decisiones, al estimar el beneficio de recibir tratamiento adyuvante para una mujer con unas características determinadas. Los MPR deben validarse externamente en cohortes distintas, antes de su implementación en la práctica clínica. PREDICT es una he-

ramienta online desarrollada en Reino Unido para predecir supervivencia a 5 y 10 años en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. **Objetivo:** validar externamente el MPR PREDICT en la cohorte CAMISS.

Métodos: La cohorte CAMISS incluye mujeres diagnosticadas de cáncer de mama entre los años 2000-2008 y seguidas hasta 2013, en 4 programas de cribado (Canarias, Sabadell, Girona y Hospital del Mar). Se incluyeron mujeres con tumores invasivos y con cirugía de mama realizada. Se realizaron modelos de riesgos proporcionales de Cox, para las pacientes con receptores de estrógeno (RE) positivos y RE negativos, siendo la variable dependiente la supervivencia, y las variables independientes las que componen el MPR PREDICT: tamaño del tumor, número de ganglios positivos, método de detección (cribado o intervalo), grado histológico, tratamiento hormonal y quimioterapia. También se calculó el AUC del MPR PREDICT.

Resultados: Se incluyeron 703 mujeres que cumplían los criterios de inclusión. Se observaron 84 muertes por cáncer de mama. Las mujeres tenían una mediana de edad de 59,2 años, el 45,9% tenían tumores con afectación ganglionar negativa, el 47,1% tenían un tamaño inferior a 19 mm y el 36,8% eran grado de diferenciación II. Un 79,4% de los tumores eran receptores de estrógeno positivos. El 41,1% de las mujeres recibieron terapia combinada (hormonal y quimioterapia), y el 67,6% fueron tumores detectados en el cribado. El número de ganglios positivos se identificó como predictor de la supervivencia a 5 y 10 años en las pacientes RE positivas y RE negativas. El método de detección fue predictor de la supervivencia a 10 años en las pacientes RE positivas. El AUC obtenido en las pacientes con RE negativos fue 0,765, mientras que en las pacientes con RE positivos fue 0.740.

Conclusiones/Recomendaciones: La afectación ganglionar y el método de detección se identificaron como predictores de supervivencia en nuestra cohorte. La capacidad predictiva del PREDICT en nuestra cohorte es moderada. El modelo debe mejorarse incluyendo otros predictores que aumenten la capacidad predictiva.

Financiación: Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III FEDER (PI09/02387 y PI12/00387).

238. RISK OF BREAST CANCER AFTER FALSE-POSITIVE RESULTS IN MAMMOGRAPHIC SCREENING

M. Román, S. Hofvind, M. Von Euler-Chelpin, X. Castells

Department of Epidemiology and Evaluation, IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute), Barcelona, Spain; Network on Health Services in Chronic Diseases (REDISSEC), Barcelona, Spain; Department of Screening, Cancer Registry of Norway, Oslo, Norway; Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Health Science, Oslo, Norway; Department of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark.

Antecedentes/Objetivos: Women with false-positive results are commonly referred back to routine screening. Questions remain regarding their long-term outcome of breast cancer. We assessed the risk of screen-detected breast cancer in women with false-positive results.

Métodos: We conducted a joint analysis using individual level data from the population-based screening programs in Copenhagen and Funen in Denmark, Norway, and Spain. Overall, 150,383 screened women from Denmark (1991-2008), 612,138 from Norway (1996-2010), and 1,172,572 from Spain (1990-2006) were included. Poisson regression was used to estimate the relative risk (RR) of screen-detected cancer for women with false-positive versus negative results.

Resultados: We analyzed information from 1,935,093 women 50-69 years who underwent 6,094,515 screening exams. During an average 5.8 years of follow-up, 230,609 (11.9%) women received a false-positive result and 27,849 (1.4%) were diagnosed with screen-detected cancer. The adjusted RR of screen-detected cancer after a false-positive result was 2.01 (95%CI: 1.93-2.09). Women who tested false-positive at first screen had a RR of 1.86 (95%CI: 1.77-1.96), while those who tested false-positive at third screening had a RR of 2.42 (95%CI: 2.21-2.64). The RR

of breast cancer at the screening test after the false-positive result was 3.95 (95%CI: 3.71-4.21), while it decreased to 1.25 (95%CI: 1.17-1.34) three or more screens after the false-positive result.

Conclusiones/Recomendaciones: Women with false-positive results had a two-fold risk of screen-detected breast cancer compared to women with negative tests. The risk remained significantly higher three or more screens after the false-positive result. The increased risk should be considered when discussing stratified screening strategies.

300. CROSS-NATIONAL COMPARISON OF SCREENING MAMMOGRAPHY ACCURACY MEASURES IN U.S., NORWAY, AND SPAIN

L. Domingo, M. Román, R. Hubbard, S. Hofvind, D. Benkeser, M. Sala, X. Castells

Department of Epidemiology and Evaluation, IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute), Barcelona, Spain; Research Network on Health Services in Chronic Diseases (REDISSEC), Madrid, Spain; Department of Biostatistics and Epidemiology, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, USA; Department of Screening, Cancer Registry of Norway, Oslo, Norway; Department of Biostatistics, School of Public Health, University of Washington, Seattle, USA.

Antecedentes/Objetivos: The organization and delivery of mammographic screening vary across geographic regions in ways that may influence its effectiveness. We estimated accuracy measures for mammographic screening in Norway, Spain, and the US with the aim of comparing the sensitivity, specificity and PPV in the three countries.

Métodos: Information from women aged 50-69 years who underwent mammographic screening 1996-2008 in the US (898,418 women), 1996-2007 in Norway (527,464), and 1996-2009 in Spain (517,317) was included. The women contributed a total of 5,713,594 screening exams. Screen-detected cancer, interval cancer, false-positive rates, sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) for recalls (PPV-1), PPV for biopsies (PPV-2), 1/PPV-1 and 1/PPV-2 were computed for each country. Analyses were stratified by age, screening history, time since last screening, calendar year, and mammography modality.

Resultados: The rate of screen-detected cancers was 4.5, 5.5, and 4.0 per 1,000 screening exams in the US, Norway, and Spain respectively. The highest sensitivity and lowest specificity were reported in the US (83.1% and 91.3%, respectively), followed by Spain (79.0% and 96.2%) and Norway (75.5% and 97.1%). In Norway, Spain and the US, PPV-1 was 16.4%, 9.8%, and 4.9%, and PPV-2 was 39.4%, 38.9%, and 25.9%, respectively. The number of women needed to recall to detect one cancer was 20.3, 6.1, and 10.2 in the US, Norway, and Spain, respectively.

Conclusiones/Recomendaciones: Differences were found across countries, suggesting that opportunistic screening in the US is more interventionist, which translates into higher sensitivity at the cost of lower specificity and PPV. Population-based screening (Norway and Spain) stress the balance between sensitivity and specificity, aiming to decrease the related harms and costs of screening.

88. RADÓN RESIDENCIAL Y TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. UN ESTUDIO ECOLÓGICO EN GALICIA

R. Barbosa-Lorenzo, A. Ruano-Raviña, N. Aragonés, K.T. Kelsey, M. Pérez-Ríos, M. Piñeiro-Lamas, G. López-Abente, J.M. Barros-Dios

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Comarcal Monforte de Lemos; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, USC; CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP; Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII, Madrid; Departamento de Epidemiología, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Brown, EEUU; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del CHUS.

Antecedentes/Objetivos: El radón es un carcinógeno humano por su efecto demostrado en el cáncer de pulmón aunque pocos estudios han evaluado la relación con otros cánceres. El objetivo de este estudio es conocer si existe correlación entre la exposición a radón residencial y la mortalidad por tumores del sistema nervioso central (SNC) a través de un estudio ecológico realizado en los municipios de Galicia.

Métodos: Se diseñó un estudio ecológico a partir de los municipios de Galicia con al menos 3 mediciones de radón. Las mediciones se obtuvieron principalmente del Mapa de Radón de Galicia y de los controles de dos estudios de casos y controles multicéntricos. Los participantes del Mapa se eligieron de la población general mediante selección aleatoria ponderada por la población de cada municipio. Para cada municipio se calculó la mediana de concentración de radón. Los datos de mortalidad (periodo 1999-2008) debido a tumores del SNC (C71-CIE-10) se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística desagregados por sexo, grupos de edad y por municipio. La población municipal se extrajo del censo del 2001 y 2006, desagregado por sexos y por los mismos grupos de edad. Se calcularon los riesgos relativos suavizados (RR), de mortalidad debido a tumor del SNC, usando el modelo de Besag, York y Mollié. Los casos esperados se calcularon a partir de la tasa de mortalidad española. Finalmente se realizó una correlación de Spearman entre la mediana de radón municipal y el RR de mortalidad debido a tumores del SNC. El análisis se realizó separadamente para cada sexo. Se realizaron análisis de sensibilidad, restringiendo a los municipios con 5 o más medidas.

Resultados: Se incluyeron 251 municipios, con un total de 3.498 mediciones. El 50,6% de los municipios tienen una media geométrica superior a los 100 Bq/m³. Se observaron 949 muertes en hombres y 758 en mujeres. El 9,2% de los municipios tienen un RR de muerte por tumor cerebral mayor a 1,10, en el caso de las mujeres 7,1% municipios superan este riesgo. La correlación fue de 0,164 ($p = 0,009$) para los hombres y 0,433 ($p < 0,001$) para las mujeres. Los resultados son similares al restringir el análisis a municipios con al menos 5 mediciones.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados sugieren que puede existir una posible asociación entre la exposición a radón residencial y la mortalidad debida a tumores del sistema nervioso central.

Financiación: PGIDT01MAM20801PR; REF PRX14/00365.

751. ANTIBODY REACTIVITIES AGAINST 16 H. PYLORI ANTIGENS AND COLORECTAL CANCER RISK IN THE MCC-SPAIN STUDY

N. Fernández de Larrea, A. Michel, B. Romero, V. Moreno, V. Martín, B. Pérez-Gómez, J.J. Moleón, I. Gómez-Acebo, N. Aragonés, et al

CNE-ISCIII; CIBERESP; DKFZ; Ramón y Cajal Hospital; ICO-IDIBELL; León University; IBS, Granada; Cantabria University-IDIVAL; IdISA.

Antecedentes/Objetivos: H. pylori chronic infection is a recognized risk factor for gastric cancer. There is some evidence linking this pathogen with colorectal cancer. Objective: to assess the association between antibodies against 16 H. pylori antigens and the risk of colorectal cancer.

Métodos: MCC-Spain is a multicase-control study carried out in 9 Spanish regions. Incident cases with pathological confirmation and with no history of colorectal cancer, and a common pool of population-based controls, frequency-matched to cases by age, sex, and region were selected. Cases and controls had to be 20-85 years old, reside in the area of the collaborating hospitals and be able to answer the epidemiological survey. Antibody reactivities against H. pylori antigens were quantified by multiplex serology. For the present study we included the 1488 colorectal cancer cases (ICD-10 C18-C20, D01.0-D01.2) and 2495 controls with serological results (1016 and 1883, respectively, had complete information on all the covariates). Odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) were estimated by logistic

regression mixed models, taking region as random-effect term, and including potential confounders.

Resultados: H. pylori infection prevalence (seropositivity to = 4 antigens) was 88% in controls and 90% in cases. Among those infected, no association was found between seropositivity to any antigen individually, or to = 4 antigens, and colorectal cancer risk. On the contrary, seropositivity against UreA, HP305, HpaA, CagA, VacA, HcpC and Cad were related to a lower risk (range of ORs: 0.70 [0.58;0.83] to 0.83 [0.69;0.99]). The estimated effects were slightly larger for colon than for rectum tumors, and only HP305 attained statistical significance in the latter (OR = 0.75 [0.59;0.97]). Dose-response analyses showed a statistically significant downward trend for these 7 antigens and for HomB (mainly for colon cancer). When these antigens were introduced in the same model, only HP305 and CagA were associated with a reduced colorectal cancer risk.

Conclusiones/Recomendaciones: According to our results, H. pylori infection is not a risk factor for colorectal cancer. Additional studies are warranted to disentangle a possible protective role, as has been suggested for esophageal cancer.

Other authors: M. Pollán, J. Castilla, G. Fernández-Tardón, J. Altzi-bar, R. Peiró, J. Alguacil, J.M. Huerta, S. de Sanjosé, M. Kogevinas, R. del Campo, M. Pawlita. IUOPA-Oviedo University, Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, FISABIO-Salud Pública, CYSCMA, Huelva University, Murcia Regional Health Council, IMIB-Arrixaca, CREAL.

Financiación: PI11/01403; PI08/1770.

CO31. Crisis económica, crisis social y salud

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 0.2

Moderadora: Amaia Bacigalupe de la Hera

756. SER ESTUDIANTE EN ÉPOCA DE CRISIS: ¿UN FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL?

R. Font, U. Martín, A. Bacigalupe

Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Leioa, Bizkaia, OPIK, Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico.

Antecedentes/Objetivos: El aumento del desempleo derivado de la crisis y de las medidas de austeridad impuestas se relaciona con una visión pesimista acerca del futuro, especialmente en la población joven. Este factor es considerado por diversos estudios como clave en el aumento de los problemas de salud mental, afectando muy directamente a los colectivos más jóvenes. El objetivo de este estudio es evaluar el posible efecto que la crisis económica ha tenido en la salud mental de los estudiantes en el País Vasco, analizando su evolución entre 1997 y 2013.

Métodos: Estudio transversal de medidas repetidas con datos de la población estudiante del País Vasco a partir de la Encuesta Vasca de Salud de 1997, 2002, 2007 y 2013. Se calculó para cada sexo y año la prevalencia de mala salud mental estandarizada por edad. Se utilizó para ello la escala MIH-5. El cambio ajustado por edad se analizó mediante odds ratio calculados con modelos de regresión logística. Los análisis se realizaron de forma separada para hombres y mujeres.

Resultados: La salud mental experimentó un empeoramiento en el colectivo de estudiantes tanto en hombres como en mujeres. Así, mientras que en la década de 1990 y 2000 la prevalencia de mala salud mental se mantuvo estable en 12-14% en mujeres y 6-7% en hom-

bres, en 2013 esta prevalencia aumentó al 19,7% en las primeras y al 10,7% en los segundos. Es decir, un aumento ajustado por edad del 40% en mujeres y del 80% en hombres.

Conclusiones/Recomendaciones: La crisis económica está teniendo efectos negativos en la salud mental de los estudiantes, especialmente intensos en los hombres. Este colectivo requiere ser, por tanto, especialmente tenido en cuenta a la hora de prevenir los efectos negativos de la crisis, ya que la salud mental durante la época de juventud está estrechamente relacionada con la salud física y mental en la edad adulta.

131. INDICADORES CONTEXTUALES PARA EVALUAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA CRISIS ECONÓMICA ESPAÑOLA

A. Cabrera-León, A. Daponte, I. Mateo

EASP; CIBERESP; OSMAN.

Antecedentes/Objetivos: En España, las desigualdades en el ámbito social o económico entre las Comunidades Autónomas así como la aplicación de distintas políticas en salud u otros ámbitos, como vivienda, empleo, o en la ayuda a poblaciones vulnerables, pueden haber contribuido a una cierta variabilidad geográfica en las consecuencias de la crisis sobre la salud y las desigualdades en salud. Este estudio tuvo por objetivo: Proporcionar indicadores para evaluar, en España y Comunidades Autónomas, el impacto sobre la salud y las desigualdades en salud del contexto social y de la crisis económica más reciente.

Métodos: Basándonos en el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud en España, identificamos indicadores secuencialmente a partir de documentos clave, Web of Science y organismos con estadísticas oficiales. La información recopilada dio lugar a un directorio amplio de indicadores que fue revisado por un panel de expertos. Posteriormente, seleccionamos un conjunto de esos indicadores según un criterio geográfico y otro temporal: disponibilidad de datos según Comunidades Autónomas y desde 2006 a 2012.

Resultados: Identificamos 203 indicadores contextuales sobre determinantes sociales de la salud y seleccionamos 96 (47%) según los criterios anteriores. El 16% y 35% de los indicadores identificados no cumplió el criterio geográfico o el temporal, respectivamente. Se excluyó al menos un 80% de los indicadores relacionados con dependencia y servicios de salud. Los indicadores finalmente seleccionados cubrieron todas las áreas de los determinantes sociales de la salud. El 62% de estos no estuvieron disponibles en Internet. Alrededor del 40% de los indicadores se extrajeron de fuentes relacionadas con el Instituto Nacional de Estadística.

Conclusiones/Recomendaciones: Proporcionamos un amplio directorio de indicadores contextuales sobre determinantes sociales de la salud y una base de datos que facilitarán la investigación sobre las consecuencias en la salud de la crisis económica en España y el efecto de las políticas llevadas a cabo en sus diferentes CCAA. También permitirá evaluar las desigualdades y los DDS en grupos vulnerables, en determinados ámbitos geográficos o temporales y según sexo.

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

870. UNA BUENA SALUD MENTAL NECESITA UN BUEN TRABAJO

I. Cortès-Franch, H. Vargas-Leguas, E. Sánchez, L. Artazcoz

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER en Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); Institut de Recerca Biomèdica (IIB-SantPau); Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: Objetivo: analizar la relación entre la salud mental y la situación laboral de la población europea teniendo en

cuenta la calidad del empleo y examinar si existen diferencias de género y país.

Métodos: Estudio transversal a partir de la Encuesta Social Europea de 2010. Se seleccionó la población asalariada y desempleada que había trabajado anteriormente, excluyendo las personas desempleadas por motivos de salud (total = 8.324 hombres y 7.496 mujeres). La variable dependiente fue la salud mental medida con tres preguntas del WHO-5 Well-Being Index (alfa de Cronbach = 0,82). La variable independiente fue la situación laboral con 4 categorías: desempleo inactivo (personas que desean un empleo pero no lo buscan activamente), desempleo activo (buscan empleo activamente), empleo de baja calidad y empleo de buena calidad. La calidad del empleo se midió con cinco índices, siguiendo la metodología de Green y Mostafa para la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo: salario justo, perspectivas laborales, calidad intrínseca del trabajo, calidad del tiempo de trabajo y representación e influencia sindical. Se realizó un análisis de conglomerados que identificó dos grupos: buena calidad del empleo y baja calidad. Se analizaron las diferencias de género en salud mental y situación laboral según el tipo de país con el test de chi-cuadrado y se calcularon OR e IC95% para medir la asociación de ambas variables con modelos de regresión logística separados por sexo y tipo de país que se ajustaron por la edad, la categoría ocupacional y la afectividad negativa.

Resultados: Las mujeres tenían con mayor frecuencia una mala salud mental (19,2% hombres y 23,3% mujeres) y empleos de baja calidad (41,6% hombres y 47,7% mujeres). Los países del este tenían la mayor proporción de empleos de baja calidad (52,3% los hombres y 58,4% las mujeres) y los hombres escandinavos los de buena calidad (60,9%). Hombres y mujeres del sur tenían las mayores frecuencias de desempleo activo (20,9% y 16,6%, respectivamente). En los países del sur y este de Europa, solamente tener un empleo de buena calidad se asoció a una mejor salud mental que estar en desempleo inactivo en ambos sexos, y también entre los hombres anglosajones, mientras que en los hombres continentales tener un empleo se asoció a mejor salud mental. En los países escandinavos no se halló ninguna asociación.

Conclusiones/Recomendaciones: Excepto en los hombres de países continentales, en ningún caso el empleo de baja calidad se asoció a una mejor salud mental que el desempleo inactivo. Se identificaron diferencias de género y de tipología de país. Los resultados sugieren que las políticas de creación de empleo deberían tener en cuenta la calidad de éste para mejorar la salud mental de las personas desempleadas.

954. EL PROCESO DE DESAHUCIO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD DE INDIVIDUOS Y FAMILIAS

J.S. Lima-Rodríguez, I. Domínguez-Sánchez, M. Lima-Serrano

Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: En España una de las consecuencias más visibles de la crisis actual, junto al aumento del desempleo, es el proceso de desahucio, que comprende desde la dificultad para el pago de hipoteca o alquiler hasta el desalojo y la pérdida de la vivienda. En 2015 se registraron más de 2000 ejecuciones hipotecarias de vivienda en Andalucía. Este proceso origina una serie de acontecimientos altamente estresantes que amenazan la salud individual y familiar de quienes lo sufre. Se propuso analizar el impacto del proceso de desahucio en la salud de individuos y familias afectadas.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, sobre una muestra de personas adultas afectadas por un proceso de desahucio en Sevilla y Huelva, seleccionadas por muestreo intencional. Se recogieron datos para caracterizar la muestra y sobre otras variables dependientes como alimentación, actividad física, sueño, enfermedades crónicas, consumo de medicamentos, intento de suicidios, apoyo social, acontecimientos vitales estresantes, salud familiar. Se

pidió consentimiento informado y el estudio se aprobó por el comité ético de investigación.

Resultados: Participaron 70 familias de $3,3 \pm 1,2$ miembros, nucleares (53%) con hijos escolares y/o adolescente (68%). El motivo principal del desahucio fue la pérdida de empleo o reducción de ingresos (80%). El 72,4% percibía negativamente su salud, el 49% está insatisfecho con su sueño, el 43% empeoró alguna enfermedad crónica. Percibían la salud familiar como moderadamente positiva (63 puntos, rango 0-84), siendo la resistencia familiar la dimensión peor valorada y el afrontamiento familiar la mejor. La escala de reajuste social obtuvo 265 puntos de media, y el 42% superó los 300 puntos. Los estresores más comunes fueron paro, cambio en la situación económica y condiciones de vida, cambios en el hábito de sueño y alimentarios, enfermedad personal y dificultades sexuales, cambio en el número de reuniones familiares y en las actividades sociales y de ocio y mala relación conyugal.

Conclusiones/Recomendaciones: La salud individual y familiar, de estas personas, aparecen afectadas, con implicaciones negativas sobre enfermedades crónicas, sueño, alimentación, entorno social, familiar y de pareja, pudiendo mermar el equilibrio y las funciones familiares. Los resultados de este proyecto permiten acercarnos a la realidad de los procesos de desahucios, pudiendo ser de interés para facilitar la puesta en marcha de planes preventivos y de actuación ajustados a un proceso con complejas y graves implicaciones para la salud.

753. MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ESPAÑA Y SU RELACIÓN CON INDICADORES ECONÓMICOS EN UNA REGIÓN CON ALTAS TASAS DE SUICIDIO

P. Fernández-Navarro, T. López-Cuadrado, M.L. Barrigón, J. López-Castromán, M. Sánchez-Alonso, M. Arrojo, E. Baca-García, R. Fernández-Cuenca

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP; Departamento de Psiquiatría, Fundación IIS-Jiménez Díaz, CIBERSAM; Department of Emergency Psychiatry and Post-Acute Care, Montpellier; Servicio de Salud Mental y Asistencia a Drogodependencias, DG de Asistencia Sanitaria, Servicio Gallego de Salud; Department of Psychiatry, NY Psychiatric Institute; Departamento de Medicina Preventiva, UAM/IdiPAZ.

Antecedentes/Objetivos: Los patrones espaciales de mortalidad por suicidio pueden ayudar a enfocar las investigaciones científicas con el fin de promover la prevención de estas enfermedades. Por otro lado, aunque se ha asociado el desempleo al suicidio, todavía se desconoce la existencia de factores de interacción o mediación que puedan afectar a esta relación. Los objetivos son estudiar los patrones espaciales provinciales de la mortalidad por suicidio en España en el periodo 1975-2012 e investigar el efecto del desempleo y la crisis económica en la mortalidad por suicidio en Galicia, que posee una de las tasas más altas de mortalidad por esta causa.

Métodos: Para estudiar los patrones espaciales de defunciones por suicidio se representaron en mapas provinciales las tasas de mortalidad estandarizadas por edad en hombres y mujeres, calculadas a partir de datos suministrados por el Instituto Nacional de Estadística. Utilizando estos mismos datos se evaluó la asociación entre el desempleo y la recesión económica con las tasas de suicidio anuales, mediante Modelos Aditivos Generalizados, estratificando los análisis por sexo. Los datos económicos (de desempleo y de producto interior bruto (PIB)) se obtuvieron del Instituto Gallego de Estadística y se definió como periodo de recesión a aquel con dos caídas trimestrales consecutivas en el PIB, existiendo bajo este criterio 4 recesiones económicas en España desde 1975: 1975-1985, 1992-1993, 2008-2010 y 2011-2013.

Resultados: Durante el periodo de estudio hubo 105.134 defunciones por suicidio con unas tasas ajustadas de 10,2 y 3,0 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente. Se observa una gran

variabilidad provincial, presentándose las tasas más bajas en la región de Madrid y las más altas en Asturias y Galicia. En Galicia concretamente, las tasas en hombres y mujeres fueron de 13,7 y 4,3 por 100.000 habitantes respectivamente para todo el periodo de estudio. Por otro lado, se observó que las tasas de mortalidad anuales en esta región se asociaban con la interacción entre desempleo y recesión económica ($p = 9,80 \cdot 10^{-4}$) y que esta asociación solo sucedía en hombres ($p = 8,70 \cdot 10^{-3}$).

Conclusiones/Recomendaciones: En España, la mortalidad por suicidio varía enormemente por provincias. En Galicia, una de las regiones con mayores tasas de mortalidad por esta causa, el desempleo se asocia, en hombres, con estas defunciones en tiempos de crisis.

319. EFECTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD DE BARCELONA

M. Gotsens, M. Marí-Dell'Olmo, M. Rodríguez-Sanz, X. Bartoll, L. Palència, C. Borrell

CIBERESP; ASPB; IIB Sant Pau.

Antecedentes/Objetivos: Existen numerosos estudios que han analizado el impacto de la actual crisis económica sobre la salud de la población y, concretamente sobre la mortalidad, mostrando discrepancias en función de la causa analizada y/o de la metodología usada. Sin embargo, son todavía escasos los estudios que analizan el impacto de las crisis en las desigualdades socioeconómicas en salud. Así, el objetivo de este estudio es analizar las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad total y por varias causas antes (2001-2004, 2005-2008) y durante (2009-2012) la crisis económica en la ciudad de Barcelona.

Métodos: Estudio ecológico de tendencias a partir de 3 periodos donde las unidades de análisis fueron las 1.491 secciones censales de Barcelona. La población de estudio fueron los residentes de la ciudad durante el periodo 2001-2012. Las fuentes de información fueron el registro de mortalidad y el padrón de habitantes de Barcelona y el censo de población de 2001. Las variables dependientes fueron el número de defunciones total y según las siguientes causas: enfermedades infecciosas, neoplasias, diabetes, enfermedades del sistema circulatorio (total, isquémica y cerebrovascular), enfermedades del sistema respiratorio, cirrosis y causas externas (total, suicidios y lesiones de tráfico). La variable independiente fue el índice de privación MEDEA. Se ajustaron modelos jerárquicos Bayesianos que tienen en cuenta la dependencia espacial de los datos para obtener riesgos relativos (RR) e intervalos de credibilidad al 95% (IC) entre la mortalidad y la privación (comparando el percentil 95 con el percentil 5) en cada periodo según causa de defunción y sexo.

Resultados: En las mujeres, existe asociación entre la mortalidad total y la privación en el primer periodo ($RR = 1,13$; IC: 1,06-1,20) pero no en el segundo ($RR = 1,06$; IC: 0,98-1,14) y aumenta de manera significativa en el tercero ($RR = 1,19$; IC: 1,04-1,29). En los hombres la asociación permanece constante en los tres periodos (RR tercer periodo = 1,45; IC: 1,35-1,55), cosa que ocurre para la mayoría de causas analizadas en ambos sexos. Sin embargo, destacan las defunciones por neoplasias en las mujeres donde sólo aparece asociación significativa en el último periodo y, la diabetes en los hombres y las enfermedades del sistema circulatorio en las mujeres donde sólo hay asociación en el primer y tercer periodo.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados muestran un efecto negativo de la crisis sobre las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad sobre todo en las mujeres, donde las desigualdades aparecen en el periodo de crisis rompiendo la tendencia a la disminución del periodo anterior. Estudios locales como éste pueden arrojar luz a la heterogeneidad de resultados encontrados en estudios previos realizados a nivel nacional.

Financiación: FIS: PI13/00897.

379. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD POR SUICIDIO DURANTE LA CRISIS ECONÓMICA EN ESPAÑA

M. Marí-Dell'Olmo, C. Borrell, M. Gotsens, M. Calvo, M. Rodríguez-Sanz, X. Bartoll, S. Esnaola

ASPB; CIBERESP; Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: Diversos estudios muestran que la actual crisis económica ha producido un incremento de los suicidios en distintos países de Europa. Además, existen desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por suicidio. Sin embargo, escasos estudios han analizado si la crisis ha producido un impacto en estas desigualdades. Así, el objetivo del estudio es analizar la evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por suicidio antes (2001-2004 y 2005-2008) y después (2009-2012) de la crisis económica en Barcelona y el País Vasco.

Métodos: Estudio de tendencias a partir de 3 periodos con datos individuales de Barcelona y el País Vasco. La población de estudio fueron todos los residentes mayores de 25 años. Las fuentes de información fueron los registros de mortalidad, el padrón de habitantes (Barcelona) y los censos de 2001 y 2006 (País Vasco). Las variables estudiadas fueron la edad (25-44, 45-64 y ≥ 65), el sexo, el nivel de estudios, el periodo (2001-2004, 2005-2008 y 2009-2012) y la región (Barcelona y País Vasco). Se realizó un análisis descriptivo de las tasas de mortalidad por suicidio según edad y nivel de estudios, para cada sexo, periodo y región. Se ajustaron modelos de regresión de Poisson, siendo la tasa de mortalidad la variable dependiente. La principal variable independiente fue el nivel de estudios, esta variable se ha transformado en una variable continua (con valores de 0 a 1), permitiendo calcular los índices relativos (RII) y absolutos (SII) de desigualdad ajustados por edad en cada sexo, periodo y región.

Resultados: Las tasas de mortalidad por suicidio son mayores en hombres, además aumentan según disminuye el nivel educativo en cada uno de los periodos. En las mujeres las tasas son menores y no se encuentra un gradiente claro con el nivel educativo. Mediante los modelos se observa que, en los hombres, existe asociación entre el nivel de estudios y la mortalidad por suicidio en los tres periodos, en distintos grupos de edad y en las dos regiones. En cambio, en las mujeres por lo general no se observa asociación. Aunque para los hombres algunas asociaciones se incrementan en el periodo de crisis, como por ejemplo en los jóvenes de 25 a 44 años del País Vasco (1^{er} periodo RII = 4,04, IC95% = 2,02-8,08; 2^o periodo RII = 2,36, IC95% = 1,30-4,31; 3^{er} periodo RII = 3,96, IC95% = 2,03-7,70), estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudio muestra que en los hombres existen desigualdades según el nivel educativo en la mortalidad por suicidio, mientras que en las mujeres no se observan. Estas desigualdades se mantienen estables en el periodo de crisis económica. En el futuro será necesario seguir monitorizando la mortalidad para vigilar el efecto de la crisis sobre la salud de la población.

Financiación: FIS PI13/00897.

740. SUICIDIO Y CRISIS ECONÓMICAS EN ESPAÑA DESDE 1975 A 2013

R. Fernández-Cuenca, M.L. Barrigón, P. Fernández-Navarro, T. López-Cuadrado, A. Padrón-Monedero, I. Noguer, E. Baca-García

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP; Departamento de Psiquiatría, Fundación IIS-Jiménez Díaz, CIBERSAM; Department of Psychiatry, New York Psychiatric Institute; Departamento de Medicina Preventiva, UAM/IdiPaz; University of Miami Miller School of Medicine.

Antecedentes/Objetivos: Diversos estudios han relacionado el suicidio con desempleo, pobreza, inestabilidad económica, etc. Distintos

trabajos han intentado relacionar las tasas de suicidio con la actual crisis económica. Nuestro objetivo es analizar las tendencias de suicidio en las tres crisis económicas en España desde 1975: 1975-85, 1991-97, 2008-13.

Métodos: Se estudian las tendencias de mortalidad por suicidio para el conjunto de España a partir de los microdatos de la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte, seleccionando los códigos de lesiones autoinfligidas. Para el cálculo de tasas se utilizan las estimaciones de población del INE. Se calculan con el método directo tasas ajustadas (por 100.000 habitantes) por edad a la población europea. Mediante modelos de regresión Joinpoint se obtiene el porcentaje anual de cambio (PAC) y se identifican posibles puntos de cambio de tendencia en cada uno de los tres periodos de crisis económica, a partir de la tasa ajustada y de las tasas específicas de los grupos de edad de 15-24, 25-44, 45-64 y 65 y más años.

Resultados: Primera crisis: 1975-1985. Hubo un incremento de la tasa ajustada estadísticamente significativo con un PAC de 4,9 en hombres y 5,5 en mujeres, incremento también positivo en los cuatro grupos de edad. Segunda crisis: 1991-1997. El PAC fue de 1,5 y 1,9 respectivamente en hombres y mujeres, solo significativo en hombres. Por edades creció en los grupos de 15-24 y 25-44 (significativo en hombres) y con variabilidad en edades mayores. Crisis actual: empieza en 2008 y con datos hasta 2013 se observa en este periodo un ligero crecimiento no significativo tanto en hombres como en mujeres. Aunque se identifica un punto de cambio en 2011, con crecimiento negativo en el periodo previo, y positivo en el más reciente, sus tendencias tampoco son significativas. En los grupos de 15-24 y 45-64 años en ambos sexos y en hombres de 65 y más se observa el mismo año de cambio, sin significación estadística.

Conclusiones/Recomendaciones: En España la tendencia de la mortalidad por suicidio ha cambiado coincidiendo con los dos primeros periodos de recesión. En la primera crisis coincide un fuerte crecimiento del paro motivado por la reconversión industrial, además de una mejora en la recogida de datos y la aparición de la epidemia de SIDA. En la actual crisis económica, desde el año 2011 parece haber una tendencia creciente, pero al ser un periodo corto no se puede establecer una relación clara con la recesión.

843. CRISIS ECONÓMICA, AUSTERIDAD Y EQUITAD DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ANDALUCÍA, 2007-2012

J.A. Córdoba Doña, M. San Sebastián, A. Escolar Pujolar, V. Santos Sánchez, P.E. Gustafsson

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; Department of Public Health and Clinical Medicine, Epidemiology and Global Health, Umeå University; Fundación para la Gestión de la Investigación Biomédica, Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: Conocer la evolución de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en Andalucía, ajustada por las necesidades de salud, durante los primeros años de la crisis económica, así como los factores demográficos, económicos y sociales relacionados.

Métodos: A partir de las Encuestas de Salud de Andalucía de 2007 (precrisis) y 2011-12 (crisis) se estudiaron cuatro variables de acceso: consulta con médico de cabecera, consulta con especialista, hospitalización y atención en urgencias. Se analizaron variables de necesidad y de no-necesidad. La clase social fue la variable de nivel socioeconómico (NSE). Se calcularon los Índices de Desigualdad Horizontal (IDH) en ambos periodos. Finalmente, se realizó un análisis de descomposición de Oaxaca del cambio de la desigualdad entre periodos.

Resultados: Antes de la crisis el IDH era negativo (mayor acceso para población con NSE bajo) para la consulta con el médico de cabecera en ambos sexos y positivo (mayor acceso para NSE alto) en las

otras tres variables, significativo para acceso al especialista (IDH = 0,19; IC95 = 0,08-0,31 en hombres e IDH = 0,14; IC95 = 0,05-0,22 en mujeres). Durante la crisis se detectan cambios en diversos sentidos: (1) el acceso a la consulta del médico de cabecera varía en sentido más favorable para el NSE alto, aunque persiste una desigualdad a favor del NSE bajo en ambos sexos; (2) la consulta al especialista deja de ser desigual para el NSE alto en hombres y se reduce la desigualdad en mujeres; (3) hospitalización y atención en urgencias pasan a presentar una desigualdad a favor de los NSE bajos, significativa para hombres en el segundo caso. La descomposición indica que sobre el cambio de la desigualdad en el acceso al médico de cabecera en mujeres es la clase social la variable con mayor contribución, mientras que en hombres es la salud percibida.

Conclusiones/Recomendaciones: La desigualdad en acceso a los servicios de salud en Andalucía no se ha incrementado durante la crisis económica iniciada en 2008. Antes bien, en casi todas las variables se detecta un cambio hacia una mayor equidad o un discreto incremento de la desigualdad en favor de la población con menor NSE. El cambio en el acceso al médico de cabecera más favorable para la población de mayor NSE se debe a un mayor acceso de las clases sociales altas a este servicio. Nuestros resultados permiten argumentar que, al menos en los primeros años de la recesión económica y de recortes en prestaciones, los servicios de salud han actuado como elemento favorecedor de la equidad social en Andalucía.

Financiación: Swedish Council for Working Life and Social Research: Grant no. 2006-1512.

923. DIFERENCIAS GEOGRÁFICAS EN LA MORTALIDAD POR SUICIDIO ANTES Y DESPUÉS DE LA CRISIS EN CATALUÑA: ¿INFLUYE LA ALTITUD?

J.M. Suelves, C. Colls, E. Barbería, A. Xifré

Agència de Salut Pública de Catalunya; Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: El suicidio constituye un grave problema social y de salud, y es responsable del 16% de los 15.000 fallecimientos por lesiones que se producen diariamente en el mundo. En Cataluña se ha observado un aumento de la mortalidad por suicidio a partir de 2007, tal vez relacionado con la crisis económica. Estudios en EEUU, Austria y España han revelado una asociación entre la altitud del lugar de residencia y la mortalidad por suicidio, que también se ha observado para algunos trastornos mentales y que podría explicarse como el resultado de la exposición crónica a una hipoxia moderada asociada a la altura. El objetivo de este trabajo fue investigar la asociación entre mortalidad por suicidio y altitud en Cataluña antes (2003-2007) y después (2010-2013) del inicio de la crisis económica.

Métodos: A partir de datos del registro de mortalidad, se calcularon las tasas medias de mortalidad por suicidio ajustadas por edad en cada una de las comarcas de Catalunya. La altitud de cada comarca se calculó como la media aritmética de la altitud de los municipios que la integraban y también como la media ponderada por tamaño de la población. Se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman (rs) para valorar la asociación entre tasa anual media de mortalidad por suicidio y altitud comarcal.

Resultados: En el conjunto de Cataluña, las tasas anuales medias de mortalidad por suicidio fueron de 7,3 y 8,1 muertes $\times$ 10.000 habitantes en los dos periodos de estudio, con notables variaciones comarcales. No se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre tasas de mortalidad y altitud media, ni tomando como referencia la media aritmética de la altitud (rs = 0,12 y rs = 0,07 respectivamente en los dos periodos de estudio), ni la media ponderada por tamaño de la población (rs = 0,06 y rs = 0,16). Las tasas comarcales medias de mortalidad por suicidio en los dos periodos

mostraron una correlación estadísticamente significativa pero moderada (rs = 0,58; p > 0,01).

Conclusiones/Recomendaciones: Los datos disponibles no apoyan la hipótesis de un incremento de la mortalidad por suicidio asociado a la altitud en Cataluña. La gran variabilidad geográfica y temporal que muestran las estadísticas de mortalidad por suicidio plantean dudas sobre la validez de los datos, y recomiendan la conveniencia de recurrir a fuentes complementarias de información más adecuadas, como los datos forenses.

CO32. Evaluación en salud pública

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 1.1

Modera: Silvia Calzón Fernández

451. LA RELACIÓN ENTRE EL ISLAM Y LA BAJA TASA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN ARGELIA: UN ESTUDIO CUALITATIVO CON PROFESIONALES DE SALUD

N. Laidouni, E. Briones Vozmediano, M.P. Garrido, D. Gil González

Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida; Facultad de Letras, Universidad de Murcia; Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante, Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Durante los 10 últimos años, 20 000 pacientes con insuficiencia renal fallecieron en Argelia por falta de un órgano, dado que la tasa de trasplantes es casi inexistente, especialmente para el trasplante cadavérico. En este contexto la donación de órganos sigue siendo un tema controvertido para la sociedad argelina, al igual que en el resto de los países musulmanes las creencias y tradiciones religiosas juegan un papel importante en las decisiones de la población. El objetivo de este estudio es explorar la percepción de los profesionales sanitarios en torno a la influencia de las creencias y tradiciones derivadas de la religión sobre la población musulmana en la donación y trasplante de órganos en Argelia.

Métodos: Estudio cualitativo exploratorio basado en entrevistas individuales semiestructuradas con 17 profesionales sanitarios (9 hombres y 8 mujeres) de las especialidades de nefrología, cardiología, oftalmología, y medicina general en un hospital universitario en Argel (Argelia). Los participantes fueron seleccionados mediante la técnica bola de nieve a partir del contacto establecido con la dirección del hospital. Se realizó un análisis exploratorio del discurso de las transcripciones con la ayuda del software informático Atlas.ti-5.

Resultados: Se identificaron 4 categorías principales que, según los profesionales entrevistados, influyen sobre la decisión de hacerse donante de órganos y se convierten en barreras a los trasplantes en la población musulmana: a) el impacto de las creencias religiosas en la donación cadavérica considerada por la población como ilícita en el Islam; b) la religión y las tradiciones derivadas de esta defienden la integridad del cuerpo humano y llaman a seguir los rituales funerarios (el entierro rápido tras la muerte) que se pueden ver retrasados por el proceso de la donación; c) la desinformación de la población sobre el posicionamiento del Islam en cuanto a la donación y al trasplante de

órganos, la oposición de una minoría de teólogos del Islam, y la falta de sensibilización y formación; y d) Existencia de una interpretación errónea sobre la postura de la religión y los problemas de la interpretación desde las autoridades religiosas, que en el caso de ser resueltas el Islam se convertiría en un importante facilitador de la donación de órganos.

Conclusiones/Recomendaciones: La percepción de los profesionales sanitarios es que existe una falta de información en la población sobre la postura del Islam “no donan porque creen que es ilícito”, y esto podría perjudicar a la tasa de donación. Asimismo, la importancia que concede el Islam al cuidado de las vidas humanas se podría aprovechar positivamente para fomentar la donación de órganos, junto al aumento de las acciones de sensibilización social.

490. LA INFLUENCIA DE LA ACCIÓN COMUNITARIA EN LA SALUD DE LAS PERSONAS RESIDENTES EN BARRIOS DE BAJA RENTA DE BARCELONA

L. Palència, M. Rodríguez-Sanz, R. Gallego, E. Morales, N. Barbieri, M.I. Pasarin

ASPB; CIBERESP; IIB Sant Pau; UAB.

Antecedentes/Objetivos: La salud comunitaria tiene como meta la prevención y promoción de la salud, con un abordaje social, donde la comunidad participa de las decisiones de forma activa. El objetivo del estudio fue analizar la evolución de la salud en barrios de baja renta de Barcelona en el período 2001-2011 según su nivel de acción comunitaria en salud (ACS).

Métodos: Se realizó un estudio de diseño cuasi-experimental pre-post en barrios de Barcelona de baja renta (renta familiar disponible en 2013 inferior a la media). Se compararon los barrios con fuerte ACS con aquellos sin ACS (según un índice creado en una etapa previa del proyecto). Las fuentes de información fueron las Encuestas de Salud de Barcelona (ESB) de los años 2001 y 2011 y la población de estudio la no institucionalizada de 15 años o más residente en los barrios definidos anteriormente (3,068 en 2001 y 1,336 en 2011). Las variables dependientes fueron la mala salud autopercebida, la mala salud mental (GHQ-12 ≥ 3), el consumo de drogas alguna vez en la vida y el abandono del hábito tabáquico. La variable independiente principal fue el grado de ACS (fuerte o sin ACS) y las variables de ajuste la edad, la clase social, el país de nacimiento y la situación laboral. Se calcularon prevalencias estandarizadas por edad, según el método directo siendo la población de referencia la de la muestra de 2011. Esto se hizo para cada una de las 4 variables dependientes, según grado de ACS y año de la encuesta, para hombres y mujeres por separado. Para estimar la evolución de los indicadores en cada tipo de barrio se ajustaron modelos de Poisson robusta y se obtuvieron razones de prevalencias (RP) e intervalos de confianza (IC) al 95%. La interacción entre el grado de ACS y el año de la encuesta determinó si la evolución había sido diferente en los dos tipos de barrios.

Resultados: Los barrios con fuerte ACS tenían una menor renta familiar disponible y un mayor porcentaje de personas de países de baja renta, de personas en paro y de clases sociales manuales. La inmigración y el paro también aumentaron más en estos barrios. Aun así, en mujeres, la mala salud percibida disminuyó de manera más marcada en barrios con fuerte ACS (de 38% en 2001 a 28% en 2011) que en aquellos sin ACS (de 29% a 26%), de forma que las diferencias entre barrios existentes al inicio del período desaparecieron al final. En los hombres el consumo de drogas también disminuyó en aquellos barrios con fuerte ACS (RP = 0,48; IC95%: 0,25-0,92), lo que no hizo en aquellos sin ACS (RP = 1,02; IC95%: 0,74-1,40).

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados apuntan a que la acción comunitaria puede tener un impacto en la mejora de la salud de la población. Estos resultados alientan a seguir dedicando esfuerzos tanto a la acción comunitaria en salud como a su evaluación.

Financiación: Recercaixa 2014.

71. IMPACT OF THREE DECADES OF ENERGY EFFICIENCY INTERVENTIONS IN PUBLIC HOUSING BUILDINGS ON COLD-RELATED MORTALITY: A CASE-CROSSOVER ANALYSIS

A. Peralta, L. Camprubí, M. Rodríguez-Sanz, X. Basagaña, C. Borrell, M. Marí-Dell'Olmo

UPF; ASPB; CIBERESP; IIB-Sant Pau; CREAL.

Antecedentes/Objetivos: Interventions to mitigate fuel poverty and particularly energy efficiency facade retrofitting (EEFR) have demonstrated positive impacts on health but the impacts of EEFR interventions on cold-related mortality have not been studied in depth. We evaluated the impact of EEFR interventions in public housing in Barcelona, on the association between cold outdoor temperatures and mortality (from three selected causes) from 1986 to 2012.

Métodos: A time-stratified case-crossover analysis was used. Relative risks (RR) for death on extremely cold days (lowest fifth percentile) in the no-intervention and intervention groups and their respective 95% confidence intervals (95% CI) were obtained for temperature lags 0 to 20 (the day of the death and the previous 20 days). The statistical significance of the observed changes was evaluated using the RR for the cold temperature-intervention interaction. Preventive fractions were estimated to calculate the potential number of deaths avoided by the intervention.

Resultados: 1,880 deaths from the selected causes were identified in the studied blocks. In women, the strongest associations between extreme cold and death were seen in lags 0 and 1. The RR for death from the three selected causes (together) on extremely cold days (lag 0) was 2.40 (95% CI 1.41 to 4.08) in the no-intervention group and was 0.79 (95% CI 0.48 to 1.32) in the intervention group; the interaction between cold temperatures and intervention status was statistically significant ($p = 0.003$). The impacts were stronger in women with no education and in those aged 70 to 79 years. Approximately 67% of the deaths on extremely cold days in women could have been prevented by the intervention. In men, the intervention significantly increased the extreme cold-death association for lags 14 - 16. The RR for death from the three selected causes for temperature lag 15 was 0.60 (95% CI 0.36 to 0.99) in the no-intervention group and was 1.38 (95% CI 0.92 to 2.07) in the intervention group. The interaction between cold temperatures and intervention status was statistically significant ($p = 0.012$).

Conclusiones/Recomendaciones: EEFR interventions had a substantial protective effect on cold-related mortality in women. There is a differentiated effect by sex, educational level and age.

Financiación: This research was supported by the European Community's Seventh Framework Programme (FP7/2007-2013, grant agreement number 278173). Andrés Peralta was supported by the National Scholarship programme of the Ecuadorian government-National Secretary of Higher Education, Science, Technology and Innovation (SENESCYT - Convocatoria Abierta 2013 - Primera Fase).

945. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA DE CONSEJO CONTRACEPTIVO EN BARRIOS DESFAVORECIDOS CON ALTA PROPORCIÓN DE INMIGRACIÓN: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO SIRIAN

E. Díez, M.J. López, M. Marí-Dell'Olmo, L. Estruga, L. Nebot, G. Pérez, J.R. Villalbí

Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Autònoma de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); IIB Sant Pau; Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: Con el propósito de mejorar indicadores desfavorables de salud reproductiva en dos barrios barceloneses de

baja renta y alta proporción de inmigración se llevó a cabo una intervención comunitaria de consejo contraceptivo. Se evalúa su efectividad en el uso de contracepción según sexo y estatus migratorio.

Métodos: Ensayo controlado aleatorizado. En 2011-13 se ofreció la participación a mujeres de 14 a 49 años y hombres de 14 a 39 años residentes en los dos barrios seleccionados. 746 participantes elegibles se asignaron aleatoriamente al grupo de intervención (GI) (N = 371) o de control (GC) (N = 375). Profesionales salubristas realizaron una entrevista basal y otra entrevista tres meses después a ambos grupos. Tras la entrevista basal el GI recibió consejo contraceptivo individual, basado en teoría conductual y sensible a la diversidad cultural, y el GC lo recibió tras la entrevista de seguimiento. Se obtuvo información sociodemográfica y de uso (correcto o incorrecto) de contracepción moderna (contracepción oral, preservativo masculino y femenino, anillo, implante, inyección, parche, DIU y esterilización masculina y femenina) y tradicional (retirada y abstinencia periódica). Se calcularon, por intención de tratar, las razones ajustadas de prevalencia del uso correcto de métodos modernos de contracepción (uso óptimo), globales y según sexo y estatus migratorio, mediante modelos de regresión de Poisson con varianza robusta.

Resultados: Tras un 23% de pérdidas, se obtuvo una muestra de 571 participantes (GI: N = 293, GC: N = 278), sin diferencias sociodemográficas entre ambos grupos. Globalmente, el uso óptimo de contracepción en el GI aumentó un 14% respecto al GC [aRP (IC95%) = 1,138 (1,010-1,284)]. En el grupo de hombres (GI: N = 78, GC: N = 67) el aumento fue del 34% [aRP (IC95%) = 1,344 (1,053-1,716)]. En las mujeres (GI: N = 215, GC: N = 211) [aRP (IC95%) = 1,075 (0,935-1,236)], inmigrantes (GI: N = 112, GC: N = 119) [aRP (IC95%) = 1,120 (0,939-1,336)] y personas autóctonas (GI: N = 181) (GC: N = 159) [aRP (IC95%) = 1,158 (0,983-1,363)] las diferencias no alcanzaron, aunque rozaron, la significación estadística.

Conclusiones/Recomendaciones: Esta intervención de consejo se asoció a un aumento del uso consistente de anticoncepción moderna en personas residentes en barrios de bajos ingresos con alta inmigración. El efecto fue particularmente importante en hombres. La equidad en salud reproductiva se puede promover mediante intervenciones comunitarias sensibles al género y a las especificidades culturales.

677. EL SEGUIMIENTO ANUAL DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD DE CATALUÑA, 2011-2015

O. García Codina, A. Medina Bustos, E. Masachs Fatjó, E. Saltó Cerezuela, R. Tresserras Gaju

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Planificació en Salut.

Antecedentes/Objetivos: El Plan de salud de Cataluña (PS) 2011-2015, instrumento indicativo y marco de referencia de todas las actuaciones públicas en materia de salud en Cataluña, fija 27 objetivos de salud para afrontar los principales problemas identificados, establecidos a partir de directrices del Departamento de Salud y recomendaciones de instituciones y expertos internacionales. Se describe el proceso anual de monitoreo de los objetivos y su difusión.

Métodos: De los 27 objetivos del PS, 13 se establecen en el horizonte 2020: el 1º establece el aumento de la proporción de esperanza de vida vivida en buena salud, y 12 más la reducción de la morbimortalidad de los principales problemas de salud. Se fijan 14 objetivos en el horizonte 2015, dirigidos a la mejora de la atención recibida y disminución de factores de riesgo. Cada objetivo dispone de un indicador de evaluación, para los que se calcula el valor basal y valor en el horizonte temporal. Cada indicador dispone de la fuente de información utilizada, método de cálculo, año de referencia del valor basal e información adicional de carácter técnico. Las principales fuentes de

información utilizadas son Registro de Mortalidad de Cataluña, Encuesta de salud de Cataluña, Registros de Cáncer de Tarragona y Girona, y Conjunto mínimo básico de datos-hospitales de agudos, entre otras.

Resultados: En el período 2011-2015, se ha difundido el nivel de logro anual de los objetivos mediante 4 documentos. El primer año (2012), el documento "Marcant fites" incluye la línea basal, valor del objetivo en el horizonte 2020 o 2015, valor en el año 2012 y comparación estatal e internacional. En 2013 y 2014, los resultados del monitoreo se incorporan en el "Informe de salud de Cataluña", que actualiza el valor del indicador de cada objetivo y valora la tendencia y la intensidad del cambio a partir de la expectativa lineal de logro. En 2015, el documento "Assolint fites" incluye la actualización de los valores, valoración del nivel de logro de los objetivos, tendencia del indicador y de nuevo una comparación estatal e internacional. La difusión de la información se lleva a cabo mediante la web corporativa y la presentación de los resultados en el Parlamento de Cataluña.

Conclusiones/Recomendaciones: El seguimiento y valoración anual de los objetivos del PS 2011-2015 ha sido posible gracias a la formulación de indicadores y disponibilidad de fuentes de información. Solamente en un caso (objetivo de aumento de la supervivencia por cáncer a los 5 años) el indicador no se actualiza anualmente. El alineamiento de los objetivos con recomendaciones internacionales ha permitido la comparación estatal e internacional. Los objetivos del PS 2016-2020 también permiten el seguimiento anual.

762. VARIABLES CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN DEL CONSEJO DIETÉTICO EN ANDALUCÍA

B. Gómez Pozo, M.A. Rubín Gómez, M.M. Rodríguez del Águila, D. Almagro Nievas, A.C. López García, R. Sánchez Robles, M.A. Onieva García

UGC Salud Pública Interniveles; DSAP Granada-Metropolitano; AGS Granada Nordeste; Complejo Hospitalario Universitario Granada; AGS Granada Sur; CS Baza.

Antecedentes/Objetivos: El Consejo Dietético Intensivo (CDI), intervención de promoción del ejercicio físico y la alimentación saludable en adultos, realizado de forma individual o grupal, es una intervención implantada en Andalucía para reforzar la intervención básica del consejo sobre alimentación y ejercicio físico realizada en Atención Primaria. El objetivo fue describir las variables clínicas y socioeconómicas recogidas en el proyecto sobre efectividad del CDI para la evaluación de esta intervención.

Métodos: Ensayo de Grupos Aleatorizado con dos brazos. La población de estudio estaba formada por personas entre 40 y 65 años de la provincia de Granada asignadas a la intervención grupal o individual en el periodo 2014-2015. Se realizaron tres mediciones: inicial, 6 meses y 12 meses. Los criterios de inclusión y exclusión fueron: presencia de factores de riesgo vascular y ausencia de enfermedad vascular diagnosticada. El tamaño muestral se estimó en 440. Se realizó un muestreo por conglomerados bietápico estratificado y equiprobabilístico. Las variables independientes fueron edad, sexo, centro de salud, asignación (grupal/individual), estudios, ingresos mensuales, ocupación, diabetes y tabaco y como dependientes el colesterol total, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal, tensión arterial sistólica (TAS) y dos marcadores de inflamación crónica de bajo grado: el recuento de leucocitos y la proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCR_s). Se aplicó análisis descriptivo y modelo lineal general.

Resultados: De los 21 centros iniciales, 6 no participaron, 5 de ellos en Granada capital, por lo que su participación en el estudio fue del 13%. La muestra final estaba formada por 309 participantes de edad

media 53,5 (6,9) y 64% mujeres; el 18% eran diabéticos y un 24%, fumadores, un 40% con estudios básicos y un 75% tenían un nivel de ingresos inferior a 1.500€, no existiendo diferencias entre la asignación. El 37% eran empleados domésticos. La asignación fue del 50% al grupo de intervención. No existen diferencias en los leucocitos, PCR, IMC, colesterol y perímetro abdominal entre la asignación individual y grupal en ninguno de los tres momentos evaluados. La TAS disminuyó significativamente entre el inicio y los 12 meses ($p < 0,01$), de forma más acusada en el grupal (121,6 (26,3) vs 115,9 (30,1)).

Conclusiones/Recomendaciones: La intervención de promoción del ejercicio físico y la alimentación se asocia a una disminución de la TAS, aunque no se observa para el resto de variables estudiadas. Debido al diseño utilizado, la distribución de las variables socioeconómicas es similar en ambos grupos.

Financiación: Consejería de Salud Andalucía. PI12/0969.

603. INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA SOBRE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Zapata Cachafeiro, J.M. Vázquez Lago, P. López Vázquez, M. Piñeiro Lamas, A. García Moreira, A. Figueiras Guzmán

Medicina Preventiva, Universidad Santiago de Compostela; CIBERESP (Ciber en Epidemiología y Salud Pública).

Antecedentes/Objetivos: El uso adecuado de los antibióticos es un requisito indispensable en la lucha contra las resistencias. En los últimos años diversos países han realizado campañas de formación para mejorar la prescripción, pero en muchos casos no han sido efectivas. Uno de los motivos es que han sido contrarrestadas por la información de la industria farmacéutica. El objetivo de este trabajo es identificar aquellas fuentes de información sobre antibióticos utilizadas por los médicos y valorar su asociación con sus decisiones clínicas.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes en médicos de atención primaria de una región del noroeste de España ($n = 2.100$). Se envió un cuestionario auto-cumplimentado en el que se valoró la utilidad de 7 fuentes de información en el manejo de infección respiratoria (experiencia previa, guías de práctica clínica, cursos de la industria farmacéutica, documentación farmacéutica, cursos formación continuada, especialistas y visitantes). Los resultados se valoraron mediante una escala analógica visual (EAV). Para valorar la calidad de prescripción se usaron los 12 indicadores propuestos por la European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) aplicados a los datos de prescripción de antibióticos de cada médico durante 3 años. Se aplicó una regresión logística multinivel (considerando buen prescriptor cuando 6 o más de sus valores para los indicadores ESAC eran mejores que los valores de referencia de España). Calculamos el OR intercuartílico (IqOR), que evalúa el efecto asociado al rango intercuartílico de la EAV de la valoración de esa de la fuente de información.

Resultados: La participación fue del 68%. El 66,1% de los respondedores fueron clasificados como buenos prescriptores. Las fuentes de información relacionadas con la industria disminuyen la calidad de la prescripción, siendo los visitantes los que demuestran un efecto mayor (1/IqOR = 187,4%; IC95%: 126-301%), seguido la de la documentación (1/IqOR = 144,7%; IC95%: 79-212%) y cursos de la industria farmacéutica (1/IqOR = 144,7%; IC95%: 94-239%). La experiencia previa también ha mostrado estar asociada a una peor prescripción (1/IqOR = 153,9%; IC95%: 89-225%). Las guías de práctica clínica son las únicas que aumentan la calidad de la prescripción, aunque con débil efecto (IqOR = 26,2%; IC95%: 4-57%).

Conclusiones/Recomendaciones: Las fuentes de información sobre medicamentos son un importante determinante de la calidad de las prescripciones de antibióticos en atención primaria. Promover la utilización de fuentes de información científicas contribuiría a mejo-

rar la salud y la seguridad de los pacientes y a disminuir las resistencias a antibióticos.

Financiación: PI 081239,09/90609.

951. VALORACIÓN DEL USO DE CARBAPENEMS EN PACIENTES QUIRÚRGICOS: INTERVENCIONES DEL GRUPO DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA)

M. Ortega-García, R. Medina-González, V. Abril-López de Medrano, J.E. Ballester-Belda, N. Tormo-Palop, M.M. Melero-García, C. Gimeno-Cardona, M. Chanzá-Aviñó, I. Valero-García

Servicio de Farmacia Hospitalaria; Servicio de Microbiología; Unidad de Enfermedades Infecciosas; Medicina Preventiva; Hospital General de Valencia-CHGUV; Grupo PROA-Hospital General de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar el uso de carbapenems en pacientes quirúrgicos no críticos, las intervenciones derivadas del PROA, la evolución del consumo expresado como número DDD/100 estancias y el coste, antes de la intervención del PROA (2014) y después (2015).

Métodos: El Servicio de farmacia registra los datos sobre prescripción antibiótica. El PROA tenía como objetivo en diciembre de 2014 la revisión activa de tratamientos con carbapenems en pacientes quirúrgicos no críticos. Variables analizadas registra en un archivo en Excel pacientes, servicio, posología, frecuencia, fecha de inicio, justificación de la prescripción y otros antimicrobianos prescritos. Semanales se revisan datos microbiológicos y clínicos y en caso de no ser adecuado su uso se decide de manera consensuada si requiere intervención mediante notificación de farmacia a través del programa de prescripción electrónica o mediante interconsulta a la unidad de enfermedades infecciosas (UEI). Se realiza seguimiento de la aceptación de la intervención y se registra la fecha fin del tratamiento.

Resultados: En 2015 se revisaron 218 casos (38 ertapenem, 42 imipenem/cilastatina y 138 meropenem). Los pacientes estaban a cargo de cirugía general-digestiva (52%) y neurocirugía (22%) en el caso de meropenem, cirugía general-digestiva (29%) y cirugía vascular (29%) en el caso de imipenem y cirugía general-digestiva (58%), cirugía vascular (13%) y urología (13%) en el caso de ertapenem. Un 78% de los tratamientos fueron empíricos (79% meropenem, 81% imipenem/cilastatina, 71% ertapenem). El 50% estaban en tratamiento con otros antimicrobianos. Se intervino en 30 casos (14%), 19 (9%) interconsultas a UEI por tratamiento inadecuado (aceptadas) y 11 (5%) notificaciones a través del PPEA, sobre todo por meropenem (9), 3 (27%) de ellas aceptadas y 5 no valorables por fallecimiento o alta. La mediana de duración del tratamiento fue 8 días (1-36). Meropenem es el carbapenem con un mayor consumo, expresado en DDD/100 estancias, seguido de ertapenem e imipenem/cilastatina. Las DDD/100 estancias en 2015 se han reducido para los 3 carbapenems, así como el coste.

Conclusiones/Recomendaciones: Los carbapenems se utilizan principalmente como tratamiento empírico (78%) y en la mitad de los casos combinado con otros antibióticos. Un 14% de los casos requirieron intervención, siendo el uso inadecuado de un 9%. Las intervenciones han permitido reducir el consumo de carbapenems en 22%, la reducción en el gasto y los efectos adversos derivados de su indicación inadecuada.

202. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS EN LAS JURISDICCIONES SANITARIAS MILPA ALTA Y TLÁHUAC DEL DISTRITO FEDERAL, 2014

B. Castillo Matus, A.I. Bahena Méndez

Dirección General de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis (TB) es la segunda causa de mortalidad de origen infeccioso a nivel mundial, en el año 2013 la Región de las Américas presentó una incidencia de 231,330 casos de TB, de ellos México aportó el 8.5% de los casos, lo que lo ubica en el tercer lugar de los países que más casos reportan en la Región. En México no existe precedentes de evaluación del SVETB. **Objetivo:** Evaluar la utilidad y atributos del SVETB en las Jurisdicciones Milpa Alta y Tláhuac del Distrito Federal, durante el 2014.

Métodos: Se evaluaron la utilidad y atributos del SVETB, utilizando la metodología de Evaluación de Sistemas de Vigilancia y de Batista-González. Se realizaron entrevistas al personal responsable del SVETB de los distintos niveles técnico-administrativos, búsqueda activa de casos, revisión de expedientes clínicos, análisis de caso de TB notificados al sistema.

Resultados: Durante el 2014, las Jurisdicciones Milpa Alta y Tláhuac notificaron 35 casos de tuberculosis al SVETB. Se realizaron 19 entrevistas. Se revisaron 35 expedientes clínicos. En referencia a las entrevistas realizadas al personal responsable del SVETB de los distintos niveles técnico-administrativos evaluados, se obtuvo la siguiente información: El 58% eran masculinos y el 48% femeninos. El 63% de los responsables del SVETB cuentan con la Licenciatura en Medicina, el 21% con algún tipo de Maestría y solo 11% cuentan con algún tipo de especialidad médica y solo el responsable de del SVETB a nivel federal es un médico epidemiólogo. El personal responsable del SVETB de los distintos niveles técnico-administrativos cuenta con una antigüedad en el puesto con una mediana de 6 años y un rango de 1-28 años, con una moda de 2 años. El 63% de los responsables del SVETB manifestaron haber participado en cursos de tres meses o más que incluyeron capacitación en VE, en los últimos cuatro años. En la evaluación realizada al personal responsable del SVETB en sus diferentes niveles, calificaron como regulares la simplicidad, y la aceptabilidad, y como mala la flexibilidad del sistema. El sistema se consideró simple, aceptable, representativo, con una adecuada calidad de datos, con una sensibilidad del 95%, no flexible y no oportuno.

Conclusiones/Recomendaciones: El SVETB es capaz de identificar casos de TB y sus datos son empleados para la planeación de acciones preventivas y de control, sin embargo no con la calidad y eficiencia que debiera, por lo que se recomienda: reforzar el vínculo con el Programa de Micobacteriosis para el análisis de la información y generación de políticas públicas que coadyuven al control del padecimiento.

C033. Salud laboral

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 1.2

*Moderan: Fernando G. Benavides
y María Teresa Pegado Barroso Monjardino*

16. DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS DA OCORRÊNCIA DE LME EM CONTEXTO DE ACIDENTE DE TRABALHO

M. Oliveira, J. Amaro, S. Almeida Santos, C. Vieira, P. Norton

Centro Hospitalar de São João; EPIUnit-Institute of Public Health, University of Porto.

Antecedentes/Objetivos: A lesão músculo-esquelética (LME) aguda constitui uma porção relevante do número total de acidentes de

trabalho (ATs) em trabalhadores hospitalares. O aumento da sua incidência depende de fatores organizacionais/psicossociais, fatores individuais (como a idade, gênero, grupo profissional) e do tipo de tarefas desempenhadas, colocando em causa a saúde do trabalhador e a segurança do doente. Avaliação dos determinantes sociodemográficos da ocorrência de lesão músculo-esquelética em contexto de acidente de trabalho hospitalar.

Métodos: Estudo de coorte, com registo de casos incidentes de AT em 2014; recolhida informação sociodemográfica correspondente a um total de 6106 trabalhadores. Realizada regressão logística com variável dependente definida como episódio de AT com LME; excluídos os trabalhadores com mais de um episódio de AT. As categorias de referência das variáveis independentes do modelo de regressão foram definidas com base em pressupostos de menor incidência de sinistralidade.

Resultados: Em 2014 ocorreram 533 casos de AT; excluídos 58 casos de trabalhadores com mais de um AT. Dos restantes 475 episódios foram selecionados aqueles com LME (n = 322). O modelo final de regressão com o melhor ajustamento incluiu as variáveis grupo profissional, idade, serviço, vínculo e horário. O risco de LME foi 12,7 vezes superior nos assistentes operacionais e 6,6 vezes nos enfermeiros. Os trabalhadores com categorias de idade entre 35-39, 40-44 e 45-49 anos revelaram um risco superior de ocorrência de LME: OR = 1,8, OR = 1,9 e OR = 1,7 respetivamente. Os trabalhadores do serviço de Cirurgia demonstraram risco significativamente aumentado em relação aos restantes (OR = 1,5); risco diminuído de LME em profissionais com vínculo à função pública e contrato temporário/ outros (OR = 0,5 e 0,4).

Conclusiones/Recomendaciones: Os fatores sociodemográficos revelaram-se decisivos na determinação da ocorrência de LME. O ajustamento dos dados no modelo de regressão permitiu controlar o confundimento por outras variáveis. Os planos preventivos de sinistralidade hospitalar deverão assumir como prioridade os grupos de risco identificados no presente estudo.

511. CHRONIC MUSCULOSKELETAL PAIN AND SEDENTARY BEHAVIOR MARKERS IN BRAZILIAN TEACHERS

M.C. Silva Santos, M.Z. Campanini, A.D. González, S.M. Andrade, D.F. Dias, A.E. Mesas

Universidade Estadual de Londrina.

Antecedentes/Objetivos: Chronic musculoskeletal pain (CMSP) is a public health problem with harmful social and individual effects, and its relationship with sedentary behaviors is unclear. This study examined the relationship between CMSP and sedentary behavior markers, such as time watching television and using the computer, and explored the effects of major confounding factors.

Métodos: The information was obtained between 2012 and 2013 from individual interviews with 943 teachers from public schools in Londrina, Brazil. Statistical analysis was performed in 2014 using a logistic regression model adjusted for sociodemographic, lifestyle, depression, and working conditions variables.

Resultados: The prevalence of CMSP was 31.9%. In the adjusted analyses, CMSP was associated with time > 60 minutes/day watching television (odds ratio [OR] = 1.39, 95% confidence interval [CI] 1.03; 1.89) but not with longer time using the computer (OR = 1.00, 95%CI 0.72; 1.39), both on weekdays. In analyses stratified according to body areas affected by CMSP, only pain in the lower limbs was associated with more time watching television (OR = 1.62, 95%CI 1.06, 2.47).

Conclusiones/Recomendaciones: Watching television on a week-day for > 60 minutes is a sedentary behavior associated with a greater likelihood of teachers having chronic musculoskeletal pain, especially in the lower limbs. This association was observed independently of

the main confounders such as sex, age, leisure time physical activity, depression and working conditions.

Financiación: CNPq (459671/2014-6); Fundação Araucária (PR, Brasil).

161. DIFERENCIAS EN EL RECONOCIMIENTO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES SEGÚN SEXO, OCUPACIÓN Y ACTIVIDAD DE LA EMPRESA. ESPAÑA, 1999-2009

M. García-Gómez, R. Castañeda López, Z. Herrador Ortiz, F. Simón Soria

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Antecedentes/Objetivos: En el estudio “Evolución de las Enfermedades Profesionales (EP) declaradas en España de 1990 a 2014”, se observó que las tasas de declaración de EP son más elevadas en los hombres que en las mujeres en el análisis crudo de los datos. Sin embargo, estas tasas se hacen más elevadas para mujeres que para hombres al ajustar por determinadas variables. Nuestro objetivo fue evaluar cómo afecta el sexo al reconocimiento de EP identificando factores de confusión/interacción en los resultados.

Métodos: Los datos de las enfermedades profesionales se obtuvieron del Ministerio de Empleo y Seguridad Social y los denominadores del Instituto Nacional de Estadística. Se estudia la correlación existente entre las variables incluidas en el análisis, y se estiman los RR ajustados por las variables de interés mediante análisis bivariable y multivariante de Poisson. Una vez identificados los factores que modifican la relación cruda entre sexo y enfermedad profesional, se valora y estima la confusión e interacción entre las variables incluidas en el análisis, calculando los RR ajustados para aquellas variables que han mostrado interacción en el análisis anterior, para los años 1999 a 2009.

Resultados: Existe correlación entre los valores de las variables ocupación y actividad de la empresa en las EP declaradas entre 1999 y 2009, por lo que analizamos nuestros datos para actividad de la empresa y ocupación por separado, tanto en el análisis crudo como en el ajustado. Se observa que, aunque las tasas crudas de reconocimiento de EP son inferiores en mujeres que en hombres, al ajustar estas tasas por actividad económica u ocupación del trabajador, la edad y el año de declaración, los RR pasan a ser casi un 50% superiores en mujeres que en hombres para la mayoría de tipos de ocupación y tipos de actividad de la empresa.

Conclusiones/Recomendaciones: De acuerdo con nuestros resultados, el reconocimiento de EP es desigual entre hombres y mujeres según el tipo de ocupación desempeñada o rama de actividad de la empresa. Estas desigualdades necesitan ser explicadas incorporando un enfoque de género en los estudios de salud laboral que se realizan en nuestro país. Mejorar el conocimiento sobre determinantes ocupacionales específicos de género permitirá orientar correctamente los esfuerzos preventivos y estratégicos de las políticas públicas. Lo contrario, desconocer las diferencias y no cuantificarlas, puede conllevar a una discriminación silente de género que cronifique los problemas específicos de hombres y mujeres en el ámbito laboral.

201. INCIDENCIA DE SATISFACCIÓN LABORAL EN DIVERSOS SERVICIOS DE SALUD DE CÓRDOBA

J.A. Laredo Aguilera, G. Mota Cátedra, B. Recio Andrade

Klinikum Rechts der Isar; Klinikum Rechts der Isar; SESCAM.

Antecedentes/Objetivos: La satisfacción laboral de los profesionales sanitarios es cada vez más reconocida como una medida que debe ser incluida en los programas de mejora de calidad. Una baja satisfac-

ción en el trabajo podría conducir al aumento de los niveles de absentismo, lo que podría reducir la eficiencia de los servicios de salud e influir en la calidad de los cuidados proporcionados y en la salud de las personas. El objetivo principal de este estudio es conocer el nivel de satisfacción laboral en el personal de enfermería de los Servicios de Salud de la provincia de Córdoba.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal mediante un muestreo aleatorio simple, realizado durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2015 a un total de 80 enfermeros de los Servicios de Salud de Córdoba. Hemos usado el Cuestionario de Font Roja (1988) adaptado por Aranaz J. compuesto por 24 ítem que miden 9 dimensiones que determinan la satisfacción de los profesionales, al que hemos añadido variables sociodemográficas.

Resultados: Respecto a la satisfacción laboral global de los profesionales, un 62% han obtenido una satisfacción laboral baja (< 2,5 puntos en la satisfacción global), y sólo un 9% ha obtenido una satisfacción laboral alta (puntuación media global por > 4 puntos). Destacar que las puntuaciones medias más elevadas se registran para el factor de satisfacción en la relación con los compañeros ($4,15 \pm 0,61$), mientras que las puntuaciones más bajas se registran para la dimensión laboral de características extrínsecas de status o reconocimiento profesional ($2,62 \pm 0,66$). Al analizar la antigüedad en el servicio con la puntuación de satisfacción global se han encontrado diferencias significativas ($p = 0,016$), siendo los profesionales de menos experiencia en el servicio los que tienen puntuaciones medias más altas. También hay diferencias significativas entre la antigüedad en el servicio con la dimensión de promoción profesional ($p = 0,024$), con el status profesional ($0,002$) y con la satisfacción con los compañeros de trabajo ($p = 0,041$).

Conclusiones/Recomendaciones: Los valores alcanzados para cada una de las dimensiones laborales que mide el cuestionario Font Roja se sitúan en niveles de satisfacción más bajos a los encontrados en otros estudios en la literatura previa estudiada. Aunque los resultados muestran una clara insatisfacción laboral, consideramos muy útil realizar estudios futuros con mayor población y distribución geográfica para poder sacar conclusiones más sólidas y ver si existe diferencia entre diferentes provincias.

614. CONCILIAÇÃO TRABALHO-FAMÍLIA E COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

C. Carvalho, L.S. Mónico, P.M. Parreira, C. Fernandes, A. Salgueiro-Oliveira, L.M. Braga, D. Gómez

Universidade de Coimbra; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Federal University of Viçosa-MG; Universidad Autónoma del Estado de México.

Antecedentes/Objetivos: O trabalho e a família constituem estruturas fundamentais e complementares da vida. A sua conciliação afeta a identidade, o bem-estar e a qualidade de funcionamento dos indivíduos, obrigando frequentemente a um enorme esforço pessoal. Nas últimas décadas, tem-se assistido a um crescente interesse pelo conceito de comprometimento organizacional. O vínculo do profissional de saúde favorece a qualidade da prestação dos cuidados e as próprias organizações de saúde, que necessitam de profissionais comprometidos com a missão das organizações de saúde. Objetivos: 1) Analisar a associação entre a conciliação trabalho-família e o comprometimento organizacional em profissionais de saúde; 2) Verificar em que medida as dificuldades na conciliação do trabalho com a família interferem no comprometimento organizacional destes profissionais.

Métodos: A amostra é composta por 101 profissionais de saúde (67 enfermeiros, 33 assistentes operacionais e 1 médico) de um hospital público da região Centro de Portugal (M = 38,50, DP = 8,77 anos; 71

mulheres, 30 homens), que responderam às: 1) escala T-F, que mede o conflito e a facilitação do trabalho com a família (MacDermid et al, 2000; adaptação para a população portuguesa por Carvalho & Peralta, 2009, 6 dimensões, $0,648 < a < 0,952$); 2) escala ECO, que mede o Comprometimento Organizacional (Allen & Meyer, 1997, 3 dimensões, $0,737 < a < 0,862$); 3) questionário sociodemográfico.

Resultados: O trabalho como facilitador da vida familiar/pessoal associou-se positivamente ($p < 0,05$) com as três dimensões do Comprometimento Organizacional (Afetivo $r = 0,40$, Calculativo $r = 0,28$ e Normativo $r = 0,29$). O conflito entre o trabalho e a família/vida pessoal refletiu-se negativamente: 1) no trabalho, diminuindo os compromettimentos organizacionais afetivo e normativo ($r = -0,28$; $r = -0,37$) na vida pessoal, diminuindo os compromettimentos organizacionais afetivo e normativo ($r = -0,23$; $r = -0,20$).

Conclusiones/Recomendaciones: A conciliação entre o trabalho e a família influencia positivamente o comprometimento organizacional dos profissionais de saúde. A existência de conflitos nesta conciliação tem efeitos negativos nesse comprometimento. O desgaste que a compatibilização das responsabilidades familiares e profissionais provoca exige mudanças nas organizações de saúde com vista à melhoria da qualidade dos serviços prestados (ex., flexibilidade nos horários, trabalho a tempo parcial, serviços de apoio à família). Estes são aspetos a equacionar para a obtenção de resultados positivos nos principais stakeholders (estado, gestores, profissionais de saúde e utentes).

867. PERFIL DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA DAS CARREIRAS MÉDICA E DE ENFERMAGEM, DISTRITO FEDERAL, 2014

D. Sousa Lemos, P.M. Fonseca Escalda

Universidade de Brasília.

Antecedentes/Objetivos: O sistema de saúde brasileiro apresenta grandes desafios no que tange às demandas de serviços de saúde com qualidade, eficácia e eficiência, tornando fundamental um melhor gerenciamento dos recursos humanos disponíveis. No Brasil os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) tem procurado soluções para o desequilíbrio da força de trabalho entre os serviços de saúde que é afetada sobremaneira pelo absentismo-doença dos profissionais. Apesar da escassez de estudos brasileiros sobre absentismo-doença em servidores públicos de serviços de saúde, publicações referem alta frequência de afastamento entre esses trabalhadores e que entre os grupos ocupacionais mais afetados estão as carreiras médica (MED), de enfermeiro (ENF) e de auxiliar de enfermagem (AUX). O objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil do absentismo-doença dos profissionais das carreiras médica e de enfermagem de uma Regional de Saúde do Distrito Federal.

Métodos: Trata-se de estudo descritivo e transversal das licenças homologadas para tratamento da saúde superiores a três dias, no ano de 2014. As informações foram fornecidas pelo Núcleo de Cadastro Funcional do órgão. Foram incluídos os casos de licenças médicas referentes ao primeiro episódio de cada servidor afastado. Licenças maternidade e de acompanhamento foram excluídas.

Resultados: A Regional de Saúde conta com 1.461 servidores públicos integrante das carreiras médicas e de enfermagem, dos quais 608 apresentaram pelo menos 01 episódio de LM (prevalência no período: 33% MED; 37% ENF; 47% AUX). A frequência das LM entre as carreiras estudadas demonstrou predomínio de mulheres (54% MED; 86% ENF; 90% AUX), idade entre 30 e 39 anos (34,5% MED; 32,2% ENF; 32,5% AUX), carga horária de trabalho semanal de 40 horas (59,7% MED; 85,10% ENF; 81,3% AUX) e episódios com 15 dias ou menos de duração (75,7% MED; 63,8%; 77,4% AUX). Verificou-se diferença, entre as carreiras, na distribuição de frequência nos grupos diagnósticos (CID10) com predomínio de períodos de convalescença (12,9%) e lesões (12,8%) para a carreira médica, transtornos de humor para enfermeiros (21,6%) e dorsopatias para auxiliares (21,6%).

Conclusiones/Recomendaciones: O conhecimento destes dados possibilita uma gestão de recursos humanos mais efetiva, por meio da prevenção e controle do absentismo-doença e do planejamento de ações de saúde do trabalhador.

858. ANÁLISIS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR DESORDEN MENTAL EN EMPRESAS SANITARIAS

J. Pascual-Cubi, M. Ubalde-López, F.G. Benavides

CISAL-Centro de Investigación en Salud Laboral; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas).

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, los trastornos mentales se han convertido en un reto para la salud pública, debido a la discapacidad y la pérdida de calidad de vida que ocasionan. El objetivo del presente trabajo es comparar entre diferentes ámbitos sanitarios los episodios de incapacidad temporal por contingencia común (ITcc) debidos a trastornos mentales en instituciones relacionadas con actividades sanitarias en 2009 en España.

Métodos: Estudio descriptivo de primeros casos de ITcc ($n = 797$) por trastorno mental (CIE9: 290-319) iniciados en 2009 en una muestra ($n = 44.330$) de personas afiliadas al régimen general de la seguridad social, que forman parte de la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL) y que trabajan en instituciones con actividades sanitarias: “actividades hospitalarias”, “actividades de medicina general y odontológicas” “actividades sociosanitarias” y “otras actividades sanitarias”, según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-2009). La tasa de incidencia y la duración (mediana, percentiles 25 y 75) de ITcc fue calculada según variables demográficas y laborales.

Resultados: En el caso de las mujeres, la mayor incidencia de ITcc por trastornos mentales se encontró en las “actividades hospitalarias” (10,11 casos/100.000 trabajadoras). En el caso de los hombres, la incidencia fue mayor en las “actividades de medicina general y odontológicas” (5,23 casos/100.000 trabajadores). Para ambos sexos, el grupo donde se observaron menores incidencias fue “otras actividades sanitarias” (6,75 casos y 2,26 casos/100.000 trabajadores, respectivamente). Respecto a la duración de los episodios, la duración mediana fue mayor en el grupo “otras actividades sanitarias” (40,5 días) para las mujeres, y en “actividades de medicina general y odontológicas” (79 días) en el caso de los hombres. Asimismo, la duración mediana menor se observó en el grupo de “actividades de medicina general y odontológicas” (27 días) en el caso de las mujeres y en “actividades hospitalarias” (31 días) en el caso de los hombres.

Conclusiones/Recomendaciones: Es necesario seguir estudiando porqué la incidencia de ITcc por trastornos mentales es más elevada en las mujeres que trabajan “actividades hospitalarias”, dada la predominancia de las mujeres (aproximadamente 80% del total) instituciones sanitarias.

Financiación: Plan Estatal I+D+I 2013-2016, Instituto de Salud Carlos III - Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación (FIS PI14/00057) - FEDER.

929. EFECTO DEL DESEMPLEO EN LA MORTALIDAD DE UNA COHORTE DE NACIDOS ENTRE 1940 Y 1949

J. Hernando Rodríguez, L. Serra Saurina, M. López Gómez, F.G. Benavides

Centro de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra; IMIM (Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques) Parc de Salut Mar; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Grup de Recerca en Estadística, Econometria i Salut (GRECS), Universitat de Girona.

Antecedentes/Objetivos: La literatura ha aportado evidencia contrapuesta sobre las influencias ejercidas por el desempleo en la

mortalidad. Estudios a nivel contextual han indicado que dicha asociación podría estar sobreestimada en aquellos estudios basados en datos individuales. El estudio que se propone contribuirá a ampliar la evidencia basada en un estudio de cohorte en un país del sur de Europa con altas tasas de desempleo durante varias décadas. El objetivo del estudio es analizar el riesgo de mortalidad según la duración del desempleo en hombres y mujeres, separadamente.

Métodos: Estudio de una cohorte dinámica retrospectiva con 80.640 personas nacidas entre 1940 y 1949 que forman parte de la Muestra Continua de Vidas Laborales, como afiliados al Régimen General de la Seguridad Social entre 2004 y 2013. La exposición es el tiempo que una persona afiliada ha estado desempleada recibiendo prestación desde 1981. El análisis se estratifica por sexo y se ajusta por categoría ocupacional e incapacidad permanente como indicador de salud. Para estimar las tasas de mortalidad y los riesgos relativos (RR) se utilizan modelos de Poisson.

Resultados: En los hombres, una duración superior a 2 años de desempleo conlleva un incremento en el riesgo de mortalidad comparado con aquellos que no tienen desempleo en ningún momento de su vida laboral (RR = 1,04; IC95% 0,98-1,11), aunque no es estadísticamente significativo. En las mujeres, ocurre al contrario, pues a mayor duración de desempleo se observa un menor riesgo de mortalidad prematura (a los 2 años de desempleo: RR = 0,80; IC95% 0,69-0,92). En las categorías ocupacionales menos aventajadas el riesgo relativo es más elevado en ambos sexos, tal como se observó en los trabajadores no cualificados manuales (en hombres: RR = 2,43; IC95% 2,22-2,66; en mujeres: RR = 1,73; IC95% 1,41-2,12) respecto a los cualificados no manuales.

Conclusiones/Recomendaciones: Estos resultados contradicen la mayor parte de las evidencias disponibles por lo que requiere un análisis más detallado. Sin embargo, hay que considerar que estamos midiendo desempleo cubierto por la seguridad social.

Financiación: Proyecto financiado por el Plan Estatal de I+D+i 2013-2016 y por el ISC III – Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación (FIS PI14/00057 – EBISA Estado de bienestar y salud: trayectoria laboral, incapacidad y mortalidad en una cohorte de afiliados a la Seguridad Social, 2015-2017) y FEDER.

947. INCIDÊNCIA DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO: ESTUDO DE COORTE BRASIL-COLÔMBIA

E.I. Gómez La-Rotta, H. Rodrigues Correa-Filho, L. Amaral dos Reis, M.R. Bravo Fernández, C.A. Morales Pertuz, A.R. Camisão Silva, F.H. Aoki

Universidade Estadual de Campinas; Hospital Militar Central.

Antecedentes/Objetivos: O Brasil foi pioneiro promulgando a norma regulamentadora (NR-32), tornando necessário avaliar seu efeito sobre a epidemiologia dos acidentes de trabalho (AT) com material biológico (MB). O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência binacional de AT-MB relatados por trabalhadores e estudantes de um Hospital Universitário no Brasil e outro na Colômbia.

Métodos: Realizamos estudo de coorte iniciada por estudo transversal que estimou a prevalência de relato de AT-MB no ano anterior a entrevista e fixou pontos de partida onde se aplicaram critérios de inclusão e exclusão para estudantes de medicina, enfermagem e odontologia, e para médicos e enfermeiros. Acompanhamos o grupo por um ano para estimar a incidência de AT-MB, considerada no Brasil como resultado da exposição à norma. Análise de sobrevivência realizou-se pelo método de Kaplan Meier e determinamos os fatores associados à AT-MB com a Regressão de Riscos Proporcionais de Cox.

Resultados: Avaliamos 965 pessoas (348 estudantes e 617 profissionais), com média $\pm$ desvio padrão (DP) de idade de 33,04 $\pm$ 10,81

anos sendo 73,3% mulheres. A média e desvio padrão ($\pm$ DP) de idade dos 858 que permaneceram na coorte foi 31,93 anos ($\pm$ 10,90); 74,8% eram do sexo feminino. A taxa incidência foi de 7,5 por 100 pessoas/ano no Brasil e de 3,5 na Colômbia (6,04 globais). Encontramos razão de riscos (HR) associada a país de origem (Brasil) (HR 4,80; IC95% 1,03 e 5,16) e profissão (médico) (HR 2,31; IC95% 1,64 e 14,05). Encontramos também diferenças na sobrevivência dos grupos (estudantes e profissionais) ($p < 0,000$), os subgrupos ($p < 0,000$), o tipo de área onde o profissional trabalha ($p < 0,033$) (cirúrgica e clínica) e a profissão (médico ou enfermeiro). Entre os grupos os que sofreram mais acidentes foram os estudantes (8,6%), especialmente os estudantes da Colômbia (12,5% na Colômbia vs 7,3% no Brasil).

Conclusiones/Recomendaciones: Concluimos que a proporção/coeficiente de incidência de AT-MB foi alta em relação à literatura, e na comparação interna ao estudo as taxas de incidência foram maiores no Brasil. A proporção de acidentes diminuiu entre os anos de 2014 e 2015, nos dois países, sendo maior o decréscimo na Colômbia, o que foi contrário ao esperado pela implantação da Norma NR-32. O aumento evidenciado dos acidentes entre os estudantes nos dois países deveu-se à mudança de período que expôs os estudantes a maiores horas de prática e portanto aumento do risco.

Financiación: CAPES pelo convênio PEC-PG, FAEPEX e Universidade El Bosque.

920. INTOXICACIÓN OCUPACIONAL CON GAS FOSFINA EN PLANTA PROCESADORA DE GRANOS, PARAGUAY 2014

S.F. Ocampos, M.E. Pedrozo, R.A. Galeano, J. Ruiz Díaz, A. Ojeda, D. Assis, A. Cabello

Dirección General de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo; Centro Nacional de Toxicología.

Antecedentes/Objetivos: La fosfina es un gas utilizado como fumigante para almacenamiento de granos. La intoxicación por este gas es potencialmente mortal y se produce tanto por inhalación como por la ingestión de su forma sólida (fosfuro de aluminio). En abril de 2014 el Centro Nacional de Toxicología de Paraguay (CNTox-PY) recibió a 16 trabajadores de una planta procesadora de granos, sospechosos de intoxicación por fosfina.

Métodos: Estudio transversal con revisión de historial clínico de los intoxicados, entrevistas y búsqueda activa laboral mediante la implementación de un cuestionario a los trabajadores de la planta. Análisis estadístico con Epi Info 7, fueron calculados el Riesgo Relativo (RR) con un IC95% para una $p < 0,05$.

Resultados: La empresa tenía 28 trabajadores, 71,4% sexo femenino, mediana de edad 26 años (19-42). El 85% ($n = 24$) presentaron síntomas, 20/24 del sexo femenino, 18/24 buscaron asistencia médica, 16/18 acudió al CNTox-PY. Los síntomas más frecuentes fueron 50% cefalea, 13% diarrea, 13% vómitos, 13% dolor abdominal y 92% lesiones oculares (71% visión borrosa, 63% ardor ocular, 42% dolor ocular). Un RR significativo para el sexo femenino respecto al masculino (RR = 2 IC95% 1,0-3,9 $p = 0,003$) y trabajar como seleccionadora de granos versus las demás funciones laborales (RR = 1,8 IC95% 1,0-3,2 $p = 0,006$).

Conclusiones/Recomendaciones: Se confirmó la intoxicación en los empleados de la planta procesadora de granos, existiendo relación entre síntomas, tiempo de exposición y tipo de fumigante utilizado. El tipo de intoxicación fue accidental ocupacional, teniendo como vías de ingreso el inhalatorio y el mucocutáneo. Las mujeres tuvieron un mayor riesgo respecto a los hombres y la cercanía entre la zona donde realizaban sus funciones y el lugar utilizado para la fumigación también fue un riesgo para ellas. Se recomienda la implementación de normativas para la fumigación segura con personal

capacitado y con un plan de monitoreo y supervisión por las autoridades competentes.

CO34. Sistemas de información sanitarios y en salud pública

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 1.3

Moderador: Francisco Javier García León

862. EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN PÚBLICA CON BIFAP, UNA FUENTE DE DATOS PARA FARMACOEPIDEMIOLOGÍA

E. Martín Merino, C. Huerta Álvarez, A. Álvarez Gutiérrez, M. Gil García, M.A. Macía Martínez

BIFAP, División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Antecedentes/Objetivos: La investigación pública en epidemiología requiere fuentes de datos validadas con cobertura poblacional. El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia investigadora con la Base de datos para Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria (BIFAP), y promoverla como fuente innovadora para investigación pública.

Métodos: BIFAP está financiada por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). Su objetivo es aportar datos para estudios farmacoepidemiológicos independientes, cumpliendo las competencias de la AEMPS sobre promoción de estudios y evaluación de riesgos con medicamentos autorizados. BIFAP contiene registros electrónicos médicos de 4.871 médicos de familia y 843 pediatras del Sistema Nacional de Salud de 9 Comunidades Autónomas que colaboran en BIFAP, incluyendo información anonimizada de 8 mill. pacientes durante 38 mill. personas-año entre 2001-2014. Contiene 130 mill. problemas de salud (CIAP/CIE-9), 647 mill. prescripciones (CNF/ATC), 21 mill. vacunaciones y 1 billón de datos generales del paciente (talla, peso, tabaco, alcohol, etc.), entre otros (test, interconsultas, etc.) y se actualiza anualmente.

Resultados: Desde 2004, se han realizado 131 estudios nacionales e internacionales con datos de BIFAP, de metodología farmacoepidemiológica (22 estudios comparando) y uso y seguridad de medicamentos en condiciones reales de prescripción en atención primaria, incluyendo antidiabéticos [2 y 10 estudios respectivamente], antibióticos [7 y 0], antiinflamatorios [5 y 3], analgésicos [3 y 2], antiostroróticos [1 y 3], fármacos del sistema nervioso [9 y 9], cardiovascular [9 y 0], digestivo [2 y 3], u otros [8 y 4]). La incidencia de distintas patologías se estudió en 43 proyectos, incluyendo la validación de sus registros diagnósticos. (<http://bifap.aemps.es/publicaciones.php>).

Conclusiones/Recomendaciones: La experiencia investigadora, validación interna y externa, confirman que BIFAP es una fuente robusta de datos para farmacoepidemiología. Las prescripciones y datos clínicos anonimizados por paciente, permiten estudiar con rigor asociaciones e incidencias, para estimar tanto riesgos relativos al uso de fármacos, como su impacto poblacional. Constituyéndose BIFAP como una herramienta innovadora y potente de soporte en la toma de decisiones de la AEMPS, profesionales asistenciales e investigadores cuyo fin último sea conocer y promover la seguridad de fármacos en condiciones reales de prescripción. El procedimiento de solicitud de estudios para investigación con BIFAP desde el ámbito público está disponible en <http://bifap.aemps.es/solicitud.php>.

397. APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES DE INFORMACIÓN SOBRE MORTALIDAD MUNICIPAL POR CÁNCER EN ESPAÑA (AMICAES)

M. González-Sánchez, G. López-Abente, P. Fernández-Navarro, J. García-Pérez

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

Antecedentes/Objetivos: Los patrones geográficos de las enfermedades pueden ser consecuencia de una diferente distribución de factores de riesgo generalmente de carácter ambiental o incluso de la diferente accesibilidad a recursos sanitarios. Los atlas de mortalidad por cáncer y otras enfermedades que han permitido formular hipótesis causales para el desarrollo de investigaciones. Asimismo, han proporcionado información útil para el establecimiento de prioridades en planificación sanitaria. Por otro lado, las aplicaciones para móviles son una herramienta en auge para la difusión de información y, en este contexto, se ha diseñado una aplicación para estos dispositivos con el objetivo de facilitar de forma sencilla la visualización de mapas de distribución espacial de la mortalidad municipal por cáncer en España así como el acceso a información relevante relacionada.

Métodos: Los datos que se emplearon de defunciones y de población proceden del Instituto Nacional de Estadística para el periodo 2004-2008. La aplicación permite una visualización en mapas de los riesgos relativos de mortalidad por distintas causas tumorales en España preseleccionadas por el usuario conforme a una serie de criterios de búsqueda (sexo, municipio, provincia, etc.). Los mapas utilizan una escala relativa de colores neutros y aportan información sobre el número de habitantes por municipio y enlaces a algunas de las publicaciones científicas, servidores de información de mortalidad y atlas existentes relacionados. La programación de la aplicación se realizó para dispositivos Android en lenguaje Java y Google APIs utilizando el software Android Studio. El cálculo de los riesgos relativos de mortalidad se efectuó mediante la suavización de las razones de mortalidad estandarizada (observados/esperados) municipales ajustando modelos de Poisson espaciales propuestos por Besag, York y Mollié, utilizando como herramienta de inferencia bayesiana la aproximación Integrated nested Laplace (INLA).

Resultados: Como ejemplo, si buscamos los riesgos relativos de mortalidad municipal por cáncer de pulmón para el conjunto de España y ambos sexos, AMICAES nos muestra un mapa donde a través de la escala de colores se puede visualizar un patrón de distribución municipal muy claro en la región Sur-Oeste del país.

Conclusiones/Recomendaciones: AMICAES pone a disposición del usuario de una manera sencilla información relacionada con la distribución espacial de la mortalidad por cáncer en España y puede constituir una herramienta muy útil tanto para profesionales de distintos ámbitos como para el público en general.

Financiación: FIS PI11/00871.

230. DE R A GOOGLE EARTH. GEOGRAFÍA DEL DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA

A. Rodríguez Torronteras, M.A. García Sánchez, A. Varo Baena, L. Maceda Roldán, M. Pérez Díaz, A.J. Pérez Ramos, C. Jiménez García, I. Olaya Caro, J.N. García Rodríguez

Distrito Sanitario de Córdoba, Servicio Andaluz de Salud; Área Sanitaria Norte de Córdoba, Servicio Andaluz de Salud; Delegación Territorial de Salud de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: A pesar del desarrollo de los sistemas de información geográfica (GIS) y plataformas como Google hasta donde conocemos, no tenemos fácilmente disponible un mapa de las Áreas

de Influencia de los Centros de Salud (AICS). Hasta muy recientemente, la elaboración de un mapa estaba supeditado a disponer por un lado de los shapefiles y por otro de un software adecuado, normalmente de uso muy restrictivo por su coste. El primer aspecto ha sido resuelto recientemente. En la página del INE se pueden encontrar los shapefiles de las secciones censales de España. El software R tiene desarrollados múltiples “packages” espaciales que nos permiten fabricar nuestro mapa y visualizarlo en Google Earth. Nosotros hemos elaborado un mapa del Distrito Sanitario de Córdoba usando las secciones censales facilitadas por el INE, con R (en RStudio) y lo visualizamos en Google Earth.

Métodos: Los shapefiles, actualizados a 01/01/2011, se han obtenido en la siguiente dirección: http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_resultados_seccen.htm. En R, instalamos y cargamos las siguientes librerías: sp, spacetime, plotKml, ggmap, rgdal, rgeos, maptools, dplyr, tidyr, tmap, plyr. Creamos un “proyecto” en RStudio que guardará las instrucciones usadas para generar el mapa. La secuencia de pasos hasta generar el mapa son las siguientes: -Lee las secciones censales de toda España: (readOGR()). -Selecciona las secciones censales (de Córdoba capital en nuestro caso). -Proyecta el mapa creado en el Sistema de Referencia de Coordenadas (CRS) que usa el Google, sobre el que dispondremos nuestras secciones censales. -Crea la variable AICS en función de las secciones censales que las compongan. -Disuelve los polígonos secciones censales en las AICS. Crea un “SpatialPolygonDataFrame”. -Pasa a formato kml el SpatialPolygonDataFrame. -Visualiza directamente el fichero kml en Google Earth.

Resultados: El resultado final es un mapa dinámico, con los límites de nuestras AICS, sobre las que podemos ver todo el detalle que permite Google Earth.

Conclusiones/Recomendaciones: La conectividad entre R y Google Earth permite la visualización científica interactiva de los fenómenos de epidemiología espacial. En R existen más de 73 librerías que hacen epidemiología y estadística espacial (R. S. Bivand, 2013. *Applied spatial data analysis with R*, Second edition. Springer, NY). Esto junto con el hecho de haber sido puestas a disposición general por parte del INE las secciones censales de España, nos permite acercarnos a nuestra labor desde la óptica geográfica.

855. UTILIZACIÓN DE SIG EN EL ESTUDIO DE LAS COLISIONES VIALES. JUJUY, ARGENTINA, AÑOS 2014 Y 2015

A.M. Chalabe, S.A. Chalabe, B.E. Zumbay, M.E. Santillan, L.V. Girón, G. Aguilera

FHyCS, Universidad Nacional de Jujuy; FI, Universidad Nacional de Jujuy; Hospital Ntra. Sra. del Carmen; Municipalidad de El Carmen.

Antecedentes/Objetivos: Las lesiones viales cuadruplican las tasas provinciales. Se observó el desconocimiento del espacio: estado del camino, baches, demarcación y otras asociaciones. Se desea analizar las características del espacio geográfico vinculado a accidentes, evaluar las amenazas del terreno identificando su ubicación y posibilidad de ocurrencia de eventos y aplicar un SIG como herramienta de gestión y decisión con un tratamiento sistemático y unificado de la información.

Métodos: Estudio diagnóstico para determinar grupos y espacios más vulnerables al riesgo de sufrir y ocasionar accidentes de tránsito, definiendo tipos de vehículos, sectores de diferente peligrosidad dentro o fuera de la ciudad, con la construcción de geodatabases configurando escenarios de riesgos. Se utilizan herramientas SIG y se procede a la revisión de los atributos en relación con las amenazas de un accidente vial. Se plantea la identificación y el análisis de determinadas zonas geográficas denominadas puntos negros (zonas de mayor ocurrencia de eventos).

Resultados: Se realizó la cartográfica digital. Sobre 639 eventos (2014 y 2015), se caracterizó el territorio en 522 casos, se seleccionaron 461 eventos (radio de 15 km del centro geográfico) con 250 motocicletas (54%), 70 bicicletas (15%) y otros. Se revisaron hechos con bicicletas y motos (320 eventos) en dos zonas: una urbana (radio de 3 km desde el centro), y una rural (desde los 3 Km hasta una distancia radial de 15 km). En la zona urbana (224 eventos), intervinieron 59 bicicletas y 165 motos, en el caso de bicis en el 13,5% había señalización completa (IC 6,0-24,9%). Con motos el 17% (IC 11,6-23,6%) y se encuentra una asociación positiva entre producción de eventos y señalización (chi cuadrado: 10,4 y $p < 0,005$). En el 74% de los casos, ($n = 165$) no se observan elementos de organización, Línea divisoria pintada en 39 casos (17%). En 171 eventos el estado de la vía era bueno, 76% (IC 70,2-81,7%). En Zona rural (96 sucesos) se destaca que en 53 casos no había señalización completa, 55,2% (IC 44,7-65,4%). No hay asociación positiva entre eventos y señalización (chi cuadrado: 0,43 y $p < 0,80$). En el 17% no se observa ningún elemento de organización de circulación, ($n = 16$), línea divisoria pintada en 70 casos (73%). En 85 eventos el estado de la vía era bueno, 88,5% (IC 80,4-94,1%). En la ciudad se identifican 3 zonas claras de puntos negros, no así en zona rural con distribución uniforme.

Conclusiones/Recomendaciones: Con la integración de resultados a un sistema de toma de decisiones, información a disposición de la evaluación de amenazas del terreno (ubicación, severidad y posibilidad de ocurrencia) se implementarán medidas para mitigar riesgos futuros.

830. SISTEMA DE INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO (SISAP-IDOSO) NO BRASIL: APONTAMENTOS METODOLÓGICOS

D.E. Romero, A.P. Marques, J.M. Rodrigues, D.C. Pires, D.C. Santana, L. Sabbadini

FIOCRUZ.

Antecedentes/Objetivos: O processo de envelhecimento populacional vem se tornando tema de preocupação na saúde pública. No entanto, diversos fatores limitam a possibilidade do acompanhamento e monitoramento de políticas na área, como a disponibilidade de informação adequadas e oportunas e de indicadores sensíveis. A experiência tem como objetivo criar um sistema de informação online que permita o uso de indicadores para o planejamento e avaliação de ações em saúde do idoso. Assim, o trabalho busca apresentar aspectos metodológicos da construção do sistema de indicadores para acompanhamento de políticas de saúde do idoso (SISAP-IDOSO) e mostrar como pode ser utilizado como ferramenta de gestão para planejamento, regulação, controle e avaliação dos programas e políticas de saúde do idoso.

Métodos: O SISAP-IDOSO foi construído com duas lógicas independentes, porém complementares, que estabelecem a ordem sob as quais os indicadores são agrupados para permitir o acompanhamento da saúde do idoso: por política, a partir de indicadores selecionados para acompanhar a implementação, a efetividade e a eficiência de políticas ligadas a saúde do idoso e por dimensão, quatro campos subdivididos em áreas: determinantes de saúde/condições de saúde dos idosos/serviços de saúde/qualidade da informação.

Resultados: O SISAP-IDOSO está disponível no site www.saudeidoso-icict.fiocruz.br. Todos os indicadores estão disponíveis para consulta em três métodos de cálculo: número, proporção e taxa. Uma importante inovação é a disponibilização de indicadores calculados diretamente para municípios (além de estados e união), essencial em razão do papel assumido com eles no processo de regionalização do SUS. É possível ainda elaborar tabelas e gráficos dos indicadores para todos os municípios brasileiros.

Conclusiones/Recomendaciones: O SISAP é uma ferramenta de empoderamento de gestores em saúde do idoso, pois disponibiliza indicadores para municípios que servem de bases técnicas para o planejamento de ações. O site também atua no controle social, uma vez que o direito à informação é essencial para a efetivação da cidadania. O sistema vem atingindo bons resultados e, em 2012, passou a ser considerado parte das ações estratégicas do Ministério da Saúde. A disponibilidade de um sistema amplo de indicadores potencializa as chances de sucesso do processo de formulação e implementação de políticas voltadas para a população idosa. O SISAP permite aos gestores realizar monitoramento de ações e avaliação de resultados mais abrangentes e tecnicamente respaldados. Porém, ainda é necessário o treinamento de gestores para usar indicadores no planejamento.

667. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID ENTRE 2007-2015

M.J. Torijano, D. Fontecha, J. Astray

DG de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; Hospitales de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) constituyen un importante problema de salud pública tanto por su elevada morbilidad y mortalidad como por su coste económico. Desde 2007 en la Comunidad de Madrid (CM) el Sistema de Vigilancia y Control de la Infección Hospitalaria homogeniza la vigilancia de la infección de localización quirúrgica (ILQ) en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos en los centros sanitarios. Existe una vigilancia básica obligatoria de ciertos procedimientos y otra vigilancia opcional voluntaria según hospital. El objetivo de este estudio es describir procedimientos, pacientes e ILQ declarados al sistema de vigilancia VIRAS-Madrid (VIRAS), sistema de vigilancia dinámico de la CM para la vigilancia y control de las IRAS entre 2007-2015.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo observacional. Población de estudio: procedimientos registrados en VIRAS. Recogida de datos: casos declarados por los servicios de Medicina Preventiva de Hospitales Públicos y Privados a VIRAS. El periodo de estudio es del 1 enero de 2007 al 31 de diciembre de 2015. Análisis estadísticos: Para la descripción de variables se calculan tasas por cada una de las variables de control. Los análisis estadísticos se realizan con el paquete SPSS versión 21.0 para Windows.

Resultados: Se vigilaron 201.810 procedimientos y 192.909 pacientes. Por procedimientos el 17,3% son prótesis de rodilla (CPR), el 14,6% prótesis de cadera (CPC), el 12,8% cirugías de vesícula biliar (CVB) y el 10,1% cirugía de colon (CC). Por pacientes el 37,2% tiene un NNIS (índice de riesgo del NHSN) 0 y un 30,3% un NNIS 1. Se producen 7387 infecciones. El 35,09% se producen en pacientes con NNIS 0 y un 31,5% en pacientes con NNIS 2. Por localización de la infección el 32,8% son ILQ superficiales, el 30,9% ILQ profunda y el 35,5% ILQ órgano-espacio (OE). La tasa global (TG) de ILQ por procedimientos vigilados es de 3,66%, la ILQ-OE tiene un tasa de 1,42%. La TG de pacientes infectados es de 3,83%. La CC tiene una TG de 14,5% y de ILQ-OE de 5,8%, la CPC una TG de ILQ de 2,31% y de ILQ-OE de 0,8%, la CVB una TG de ILQ de 1,6% y de OE de 0,77% y la CPR una TG de ILQ de 1,42% y de ILQ-OE de 0,6%.

Conclusiones/Recomendaciones: La vigilancia de la ILQ permite disponer de información adecuada para establecer medidas preventivas de mejora y la evaluación de la eficacia de las mismas. Permite recoger de forma unificada datos que se pueden comparar entre centros de las mismas características y permite adoptar medidas para el control de la infección.

279. RESULTADOS A LOS 10 AÑOS DEL REGISTRO DE ARTROPLASTIAS DE CATALUÑA (RACAT)

J. Arias, O. Martínez, L. Domingo, N. Robles, M. Marinelli, L. Puig, J. Nardi, M. Espallargues

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS); CIBERESP; REDISSEC; Comité Asesor del RACAT.

Antecedentes/Objetivos: El Registro de Artroplastias de Cataluña (RACat) es un registro poblacional que desde el año 2005 recopila información de las artroplastias de rodilla y cadera realizadas en los hospitales públicos de Cataluña. El objetivo de este estudio es presentar los resultados de los 10 primeros años de funcionamiento del registro.

Métodos: Se utilizó información del RACat del periodo 2005-2014, procedente de 53 de los 61 hospitales del Sistema Sanitario Integral de Cataluña, así como del Registro Central de Asegurados y del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH) del CatSalut. Se analizó el volumen, la calidad y la exhaustividad de los datos del registro. Además, se realizaron análisis descriptivos de las características de los pacientes y análisis de supervivencia de las prótesis incluidas (por separado para prótesis totales y parciales de cadera, y totales y unicompartmentales de rodilla) calculándose el riesgo acumulado de revisión a 9 años mediante el método de Nelson-Aalen. Se evaluaron posibles diferencias en el riesgo de revisión entre los tipos de prótesis considerados mediante el cálculo de Hazard Ratio (HR) y sus Intervalos de Confianza al 95% (IC95%) obtenidos a partir de modelos de Cox ajustados por sexo, edad y comorbilidad.

Resultados: Se han considerado un total de 110.644 artroplastias (47.429 de cadera y 63.215 de rodilla) en las cuales se pudo establecer correspondencia entre los datos del RACat y del CMBDAH. El volumen, la calidad y la exhaustividad de los datos han aumentado a lo largo de los 10 años. De los pacientes, la mayoría fueron mujeres (60,6% en cadera y 71,2% en rodilla) siendo el motivo mayoritario de intervención la artrosis (51,3% en cadera y 98% en rodilla). El riesgo acumulado de revisión de las prótesis totales y parciales de cadera a los 9 años fue del 4,7% y del 2,4% respectivamente. No se observó un riesgo de revisión significativamente mayor entre las prótesis totales que entre las parciales (HR: 1,04 IC95%: 0,84-1,27). Por su parte, en las prótesis de rodilla el riesgo acumulado de revisión fue del 12,4% entre las unicompartmentales y del 5,3% entre las totales, observándose un riesgo de revisión significativamente mayor en las unicompartmentales respecto a las totales (HR: 1,97 IC95%: 1,56-2,49).

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados encontrados presentan similitudes con los obtenidos por otros registros de artroplastias consolidados y con una larga trayectoria, como el registro de Inglaterra y Gales o el de Suecia, y muestran que actualmente el RACat puede considerarse una herramienta útil tanto para el análisis de la efectividad a medio y largo plazo de las artroplastias de rodilla y cadera, como para el estudio y valoración de la variabilidad de la práctica clínica.

228. PREVENCIÓN DE LA LUXACIÓN DE CADERA EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

M.A. Otero Fernández, J.C. Moreno Parejo, M.T. León Espinosa de los Monteros, J.M. Aldana Espinal, D. Farrington Rueda, J.A. Conejero Casares, C. Gallardo Ballesteros, J.T. García Martínez

Servicio Andaluz de Salud; Traumatología y Cirugía Ortopédica Infantil, Hospital Virgen del Rocío; Rehabilitación Infantil, Hospital Virgen Macarena.

Antecedentes/Objetivos: La parálisis cerebral infantil (PCI) es una entidad cuya incidencia se mantiene o incluso aumenta por el incremento de neonatos de bajo peso que salen adelante con algún tipo de

secuela. Uno de los principales problemas que presentan estos pacientes son las deformidades ortopédicas, siendo el riesgo de luxación de cadera en niños con afectación grave del 15-20%. Con un adecuado programa de seguimiento, se puede evitar la aparición de luxación de cadera en prácticamente todos los casos, por lo que proponemos realizar un protocolo para el registro, seguimiento y prevención de la luxación de cadera en PCI en Andalucía. Objetivo: desarrollar un programa de prevención de la luxación de cadera en PCI a partir de un protocolo de seguimiento que incorpore a profesionales referentes en neuropediatría, rehabilitación y cirugía ortopédica infantil.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica y consulta a expertos. Con las conclusiones se elaboró un borrador y constituyó un grupo de trabajo para el registro y ordenación asistencial de la PCI formado por referentes en neuropediatría, rehabilitación y cirugía ortopédica infantil de las ocho provincias andaluzas.

Resultados: El grupo de trabajo propone un protocolo para el diagnóstico de la PCI y determinación del grado de afectación por la clasificación Gross Motor Function Classification System (GMFCS) por neurología infantil, seguimiento del balance articular de ambas caderas mediante inclinómetro y del porcentaje de migración de la cabeza femoral por índice de Reimers (MP) en radiografía de cadera (Grado I GMFCS no precisa control radiológico, salvo patología, Grado II Radiografía a los 2 y a los 6 años de edad y Grados III-V radiografía anual) por rehabilitación infantil, y derivación a cirugía ortopédica infantil en MP > 30. Se realizará un desarrollo específico de Diraya (soporte de la historia clínica electrónica en el SSPA) con las variables. El diagnóstico de PCI y grado de afectación inicial según la clasificación GMFCS quedarán recogidos en la historia de salud por neuropediatría, que derivará a rehabilitación infantil para seguimiento. Cuando sea preciso, será valorado por cirugía ortopédica infantil, que realizará tratamiento quirúrgico preventivo (Tenotomía del tendón aductor de la cadera para un MP de 30-50) o tratamiento mediante osteotomía varizante en MP > 50.

Conclusiones/Recomendaciones: Obtener la ordenación y registro de los casos de parálisis cerebral infantil en Andalucía y poner en marcha un programa de prevención de la luxación de cadera. El desarrollo específico en Diraya nos permitirá la extracción y evaluación de los datos registrados y de los resultados del programa.

755. COMPARACIÓN DE LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS DE CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE COMBINADO DE CALIDAD HOSPITALARIA EN CATALUÑA

L. Muñoz, N. Robles, J. Davins, M. Espallargues, M. Mercader, G. Oliva

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS); Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC); Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària (DGORS), Departament de Salut de Catalunya; Àrea d'Atenció Sanitària, CatSalut.

Antecedentes/Objetivos: El Proyecto Marca "Q" de calidad forma parte de las iniciativas impulsadas por el Dept. de Salud para promover las políticas de seguridad clínica y calidad asistencial. Tiene como finalidad diseñar un índice combinado de diversos indicadores individuales que identifique la calidad asistencial de los hospitales generales de agudos. El objetivo de este trabajo fue comparar las diferentes estrategias de construcción de este índice combinado.

Métodos: Se identificaron 45 indicadores individuales agrupados en 4 dimensiones, se incluyeron 50 hospitales agrupados en 5 categorías, y se aplicaron cinco estrategias diferentes de construcción del índice combinado: a) Sumatorio del valor de los indicadores individuales; b) Sumatorio de la puntuación de cada indicador individual en función de su IC95%; c) Media ponderada de los indicadores individuales ponderando dimensiones; d) Media ponderada de los indicadores individuales ponderando indicadores; e) Media ponderada de

los indicadores individuales ponderando dimensiones e indicadores. Los pesos utilizados fueron los obtenidos mediante consenso con expertos. Finalmente, se aplicó el método de la Distancia P2 para obtener el grado de contribución de cada indicador individual al valor del índice combinado.

Resultados: Para los hospitales generales de alta tecnología, de referencia de alta resolución y de referencia, todas las estrategias prácticamente coincidieron en las posiciones de los hospitales. La estrategia b) fue la única que mostró mayor sensibilidad. En el grupo de hospitales comarcales y en los aislados geográficamente se observó más variabilidad en las posiciones obtenidas en función de la estrategia utilizada. Según el método de la Distancia P2, los indicadores de la dimensión de Eficiencia y sostenibilidad fueron los que más contribuyeron al índice combinado (96,3%), seguidos de la dimensión de Atención centrada en la ciudadanía (93,9%), Seguridad del paciente (86,2%) y Efectividad clínica y adecuación (86,2%). Esto difiere al aplicar los pesos asignados por los expertos durante el consenso (Seguridad del paciente 97,3%, Efectividad clínica y adecuación 91,9%, Eficiencia y sostenibilidad 72,7% y Atención centrada en la ciudadanía 72,4%).

Conclusiones/Recomendaciones: La estrategia que pondera los indicadores individuales y las dimensiones resultó ser la más adecuada para calcular el índice combinado, ya que tiene en cuenta el criterio clínico sustentado en el consenso de más de 300 expertos en el ámbito de la evaluación de la calidad asistencial hospitalaria.

CO35. Vacunas (I)

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Aula 1.4

Moderador: Virtudes Gallardo García

636. VISIBILIDAD DE LOS VÍDEOS EN ESPAÑOL PUBLICADOS EN YOUTUBE SOBRE LA VACUNA CONTRA LA VARICELA

A.M. Cremades Coves, P. Guaraz, M.C. Leal, J.L. Duro, M.J. Gil, V. García Román, J. Tuells

Cátedra Balmis de Vacunología, Universidad de Alicante; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Vinalopó.

Antecedentes/Objetivos: Analizar las características de los vídeos en idioma español publicados en YouTube relacionados con la vacuna contra el virus de la varicela zóster.

Métodos: Se efectuó un análisis de los vídeos de YouTube (www.YouTube.com) en español relacionados con la vacuna contra el virus de la varicela zoster. La búsqueda se realizó el 13 de marzo de 2015, empleando como términos claves: vacuna varicela, "Varivax", "Varilrix", "Proquad varicela" y "Zostavax". Los vídeos fueron categorizados según: tipo de publicación, institución, tipo de organismo, fuente de publicación y posicionamiento hacia la vacunación. Se registró el número de reproducciones, duración, fecha de creación y origen de los 20 vídeos más visitados.

Resultados: YouTube arrojó un total 158 vídeos con una tendencia ascendente desde la primera publicación en 2009, alcanzándose en 2014 el mayor número de vídeos (n = 73). Un 92% (n = 146) se posicionaron a favor de la vacunación, presentando mayor duración (10h 47'34") y reproducciones (228.599) del total (11h 44' 28" y 233.809). El 54,4% (n = 86; 84 favorables, 2 neutros) de los vídeos provenían de profesionales sanitarios y un 49,4% (n = 78; 72 favorables, 2 desfavorables, 4 neutros) pertenecían a instituciones u organismos. Entre los

tipos de publicación, predominan las noticias, 38,6% (n = 61; 54 favorables, 1 desfavorable, 6 neutras) y las entrevistas 15,8% (n = 25), todas favorables. Respecto al país de procedencia, Argentina con un 29,7% (n = 47) alberga el mayor número de publicaciones, todas favorables a la vacunación, seguido de España, 25,2% (n = 40; 34 favorables, 6 desfavorables). De los 20 vídeos más reproducidos predominan los de contenido favorable a la vacunación (n = 19, 199.426 reproducciones).

Conclusiones/Recomendaciones: La mayoría de los vídeos en español publicados en YouTube mantienen una posición favorable hacia la vacunación contra la varicela. El debate relativo a su inclusión en el calendario vacunal, y las recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas (CAV) de la Asociación Española de Pediatría (AEP), coincide con el aumento del número de publicaciones. Argentina y España constituyen los países con mayor actividad relacionada con ésta temática.

43. EVALUACIÓN INTERMEDIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE VACUNACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA EN DOS CENTROS DE SALUD

M. Besó Delgado, A.L. Boone, E. Pastor Villalba, R.M. Ortí Lucas, V.V. Toledo Chirino, C. Hernández Espinosa

Hospital Clínico Universitario de Valencia; Dirección General de Salud Pública, Valencia; Consultorio auxiliar Chile, Valencia; Centro de Salud de República Argentina, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Para mejorar las coberturas de vacunación en grupos de riesgo, se inició en julio de 2015 un proyecto piloto de vacunación a pacientes con insuficiencia renal en dos centros de salud de Valencia ciudad. El proyecto fue puesto en marcha por responsables de Salud Pública, Medicina Preventiva Hospitalaria y el personal de los Centros de Salud implicados. El objetivo es conocer los resultados en vacunación a los tres meses de la puesta en marcha del proyecto para desarrollar medidas correctoras si procede.

Métodos: Al inicio y a los tres meses de iniciar el proyecto se extrajo del Registro de Vacunas Nominal las vacunaciones registradas de todos los pacientes en cuyo diagnóstico activo según CIE-9 figuraba la insuficiencia renal. Variables analizadas: número de pacientes que entraron en el protocolo y de vacunas administradas frente a tétanos-difteria (Td), hepatitis B (HBV) y neumococo (tanto con la vacuna conjugada trecevalente -VNC13- como la polisacárida de 23 serotipos -VNP23-). Se calcularon el estado de correcta vacunación inicial y a los 3 meses tras la implantación del protocolo y la tasa de abandono de vacunación.

Resultados: De los dos centros de salud, 452 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (243 en el centro 1 y 209 en centro 2), el 26,11% inició el protocolo. Antes de iniciar el protocolo, el 11,06% de los pacientes objeto estaba correctamente vacunados frente a Td, 20,06% a los 3 meses. Para VHB se pasó del 3,32% al 13,94%, para VNP23 de 36,95% a 47,79% y para VNC13 de 1,77% a 25,66%. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los 2 centros. La tasa de abandono para Td ha sido de 27,12%, para VHB de 5,88% y para las vacunas antineumocócicas de 23,46%. La tasa de abandono es superior en el centro 1 para todas las vacunas, con diferencias estadísticamente significativas únicamente para las vacunas antineumocócicas (OR = 12,4; IC95% 1,57-97,28; p = 0,008).

Conclusiones/Recomendaciones: La puesta en marcha de un protocolo de vacunación en atención primaria es útil para mejorar las coberturas vacunales y la concienciación frente a la vacunación entre los profesionales de Atención Primaria y la población a riesgo. Parece fundamental la aplicación de estrategias para mejorar la continuidad en la vacunación. Las tasas de abandono más altas en un centro se deben probablemente a problemas en el suministro de determinadas vacunas. La evaluación del proyecto al año de haberlo iniciado proporcionará más información sobre la sostenibilidad y factibilidad de proyectos similares en otros centros pues el mes de inicio del proyecto puede haber condicionado parte de los resultados.

184. REDUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA 13-VALENTE EN CASTILLA Y LEÓN, 2007-2015

C. Ruiz Sopeña, S. Fernández Arribas, M.J. Rodríguez Recio, M.H. Marcos Rodríguez, M.M. Herranz Lauría, N. Lorusso, S. Tamames Gómez

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: Las vacunas neumocócicas conjugadas (VNCs) fueron aprobadas para el uso en niños y estuvieron disponibles para el uso privado en España en 2001 (VNC7), 2009 (VNC10) y en julio de 2010 (VNC13). El Programa de Vacunaciones de Castilla y León (CyL) ha recomendado la inmunización activa en < 5 años pertenecientes a grupos de riesgo desde 2006 (VNC7/VNC13), habiéndose eliminado la restricción de edad en julio 2014 y desde el 1/1/2015 se ha incluido a los 2, 4 y 12 meses. El objetivo del estudio es evaluar los cambios en la incidencia de la enfermedad neumocócica invasora (ENI) y el patrón de los serotipos aislados en CyL entre el periodo 2007-2010 (uso VNC7) y el 2011-2015 (uso VNC13).

Métodos: La ENI se vigila en CyL desde 2007. Se consideran casos ENI los que cumplen la definición de caso, residentes en CyL, y notificados desde 2007 a 2015. Los datos clínicos y epidemiológicos proceden de la encuesta epidemiológica y el serotipo del Laboratorio Nacional de Neumococos (CNM-ISCIII). Se analiza la incidencia en dos periodos: 2007-2010 con uso principalmente de VNC7 y 2011-2015 donde esta se sustituyó por VNC13. Se han calculado la tasa media anual de incidencia por 100.000 personas para cada periodo y el % de cambio entre ambos periodos (diferencias estadísticas p < 0,05). Población utilizada: residentes en CyL a 1 de enero de cada año (Fuente: INE).

Resultados: Entre los periodos 2007-2010 y 2011-2015 la incidencia de ENI ha disminuido un 12%, desde 5,58 a 4,90 casos por 100.000 habitantes (p = 0,0258). En niños < 5 años descendió un 43% (p = 0,0044) y en personas de 5-59 años un 29% (p < 0,001), manteniéndose la tasa de incidencia en = 60 años. La incidencia por serotipos que añade la VNC13 (1, 3, 5, 6A, 7F y 19A) ha disminuido un 68% en < 5 años (p < 0,001), un 55% en 5-59 años (p < 0,001) y un 36% en población general (p < 0,0000). Todos los serotipos anteriores han disminuido, pero de forma significativa solo el 7F (84%; p < 0,001) y 19A (32%; p = 0,0480). Se ha producido un aumento en los otros serotipos no incluidos en VNC13 en todas las edades, de forma significativa en los = 60 años (103%; p < 0,001). Se ha detectado un incremento del 56% de los casos de sepsis (p < 0,001) en los = 5 años, mientras que en los < 5 años ha descendido los casos de meningitis un 74% (p = 0,0106).

Conclusiones/Recomendaciones: La incidencia de ENI ha disminuido, especialmente en < 5 años y de 5 a 59 años. El patrón de serotipos causantes de ENI ha cambiado fundamentalmente en niños y adultos menores de 59 años tras la sustitución de la VNC7 por la VNC13 con una disminución de los incluidos en las VNCs y un incremento de los no incluidos.

278. EFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA TOS FERINA EN EL EMBARAZO. COMUNIDAD VALENCIANA, 2015

J.B. Bellido-Blasco, Grupo de Estudio de Tos Ferina en la Comunidad Valenciana

Centros de Salud Pública de la Comunidad Valenciana; Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico; Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; CIBER-ESP.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años ha habido una reemergencia de tos ferina tanto en España como en otros muchos países

desarrollados con elevadas tasas de cobertura vacunal. Las acciones preventivas van dirigidas a proteger a la población vulnerable, especialmente los lactantes que todavía no están vacunados. La vacunación de las embarazadas en el 3^{er} trimestre en la Comunidad Valenciana se puso en marcha en enero de 2015. El objetivo de este estudio fue estimar la efectividad vacunal (EV) de esta medida.

Métodos: Estudio prospectivo de casos incidentes y controles apareados (1:3), con inicio en 1 de marzo de 2015 y final en 31 de febrero de 2016 en toda la Comunidad Valenciana. Casos confirmados por PCR de tos ferina menores de 3 meses no vacunados. Controles asintomáticos apareados por fecha de nacimiento (15 días), centro de salud y maternidad; seleccionados de manera concurrente con los casos. Covariables del niño (sexo, lactancia, peso, semana de gestación, Apgar), de la madre (estudios, situación laboral) y del ambiente (tabaco, número y edad de los convivientes). La información se ha obtenido mediante entrevistas telefónicas por personal de las unidades de Epidemiología de los Centros de Salud Pública así como revisión de la documentación y registros médicos. La vacunación de la madre se ha confirmado en el Registro Nominal de Vacunaciones (RNV). Análisis mediante regresión logística condicional y estimación de las odds ratio (OR) ajustadas. La EV fue calculada como 1-OR.

Resultados: El total de niños incluidos en el estudio ha sido de 88: 22 casos y 66 controles. La incidencia disminuyó a lo largo del año. En el primer semestre del estudio hubo 16 casos, frente a 6 en el segundo. Entre los casos hubo 5 (22,7%) vacunados y entre los controles 41 (62,1%). El porcentaje de vacunados fue incrementándose a medida que avanzó el estudio. Todas las madres vacunadas lo fueron entre la semana 28 y la 36, siempre antes de 2 semanas del parto. La EV estimada ha sido de 90,9% (IC 56,6-98,1), ajustada por tipo de lactancia. Se observó un posible efecto protector de la lactancia materna (ORaj 0,30; valor $p = 0,08$). La interacción entre vacuna materna y tipo de lactancia no fue significativa (OR = 8; valor $p = 0,132$). Mediante regresión logística no condicional las estimaciones fueron discretamente inferiores y más imprecisas.

Conclusiones/Recomendaciones: La vacunación de la embarazada en el tercer trimestre de gestación ha tenido un efecto protector considerable. En futuros estudios convendría contar con el tipo de lactancia, que podría tener, asimismo, un efecto protector o tal vez modificador de efecto.

939. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL 2015-2016 FRENTE A HOSPITALIZACIÓN POR GRIPE CONFIRMADA EN ESPAÑA

A. Gherasim, J. Altzibar-Arotzena, F. Carril, I. García-Arraras, E. Marco-Piña, M. Vidal-García, F. Pozo, A. Larrauri

Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP; Centro Nacional de Microbiología; Hospital Universitario Miguel Servet; Hospital Universitario Donostia; Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Vacunas, Dirección de Salud Pública y Adicciones, Departamento de Salud, Gobierno Vasco; Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, País Vasco.

Antecedentes/Objetivos: En la temporada 2015-16 se inició en España, dentro del marco europeo Horizon 2020, el estudio I-MOVE+ para estimar la efectividad de la vacuna (EV) antigripal frente a la hospitalización de casos de infección respiratoria aguda grave confirmada de gripe en mayores de 64 años. En esta primera temporada participan los hospitales universitarios Miguel Servet de Zaragoza y Donostia de San Sebastián. Nuestro objetivo fue obtener estimaciones preliminares de la EVA frente a infección grave de gripe confirmada de A(H1N1)pdm09, el virus predominante en España hasta la mitad de la temporada.

Métodos: Hemos realizado un estudio de casos y controles negativos entre semanas 50/2015 y 09/2016. Los casos fueron personas > 64 años hospitalizados con sospecha de infección respiratoria aguda gra-

ve (IRAG) en los hospitales participantes y con un diagnóstico de gripe confirmado por PCR. Los controles tuvieron un diagnóstico negativo para la gripe. Hemos utilizado un modelo de regresión logística para estimar la EV usando la fórmula 1-Odds Ratio para la vacunación, ajustando por edad (64-79, mayores de 79 años), sexo, hospital, inicio de síntomas (como variable continua), enfermedad crónica y el índice de Barthel.

Resultados: De los 439 pacientes reclutados con sospecha de IRAG, 290 fueron elegibles para la inclusión en el estudio. Siete casos se eliminaron al ser confirmados con otro tipo/subtipo que A(H1N1)pdm09. Se incluyeron en el análisis final 227/290 que cumplieron la definición de caso de IRAG: 91 casos y 136 controles. 101/227 (45%) de los pacientes eran mayores de 79 años. 103/136 (76%) de los controles y 55/91 (60%) de los casos estaban vacunados. La EV frente a A(H1N1)pdm09 fue 53% (IC95% 0-77); por grupos de edad, la EV fue 44% (IC95% 64-81) y 78% (IC95% 23-94) en los grupos de 65-79 y mayores de 79 años, respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: En una temporada con cepas circulantes concordantes con la cepa vacunal, nuestros resultados sugieren una protección moderada de la vacuna de la gripe frente a la gripe grave confirmada con A(H1N1)pdm09 en pacientes mayores de 64 años, con valores de EV más altos en la población mayor de 79 años. Al ser preliminares, estos resultados deben ser confirmados al final de la temporada y subrayan la importancia de la vacunación contra la gripe en grupos de población vulnerables.

586. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, TEMPORADA 2015-2016

J.G. Mora Muriel, C.O. Villanueva Ruiz, J. Barrenengoa Sañudo, J.L. Carretero Ares, M. El Attabi, M. Fuster Pérez, M. González Hernández, G.G. Cabrera Tejada, J. Sánchez Payá

Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la efectividad de la vacuna antigripal en pacientes con sospecha de gripe/gripe confirmada, así como, estimar la efectividad de la vacuna antigripal en pacientes con gripe grave, en pacientes atendidos en un hospital de tercer nivel durante la temporada 2015-16.

Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles, se incluyeron a todos los pacientes ingresados con sospecha de gripe. Los casos fueron pacientes con síndrome gripal positivos para gripe A/B confirmada por laboratorio (PCR positiva). Los controles fueron pacientes con sospecha de gripe y resultado PCR negativa. En todos los pacientes incluidos se verificó la vacunación previa a través del registro vacunal de la Comunidad Valenciana. Variables estudio: sexo, edad, estado de vacunación, tipo infección y criterios de gravedad. Se calculó la OR de la vacuna con IC95% y para el cálculo de efectividad vacunal se utilizó la fórmula: $(1-OR) \times 100$.

Resultados: Se incluyeron 573 pacientes ingresados con sospecha de gripe. Los casos de gripe confirmada fueron 24,4% (n = 140), el 9,3% (13) de origen nosocomial. El 30,0% (n = 42) estaban correctamente vacunados. La exposición a la vacuna tuvo una OR = 0,68 (0,4-1,0) y la efectividad de la vacuna fue de 32% (-0,03-0,55). Los casos graves de gripe fueron 31,4% (n = 44), en estos la exposición a la vacuna tuvo una OR = 0,72 (0,32-1,62) y la efectividad de la vacuna fue de 28% (-0,62-0,68).

Conclusiones/Recomendaciones: La efectividad de la vacuna antigripal en la prevención de la gripe, así como, de formas graves de la enfermedad en la temporada 2015-16, hasta la semana 11, se mantiene alrededor de un 25-35%. La incidencia de gripe alcanzada durante la presente temporada, debe recordarnos la necesidad de continuar trabajando para mejorar las coberturas vacunales actuales tanto en pacientes de riesgo como en personal sanitario.

469. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA COMO FACTOR CONDICIONANTE PARA INGRESO HOSPITALARIO POR NEUMONÍA

M.A. Fernández Sierra, M.M. Rodríguez del Águila, M.J. Pérez Lozano, J.M. Mayorál Cortés, M. Egurrola, V. Martín, J. Astray, A. Domínguez, Grupo de Trabajo Proyecto FIS PI12/02079

Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Universitario, UGC Salud Pública Granada; Medicina Preventiva, Hospital Virgen de Valme, AGS Sur Sevilla; Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, Consejería de Salud Sevilla; Servicio de Neumología, Hospital de Galdakao-Usansolo, Vizcaya; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de León; Área de Epidemiología, Consejería de Sanidad, Madrid; Departament de Salut Pública, Universitat de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección que condiciona de forma frecuente el ingreso hospitalario, con tasas de hospitalización entre el 22% y el 61% en pacientes con NAC. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la patología más frecuente en pacientes ingresados por NAC, oscilando entre el 30% y el 50%. La vacunación antigripal y/o neumocócica en pacientes con EPOC, podría influir en evitar agudizaciones y posibles complicaciones como la NAC. El objetivo fue determinar el efecto de EPOC en pacientes ingresados por NAC y su relación con otras comorbilidades asociadas.

Métodos: Estudio multicéntrico de casos y controles apareados por sexo y edad. El estudio se llevó a cabo en 20 hospitales de 7 comunidades autónomas. Los casos fueron personas = 65 años ingresadas por NAC, excluyendo pacientes con neumonía nosocomial y pacientes institucionalizados. Los controles fueron del mismo hospital que los casos, ingresados por cualquier enfermedad distinta de neumonía entre ingresos urgentes de ciertas especialidades. Las variables fueron: edad, sexo, antecedentes de neumonía 2 últimos años (sí/no), alcohol (no-esporádico/sí), tabaco (no fumador/fumador/exfumador), índice de Barthel, EPOC, otras comorbilidades (sí/no), Comunidad Autónoma y vacuna antigripal/neumocócica. Se aplicó χ^2 y Odds Ratios (OR) con intervalo de confianza 95% y regresión logística condicional multivariante.

Resultados: Se incluyeron 1.929 casos y otros tantos controles, no existiendo diferencias en el índice de Barthel. Los factores de riesgo significativos para neumonía fueron exfumador vs no fumador OR = 1,363 (1,194, 1,556), alcohol OR = 1,195 (1,014, 1,408), vacuna 23v OR = 1,161 (1,023, 1,318), neumonía en los dos últimos años OR = 3,819 (3,066, 4,757), neoplasia de órgano sólido OR = 0,799 (0,681, 0,939), corticoterapia oral OR = 1,664 (1,205, 2,298) y EPOC OR = 2,444 (2,088, 2,861). Tener EPOC y antecedente de neumonía en los 2 últimos años incrementa 4,43 veces el riesgo de ingreso por neumonía, ajustando por tabaco, alcohol, neoplasia maligna, corticoterapia oral, edad y sexo.

Conclusiones/Recomendaciones: Tener EPOC junto con haber padecido neumonía en los 2 últimos años supone un factor de riesgo importante para el ingreso hospitalario por NAC.

Financiación: FIS PI12/02079; AGAUR 2014/SGR 1403.

775. PACIENTES HOSPITALIZADOS CON GRIPE Y PATOLOGÍA CARDIACA

G. Navarro, M. Gallego, N. Torner, P. Godoy, V. Martín, J. Astray, M. Egurrola, A. Domínguez, Grupo de Trabajo del Proyecto FIS PI12/02079

Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí; CIBERESP; Agència de Salut Pública de Catalunya; Grupo de Investigación en Interacciones Gen-Ambiente y Salud, Universidad de León; Consejería de Sanidad de Madrid; Hospital Galdakao-Usansolo; Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El envejecimiento de la población en todo el mundo dará lugar a un número creciente de pacientes ancianos, en los que la cardiopatía será la principal causa de muerte. La infección por gripe puede hacer que sean más frecuentes las enfermedades cardiovasculares y la muerte asociada. El objetivo es analizar las características de pacientes de 65 años y más hospitalizados por gripe según la presencia de patología cardíaca y su posible asociación con la mortalidad.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico de casos = 65 años ingresados por gripe confirmada por PCR-RT en 20 hospitales de 7 CCAA durante las temporadas de gripe 2013-2014 y 2014-2015. Mediante entrevista y revisión de la historia clínica se recogió información de variables demográficas, epidemiológicas y clínicas. El análisis de los datos se efectuó con el paquete estadístico SPSS (versión 23). El riesgo de hospitalización asociado a la comorbilidad cardíaca se determinó con la odds ratio ajustada (aOR) acompañada del intervalo de confianza (IC) del 95% mediante regresión logística no condicional.

Resultados: Se estudiaron 224 casos de gripe hospitalizados con patología cardíaca (G1) (50% varones, de 78 años de edad $\pm$ 7,4), y 504 casos de gripe sin patología cardíaca (G2) (54% varones, de 77,6 años de edad $\pm$ 7,4). El 45% de los casos del grupo 1 y el 51% del grupo 2 (ns) estaba vacunado frente a la gripe. En el G1, el 13% vivía solo ($p < 0,05$), y el 16% en el G2 (ns). El 50% de los casos del G1 presentó alguna dependencia en su vida diaria según el índice de Barthel frente al 32% del G2, OR = 2,07; IC95%: 1,5-2,8). En el G1, un 15% fue exitus en el ingreso y un 19% exitus en los 30 días posteriores al ingreso frente a un 7% (OR = 2,3; IC95%: 1,4-3,9) y un 8% en el G2 (OR = 2,7; IC95%: 1,7-4,3). Los casos de gripe con patología cardíaca asociada presentaron mayor dependencia en las actividades de la vida diaria (aOR = 1,9; IC95%: 1,3-2,6), mayor riesgo de morir en el ingreso (aOR = 2,05; IC95%: 1,2-3,4) y en los 30 días posteriores al ingreso (aOR = 2,23; IC95%: 1,4-3,7).

Conclusiones/Recomendaciones: Los casos de gripe con patología cardíaca asociada presentaron mayor dependencia para las actividades de la vida diaria y mayor mortalidad que los casos de gripe sin patología cardíaca asociada teniendo en cuenta la edad y el sexo.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (FIS PI12/02079, PI12/00087 y CM15/00119), AGAUR 2014/SGR.

285. EFECTO DE EPISODIOS PREVIOS DE GRIPE Y DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN LA PREVENCIÓN DE CASOS CONFIRMADOS

I. Casado, M. Guevara, I. Martínez-Baz, A. Navascués, M. Fernández-Alonso, G. Reina, M. García-Cenoz, C. Ezpeleta, J. Castilla

Instituto de Salud Pública de Navarra; CIBERESP; IdiSNA; Complejo Hospitalario de Navarra; Clínica Universidad de Navarra.

Antecedentes/Objetivos: La exposición previa al virus de la gripe podría conferir inmunidad frente al mismo tipo/subtipo en temporadas posteriores. Desde 2009, el virus A(H1N1), A(H3N2) y B han alternado su circulación cada temporada, y parte de la población puede haber adquirido inmunidad natural tras la exposición a estos virus. El objetivo fue estimar el efecto de los episodios previos de gripe en las 5 temporadas anteriores, y la efectividad de la vacunación antigripal en la prevención de casos confirmados de gripe en la temporada 2013/14.

Métodos: Se tomó frotis a los pacientes con síndrome gripal hospitalizados o que consultaron a médicos de la red centinela de atención primaria durante la temporada de gripe 2013/14, y fueron incluidos en un diseño caso-control negativo. Se definió el episodio previo de gripe durante las 5 temporadas previas como un caso confirmado por ese subtipo de virus o como un síndrome gripal en las semanas donde más del 25% de los frotis fueron positivos para ese subtipo. Los efectos

se estimaron mediante regresión logística ajustando por sexo, edad, enfermedades crónicas, dispositivo asistencial y periodo de calendario. La fracción prevenida en los individuos expuestos o efectividad de la vacuna (EV) se calculó como $(1 - \text{odds ratio}) \times 100$.

Resultados: De los 1.170 frotis, 525 fueron atendidos en atención primaria y 645 hospitalizados. 589 (50%) fueron positivos a gripe: 349 de gripe A(H3N2), 235 gripe A(H1N1) y 7 no subtipados. El 10% de los casos tuvieron un episodio previo de gripe, frente al 11% de los controles ($p = 0,251$). Entre las personas con episodio previo de gripe, debido a gripe A(H1N1) y A(H3N2), el riesgo de nuevo caso de gripe confirmada por el mismo subtipo disminuyó un 63% (IC95%: 16, 84) y 65% (IC95%: 13, 86) respectivamente. Entre los hospitalizados el riesgo disminuyó un 21% (IC95%: -82, 65), y un 34% (IC95%: -9, 60) entre pacientes ambulatorios. La EV global para prevenir casos confirmados de gripe fue 31% (IC95%: 5, 50); 45% (IC95%: 12, 65) para prevenir casos de A(H1N1) y 20% (IC95%: -16, 44) para gripe A(H3N2). La EV fue de 35% (IC95%: 4, 56) para prevenir hospitalizaciones, y de 21% (IC95%: -45, 57) para casos ambulatorios.

Conclusiones/Recomendaciones: Mientras que un episodio previo de gripe induce una alta protección únicamente frente al mismo subtipo de virus, la vacunación antigripal proporciona una protección moderada frente a todos los subtipos circulantes. La vacuna antigripal sigue siendo la principal medida preventiva para poblaciones de alto riesgo.

Financiación: Proyecto I-MOVE-plus del programa Horizon 2020 (Agreement 634446); Proyecto I-MOVE (ECDC/2014/026); Fundación La Caixa; ISCIII (PI12/00087 y CM15/00119).

446. DISMINUCIÓN DE LAS VERRUGAS GENITALES EN VALENCIA CON EL USO DE LA VACUNA TETRAVALENTE DE PAPILOMA HUMANO

E. Navarro-Illana, P. Navarro-Illana, M. López Lacort, J. Díez-Domingo

Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir; FISABIO-Salud Pública, Unidad de Investigación en Vacunas.

Antecedentes/Objetivos: En países donde se emplea la vacuna de VPH que contiene los genotipos 6 y 11 se ha demostrado una disminución de los condilomas acuminados (CA). Esta vacuna se administró en el programa de vacunación de la Comunidad Valenciana a dos cohortes, nacidas 1994 y 1995 y posteriormente se usó la vacuna bivalente frente al genotipo 16 y 18. El objetivo del estudio es analizar la efectividad de la vacuna tetravalente en la prevención de los CA en la Comunidad Valenciana.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo utilizando las bases de datos sanitarias de la Comunidad Valenciana. Se usó SIA (ambulato-ria), SIV (registro vacunal) y SIP (Sistema de información personal) unidas mediante el número de identificación personal. La cohorte consistió en todas las mujeres residentes en la Comunidad Valenciana, de 14 a 19 años de edad, entre el 1 de enero de 2009 y el 31 diciembre de 2014. Para el estudio de la incidencia de CA y de la efectividad de la vacuna se implementó un modelo bayesiano de regresión Poisson ajustado por la edad, el estado vacunal, el efecto año y el departamen-to de salud.

Resultados: Se siguió a 279.787 mujeres, que aportaron 809.863,6 personas-año. Se codificaron 612 casos de CA (Tasa de incidencia: 75,6 casos por 100.000 por año [IC95%: 69,7-81,8]). De ellas 571 en no vacunadas (94,1 casos por 100.000 y año [IC95%: 86,5-102,1]) y 29 en vacunadas con tres dosis (18,9 [IC95%: 12,7-27,2]).

Conclusiones/Recomendaciones: Las mujeres vacunadas en la Comunidad Valenciana con la vacuna de VPH que contiene los genotipos 6 y 11 se encuentran protegidas frente al CA, con una efectividad vacunal similar a la descrita en otros países.

Conflicto de intereses: Javier Díez-Domingo ha participado en ensayos financiados por Sanofi-Pasteur MSD y con GlaxoSmithKlein, y como advisory board para ambos.

SESIÓN DE PÓSTERS

CP21. Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías (II)

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Pantalla 1

Moderan: Clara Bermúdez Tamayo
y Bernardo Luís Mateiro Gomes

895. DEMORAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE MELANOMA DESDE LA VISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.C. Alonso Lorenzo, L. Allande Rodríguez, J.T. Pérez Espitia, A. López Díaz

Gerencia Área Sanitaria IV- SESPA (Asturias); CS Teatinos, SESPA; Unidad Docente de Medicina de Atención Familiar y Comunitaria de Asturias.

Antecedentes/Objetivos: Estimar los tiempos hasta el diagnóstico del melanoma desde el inicio de síntomas y la consulta en Atención Primaria (AP) y los posibles factores que puedan influir en el tiempo.

Métodos: Media, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico (RI) de los días. Se utilizaron test no paramétricos (U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis) para la comparación según las variables explicativas. Se calcularon curvas de supervivencia (método Kaplan-Meier) para mostrar las demoras según las variables explicativas, las curvas se compararon con el test de Mantel y Haenszel (tMH). Se realizó Regresión de Cox para valorar el efecto independiente de los factores sobre la demora.

Resultados: De los 130 pacientes diagnosticados se localizaron antecedentes en AP en 97 (74,6%). Edad media 62 (DE = 10); 57% mujeres, 19% sospechados en AP, 98 (71%) localizados (menos de T2), 33% situados en cabeza/cuello. En 36% constaba el momento de inicio de síntomas. Entre la primera consulta en AP y la derivación la media fue 1,3 (DE = 6,3), mediana 0 días y el valor máximo 46. Entre la derivación de AP y el diagnóstico la mediana fue 55 (RI = 119); y el total entre la primera consulta en AP y el diagnóstico fue 57 (RI:133) con un valor máximo de 420 días. Las curvas de supervivencia (diagnóstico) fueron diferentes según la extensión del tumor: mediana del localizado 71 frente a 30 en el no localizado (p del tMH = 0,02) y de su localización: cabeza y cara una mediana de 114 frente a 36 del resto (p del tMH = 0,004); no según el ámbito del diagnóstico. El único factor significativo en la Regresión de Cox que incrementa el "riesgo de ser diagnosticado" fue la no localización en cabeza y cara: HR = 1,7 (IC95%: 1,1-2,8).

Conclusiones/Recomendaciones: Los tiempos encontrados podrían cumplir estándares establecidos en la derivación de AP, pero son mejorables. Es necesario indagar en las causas estructurales que llevan a demoras excesivas en algún caso. Una mejor formación de los médicos de familia, una dotación adecuada, la existencia de mecanismos de "derivación y consulta rápida" podrían mejorar las situaciones de retraso no deseables.

347. INDICADORES DE ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SÃO PAULO/BR, 2007, 2010 E 2014

P.R. Sanine, T.F. Zarili, L.O. Nunes, E.R. Castanheira

Faculdade de Medicina de Botucatu-FMB/Unesp.

Antecedentes/Objetivos: Apesar dos avanços conquistados com o Sistema Único de Saúde (SUS) o estado de São Paulo, Brasil, mantém coeficientes de mortalidade e taxas de agravos evitáveis relativamente elevados em relação à saúde da criança, quando comparados aos parâmetros internacionais, embora possua uma extensa rede de serviços de Atenção Primária (APS) com ações especialmente voltadas para a Saúde da Criança. Nesse cenário, um grande desafio é avançar na qualidade dos serviços como um imperativo para obtenção de melhores resultados. O monitoramento de indicadores de processo voltados para a organização dos serviços é uma das abordagens que permite avaliar a qualidade. O presente trabalho analisa a mudança dos indicadores de organização das ações de Saúde da Criança em serviços de APS no estado de São Paulo, Brasil, em três momentos.

Métodos: Estudo de três séries transversais envolvendo 86 serviços de APS de 30 municípios do estado de São Paulo que responderam ao Questionário de avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica – QualiAB – nos anos de 2007, 2010 e 2014. Foram selecionados 76 indicadores referente à saúde da criança analisando-se a significância das mudanças observadas por meio do teste de qui-quadrado, considerando $p < 0,05$.

Resultados: Dos 86 serviços inicialmente considerados, 5 deixaram de atender crianças. Entre os indicadores que apontaram mudanças significativas, chama atenção a redução de serviços com pediatras e outros especialistas. Também houve redução dos serviços com ações voltadas à saúde materno-infantil, como ações educativas para gestante, solicitação de sorologia para HIV e tratamento de sífilis; e aumento dos serviços que relatam casos de sífilis congênita. Por outro lado, houve aumento dos serviços que realizam atividades de prevenção e assistência para crianças em situação de violência; avaliação da acuidade visual em instituições para crianças; captação ativa de crianças recém-nascidas e menores de 1 ano e oferta de testes de gravidez. Nas ações de promoção e prevenção, houve redução da abordagem do planejamento familiar e reprodutivo e da prática de atividades físicas para crianças.

Conclusiones/Recomendaciones: O aumento do número de serviços que abordam temas como a violência reflete a incorporação de diretrizes das políticas de atenção à criança, entretanto, a redução dos que realizam ações tradicionais tanto na prevenção como na assistência apontam para a necessidade de medidas de suporte para promoção da qualidade dos serviços.

Financiación: FAPESP; CNPQ; SES-SP.

971. CONHECIMENTO, ATITUDES, PERCEÇÃO DO RISCO E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

L.M. Hernández, C. Pite, L.M. Guarda, J. Valente

Unidade de Saúde Pública Aces Arco Ribeirinho; Engenharia Sanitária-Região de Setúbal; Unidade Saúde Pública Aces Almada-Seixal.

Antecedentes/Objetivos: Os Cuidados de saúde no domicílio e a consequente produção de RH, têm as mesmas características que as Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde (UPCS), difere é o local de produção, já que encontra-se fora do perímetro das UPCS. Os RH ao serem produzidos no domicílio, não muda a responsabilidade da ges-

tão, pois a mesma recai no produtor, neste nos Profissionais de saúde. Com a realização deste estudo pretende-se: 1.- Identificar os conhecimentos, atitudes, percepção de risco, e práticas (CAPRP) dos profissionais de saúde das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

Métodos: O estudo é de tipo descritivo, observacional com um horizonte transversal. Selecionaram-se 8 ACES da ARSLVT e as respectivas UCC, e avaliaram-se os Profissionais de Enfermagem destas. Aplicou-se um questionário, on-line, com previa validação por prova piloto. Verificou-se a validade interna do mesmo. No tratamento dos dados foram utilizados métodos de análises estatística: Estatística descritiva e estatística inferencial.

Resultados: Encontrou-se, que os conhecimentos cabais de RH têm uma média de 6,06 com valor mínimo de 2 e máximo de 8. Pode constatar-se que algumas áreas da gestão de RH estão deficientes. Às Atitudes, encontram-se tendencialmente negativas para os procedimentos dos RH Grupo III em viaturas próprias. A percepção de risco, é tendencialmente elevada para os RH em geral e tendencialmente alta para o procedimento de transporte em viaturas próprias. Nas práticas, a média da gestão de stocks é elevada; 7,34 com DP de $\pm 1,73$. Às práticas de segregação são inadequadas para os RH grupo III, assim como a aplicação do procedimento de transporte de RH dos domicílios para as UPCS. Na correlação das variáveis sociodemográficas com CAPRP, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para o conhecimento e a categoria de enfermeiros especialistas, obtendo estes, valores mais elevados de conhecimentos; $p = 0,003$. Os enfermeiros especialistas também obtêm valores mais elevados nas atitudes: $p = 0,210$. Relativamente à formação em RH e os enfermeiros que participaram em formações obtêm valores mais elevados de conhecimentos $p = 0,0070$ e valores significativamente mais elevados nas atitudes com uma $p = 0,033$.

Conclusiones/Recomendaciones: É imprescindível aumentar os conhecimentos dos profissionais sobre os RH, independentemente da área ou a proporção de horas de trabalho. Sensibilizar sobre a importância da triagem na origem, o transporte dos RH tipo III dos domicílios para as UPCS. Mudar os paradigmas perante as atitudes negativas e percepção de risco elevada é fulcral, para conseguir manter uma gestão integrada de RH adequada e sem impacto na saúde pública e ambiental.

942. CARACTERIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LOS CUIDADOS DE SALUD PRIMARIOS

L.M. Hernández, C. Pite, L.M. Guarda, J. Valente

Unidad de Salud Pública Aces Arco Ribeirinho; Ingeniería Sanitaria, Setúbal; Unidade de Salud Pública Aces Almada Seixal.

Antecedentes/Objetivos: Toda prestación de servicios de salud implica la utilización de materiales que generan residuos hospitalarios. La gestión de residuos es un proceso integrado en un sistema donde cada una de las etapas es importante que sea realizada con cierta homogeneidad y cumpliendo los preceptos del control de infección, así como las normas técnicas y legales. Una gestión adecuada de residuos hospitalarios (RH) es un factor clave que permite proteger a los profesionales que realizan estos procesos, a los ciudadanos que procuran servicios de salud y que no se contamine el medio ambiente, resultando en un sistema sustentable. Los objetivos de este estudio fueron: 1. Caracterizar la gestión de residuos hospitalarios en 8 Agrupamientos de Centros de Salud (ACES) de la Administración Regional de Salud de Lisboa y Vale del Tejo (ARSLVT). 2. Determinar si la Gestión de RH es adecuada en el nivel estratégico (Directores ejecutivos de los ACES) y

en el nivel operativo (Coordinadores de las Unidades de Cuidados a la Comunidad- UCC).

Métodos: Es un estudio de tipo descriptivo observacional con un horizonte transversal. Se seleccionaron 8 ACES, de la ARSLVT. Se diseñaron 2 cuestionarios (Q1 y Q2) validados por expertos en residuos hospitalarios y se enviaron vía on-line para que fuesen respondidos a través de un Link. La población estuvo compuesta por los 8 Directores ejecutivos de los ACES, 22 Coordinadores de las UCC. Se diseñó un concepto de gestión adecuada de RH, (GARH) basado en la literatura mundial y en los preceptos legales portugueses sobre RH. En base a este concepto se diseñó una escala de evaluación para medir si la gestión en cada uno de estos niveles es adecuada y se calcularon medidas de tendencia central y desviación estándar.

Resultados: La gestión de RH fue "Muy adecuada" en 6 ACES (75%) y "Adecuada" en 2 (25%) con las puntuaciones más elevadas para Medio-Tejo, Amadora y Almada-Seixal. El promedio de las puntuaciones para la variable GARH en los ACES es de 47 con DE de ($\pm 5,7$). Para el Q2 Coordinadores de las UCCs, en 13 UCCs, la GARH fue "Muy adecuada" (59,09%) y (40,90%) "Adecuada", con una media de 45,23 y una DE de ($\pm 4,84$).

Conclusiones/Recomendaciones: La gestión de los RH es Muy Adecuada, en general tanto en el nivel estratégico (ACES) como en el nivel operativo (UCCs), de acuerdo con la escala diseñada para este estudio, sin embargo, todavía existen áreas que precisan de mejoras como: Aprobar los planos de gestión de residuos, nombrar los responsables por la GRH, aumentar el número de vehículos adaptados así como implementar programas de educación continua en RH para los profesionales de salud.

543. MODELOS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN ESPAÑA

R. Curbelo, L. Carmona, M.J. García de Yébenes,
Grupo de Trabajo Nexus

Instituto de Salud Musculoesquelética.

Antecedentes/Objetivos: Describir (estructura, procesos) los modelos de atención multidisciplinar de pacientes con artritis psoriásica (APs) en España así como las barreras y facilitadores en su implantación.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas estructuradas a 24 profesionales (12 reumatólogos, 12 dermatólogos que realizan atención multidisciplinar en pacientes con APs). Se recogieron datos relacionados con el centro, servicio, población atendida y sobre el modelo de atención multidisciplinar (tipo, recursos materiales y humanos, requerimientos de los profesionales, objetivos, criterios de entrada y salida, agendas, protocolos de actuación, responsabilidades, toma de decisiones, actividad investigadora y docente, sesiones clínicas conjuntas, creación/inicio, planificación, ventajas/desventajas del modelo, barreras/facilitadores en la implantación del modelo. Se describen sus características.

Resultados: Analizamos 12 modelos de atención multidisciplinar en APs, implantados desde hace al menos 1-2 años, con 3 subtipos de modelos, presencial conjunto, presencial paralelo, y circuito preferencial. Estos se adaptan a las circunstancias del centro y profesionales. Una correcta planificación de la implantación es fundamental. La implicación y buena sintonía entre profesionales y un acceso y criterios de derivación bien definidos son facilitadores muy importantes en la implantación de un modelo. La gestión de las agendas y la recogida de datos para medir resultados de salud de estos modelos son las principales barreras.

Conclusiones/Recomendaciones: Existen distintos modelos de atención multidisciplinar implantados que pueden mejorar la atención

del paciente con APs, la eficiencia del sistema y la colaboración entre especialistas. Su implantación debe planificarse cuidadosamente.

546. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON ARTROSIS Y NECESIDAD DE ARTROPLASTIA DE CADERA O RODILLA

L. Carmona, M.J. García de Yébenes, R. Curbelo,
Grupo de Trabajo Artroplastia

Instituto de Salud Musculoesquelética.

Antecedentes/Objetivos: Desarrollar recomendaciones sobre el evaluación y manejo del paciente con artrosis e indicación de artroplastia de cadera y rodilla (previas a la cirugía, durante la misma y posteriormente) basadas en la mejor evidencia y experiencia.

Métodos: las recomendaciones se emitieron siguiendo la metodología de grupos nominales. Se seleccionó un grupo de expertos (3 traumatólogos, 2 médicos rehabilitadores, 2 anestesiólogos, 2 médicos de atención primaria, 1 reumatólogo, 1 psicóloga, y 1 enfermera) que en la primera reunión definieron el alcance, usuarios, apartados del documento, posibles recomendaciones, revisiones sistemáticas y se asignaron tareas. Se realizaron 3 revisiones sistemáticas para apoyar el documento sobre 1) eficacia y seguridad de los fast-tracks en pacientes con indicación de artroplastia de cadera y rodilla; 2) eficacia y seguridad de las intervenciones cognitivo-conductuales en pacientes con indicación de artroplastia de rodilla y/o cadera con dolor catastrófico; 3) eficacia y seguridad del control (manejo) del dolor agudo post-quirúrgico en los resultados post-quirúrgicos a medio y largo plazo. Junto con ellas se realizó una amplia revisión narrativa de los siguientes temas: evaluación y manejo del dolor con sensibilización central, y sobre la eficacia de la rehabilitación pre-quirúrgica en el dolor, función etc. post-quirúrgico de los pacientes sometidos a artroplastia de cadera y/o rodilla. Los expertos redactaron los apartados y generaron las recomendaciones correspondientes. El nivel de evidencia y el grado de recomendación (GR) se clasificará según el modelo del Center for Evidence Based Medicine de Oxford y el grado de acuerdo se extraerá por técnica Delphi (2 rondas). Se definirá acuerdo si al menos el 70% de los participantes votan = 7. El documento completo se circulará entre los expertos para su última revisión. El proyecto está siendo coordinado por un experto metodólogo.

Resultados: Se generaron un total de 20 recomendaciones entre las que se destacan: informar sobre la enfermedad y el plan terapéutico, incluyendo la cirugía, potenciar el papel de enfermería en el cuidado de estos pacientes así como en relación a sus responsabilidades en todo el proceso, que tras la cirugía se movilice precozmente (a las 24 horas) la articulación y al paciente y que se inicie la rehabilitación específica, etc.

Conclusiones/Recomendaciones: Una correcta evaluación, seguimiento y manejo integral y coordinado del paciente con artrosis e indicación de artroplastia de cadera y rodilla puede mejorar tanto los resultados del paciente como los del sistema.

163. ANÁLISIS CRONBIOLÓGICO DEL COMPORTAMIENTO DE LAS HOSPITALIZACIONES EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

J.A. García Crespo, J.F. García-Cruces Méndez, J.M. Andrés de Llano,
J.R. Garmendia Leiza, J.B. López Messa

Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Antecedentes/Objetivos: Contribuir a optimizar las actuaciones en planificación, facilitando indicadores sanitarios actualizados, me-

diante el conocimiento del comportamiento de la demanda asistencial y los procesos atendidos en nuestros hospitales en el periodo del estudio.

Métodos: Se realizó un análisis temporal de la distribución de las hospitalizaciones desde el 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2014. Para el estudio estadístico cronobiológico inferencial por ritmometría, se realizaron consecutivamente, un análisis mediante la valoración de las curvas del espectro de potencia a través del análisis espectral con la transformada rápida de Fourier y un análisis de los armónicos resultantes de la aplicación del test de cosinor o de coseno múltiple. En el análisis espectral de Fourier se realizó una búsqueda sistemática de todos los ritmos posibles con estudios lineales, tanto en frecuencia como en periodo. Con el análisis del test de coseno múltiple, valorando distintos parámetros como acrofase y batifase, (Acrofase: tiempo en el cual se verifica el valor máximo de la variable en la curva coseno adaptada. Batifase: tiempo en el cual se verifica el valor mínimo de la variable en la curva coseno adaptada).

Resultados: En el análisis espectral se observó un ritmo dominante en los periodos de 12,6 y 4 meses y al aplicar el análisis de Cosinor podemos observar la existencia de ritmo en toda la serie con $p < 0,001$, encontrando una acrofase de la curva de coseno ajustada en el día 11 de noviembre (IC95%: 3 de noviembre; 20 de noviembre) y una batifase el 31 de agosto (IC95%: 23 de agosto; 8 de septiembre) así como un porcentaje de ritmo del 24,43%.

Conclusiones/Recomendaciones: La mayor incidencia de ingresos se produce en otoño antes de la llegada de los meses fríos; cabe señalar tanto aquí como en la batifase la estrecha amplitud del intervalo de confianza, lo que, aunque el porcentaje del ritmo alcanzado parece escaso, da más sentido a los resultados alcanzados.

122. GESTIÓN DE CASOS PARA PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN SEGUIMIENTO PROGRAMADO

S. Tortajada, R. Faubel, M.S. Giménez Campos, E. Soriano Melchor, L. Donat Castello, A. Bahamontes Mulió, J.M. García-Gómez, B. Valdivieso Martínez

IIS La Fe; Unidad Conjunta de Investigación en TICs Aplicadas a la Reingeniería de Procesos Sociosanitarios (eRPSS); Universitat de València; Universitat Politècnica de València; REDISSEC.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, los sistemas de salud se enfrentan a una mayor demanda relacionada con la alta incidencia de enfermedades y condiciones crónicas. Los programas de Gestión de Casos son una aproximación novedosa para la gestión de pacientes crónicos que permiten combinar los esfuerzos hacia la salud del individuo. Nuestro objetivo es evaluar un modelo de Gestión de Casos basado en una reingeniería del proceso de cuidados alineando los distintos niveles implicados.

Métodos: Se hizo un estudio con cohorte retrospectiva utilizando una muestra de 714 pacientes crónicos pluripatológicos ingresados en el programa de Gestión de Casos Crónicos del Hospital de La Fe de Valencia entre enero de 2012 y enero de 2015. Se hizo un análisis descriptivo de los consumos: ingresos, estancias y visitas a urgencias antes y después de entrar al programa y se realizaron un test de hipótesis pareados y un análisis de riesgos relativos.

Resultados: El riesgo relativo de consumo por ingresos urgentes disminuye siendo $RR = 0,58$ [0,52, 0,65], el de visitas a urgencias disminuye siendo $RR = 0,74$ [0,69, 0,79] y el de ingresos en hospitalización domiciliaria aumenta siendo $RR = 1,50$ [1,35, 1,68]. Las estancias medias disminuyen siendo $RR = 0,52$. Los test de hipótesis confirman los resultados.

Conclusiones/Recomendaciones: Los análisis muestran un descenso significativo en el número de visitas a urgencias, ingresos ur-

gentes y estancias en el hospital debido a descompensaciones de los pacientes y un aumento en los ingresos a domicilio aunque con menor número medio de estancias en domiciliaria.

296. REVISIÓN DE LA INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL PROCEDIMIENTO CATARATAS. ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN EN UN HOSPITAL

J. Álvarez, F. Marín, J. Carmona, A. García, C. Martín, R. Pelayo

Inspección Servicios Sanitarios de Sevilla; Hospital Universitario Valme.

Antecedentes/Objetivos: Desviación de indicadores IINDA en el procedimiento Catarata en la UGC Oftalmología. Objetivos: 1. Verificar la secuencia diagnóstica según recomendaciones del Proceso de Atención Integral de Cataratas. 2. Evaluar la Adecuación de las indicaciones e identificar situaciones de No Adecuación y causas 3. Identificar áreas de mejora que faciliten indicaciones según criterios de calidad/seguridad.

Métodos: Entrevista de consenso con responsables del hospital, criterios adecuación y la participación de profesionales. Revisión aleatoria de una micromuestra de 50 HC incluidos en RDQ intervención cataratas. Valoración de la sistemática de diagnóstico para la indicación quirúrgica, exploraciones oftalmológicas básicas, criterios de indicación quirúrgica/priorización/exclusión, según recomendaciones PAI Cataratas: mejor agudeza visual corregida (MAVC) inferior 0.4; y/o bilateral pseudoexfoliación; situaciones específicas (anisometría posq.), necesidades laborales documentada; catarata intumesciente; catarata que impide o dificulta seriamente la valoración diagnóstica o la terapia de patología retinocoroidea. Criterios y causas de No Adecuación: Indicaciones que no cumplen al menos uno de los anteriores o no quedan reflejados datos que permiten verificar el uso del criterio adecuado. Formulario de recogida de datos.

Resultados: Edad: intervalo entre 48 y 95 años, edad media 70,4 años, mediana de 72 años. Frecuencia indicación OI 53,1% OD 46,9%. AV: en muchos casos, la HC no especifica si era AV espontánea (esp) o MAVC. No consta: la AV esp en el 32,6%, la MAVC 42,8%, carecen de ambas el 4%. Ojo contralateral: en 6 casos no consta estado. Tipo de catarata: No consta en 30% casos. Tonometría: no consta realizada 16,3%, no consta valor PIO 20,4%. Dilatación/grado midriasis: ausente en 16,3% y el resultado en el 38,7%. Examen fondo ojo: no consta resultado 6%. Existencia de patología ocular añadida segmento anterior 2%, de segmento posterior 30%, ninguna contraindicaba la cirugía.

Conclusiones/Recomendaciones: 67,7% de las HC faltaba algún dato relevante en la toma de decisiones quirúrgica conforme a las recomendaciones del PAI Cataratas. Adecuación en indicación quirúrgica: no constan determinadas exploraciones básicas o resultados necesarios para sustentar la indicación (20,4%). Sin concentración en determinados facultativos. El 2% de No adecuación se corresponde al uso de criterios de indicación quirúrgica no validados. Recomendaciones: protocolizar la exploración oftalmológica de rutina. Protocolizar la secuencia diagnóstica y la decisión clínica. Facilitar la recogida de información clínica del episodio. Información y sensibilización de profesionales.

569. EFECTIVIDAD DE LAS UNIDADES DE ORTOGERIATRÍA SOBRE LA MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR

M.J. Pueyo Sánchez, M. Larrosa Padró, X. Surís Armangué, P. Sánchez Ferrin, I. Bullich

Plan Director de Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya; Plan Director Sociosanitario, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Las unidades de ortogeriatría han demostrado buenos resultados en la disminución de la estancia media y la disminución de las complicaciones de los pacientes con fractura de fémur aunque los resultados sobre la mortalidad a largo plazo son contradictorios. El objetivo es valorar el efecto que el modelo de atención geriátrica integral puede tener sobre la supervivencia a largo plazo de los pacientes ingresados por fractura de fémur en 2012 y 2013.

Métodos: Estudio basado en datos administrativos. Se clasificaron los hospitales según el modelo vigente el 2012 en dos modelos: integral y no integral. Se recogieron datos sobre sexo, edad, tipo de fractura y comorbilidades de los pacientes ingresados por fractura de fémur entre 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2013 (CMBD). La fecha de muerte a día 1 de diciembre de 2015 se obtuvo a partir del Instituto Nacional de Estadística mediante datos anonimizados. El análisis de supervivencia y la comparación de las curvas se realizaron según el método de Kaplan-Meier y la prueba de log-rank. Se utilizó el modelo de estimación de riesgos proporcionales de Cox para ajustar la función de supervivencia.

Resultados: Se identificaron 9.496 ingresos: 5.794 en el modelo no integral y 3.702 en el modelo integral. En el modelo integral se encontró un porcentaje superior de personas con Charlson superior a 1, una estancia media más corta y un porcentaje más alto de personas dadas de alta a instituciones sociosanitarias. A 1 de diciembre de 2015, 3.796 pacientes (40%) habían muerto. El 3,9% murieron durante el ingreso. Al mes de vida habían muerto el 6,5% de los pacientes, a los 6 meses el 16,9%, a los 12 meses el 23,0% y a los 2 años el 32,6%. La supervivencia según el modelo de atención fue de 34,3m (DE 0,3) en el no integral vs 34,8 (DE 0,3) en el modelo integral. El análisis de las curvas de supervivencia mostró menor supervivencia en los hombres, en los grupos de edad más avanzada y en los que presentaban un Charlson superior a 1. El análisis de las curvas ajustado por sexo, edad y Charlson mostró diferencias significativas con una supervivencia mejor en el modelo de atención integral.

Conclusiones/Recomendaciones: El estudio basado en el seguimiento de 9.496 pacientes durante un máximo de 4 años muestra que la atención de los pacientes con fracturas de fémur en un hospital con un modelo de atención geriátrica integral mejora alrededor de un 10% la supervivencia a largo plazo ajustando por edad, sexo y comorbilidades.

568. IMPACTO DE LA LISTA DE ESPERA PARA RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER SOBRE SU COSTE-EFECTIVIDAD

A. Ribera, J. Sloff, V. Serra, R. Andrea, E. Gutiérrez, R. del Valle, P. Mota, P. Cascant, I. Ferreira-González

Hospital Universitario Vall d'Hebron; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Universitat Autònoma de Barcelona; Hospital Clínic, Universidad de Barcelona; Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Madrid; Hospital Universitario Central de Asturias; Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Antecedentes/Objetivos: A pesar del coste elevado del recambio valvular aórtico transcatheter (TAVI), resulta coste-efectivo en pacientes con estenosis aórtica severa sintomática de alto riesgo no candidatos a cirugía. Sin embargo, desde el inicio de la crisis económica el acceso a la TAVI decreció progresivamente en España, incrementándose el tiempo de espera. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto del tiempo de espera sobre coste-efectividad de la TAVI.

Métodos: Se utilizó un modelo de Markov para evaluar los años de vida ajustados por calidad (AVACs) y los costes para TAVI después de un tiempo de espera de entre 3 y 12 meses (en ciclos de tres meses), en relación con la realización inmediata del procedimiento (equiva-

lente a un tiempo de espera menor de 3 meses). Simulamos una cohorte de 1.000 pacientes, hombres de 80 años. Los datos sobre costes y AVACs se obtuvieron de una cohorte prospectiva de 180 pacientes (estudio TEVAS) y las probabilidades de transición se calcularon a partir de un registro de 237 pacientes consecutivos atendidos en un único centro participante en el estudio TEVAS. Los pacientes se reclutaron en el momento de la indicación para TAVI y se siguieron durante el tiempo de espera y hasta una media de 24 meses (DE: 19) después del implante de la válvula.

Resultados: A medida que aumenta el tiempo de espera se reducen los costes: 2.163, 4.392, 6.617 y 8.747€ para tiempos de espera de 3, 6, 9 y 12 meses respectivamente, a expensas de una menor supervivencia y pérdida de AVACs (0,2, 0,3, 0,5 y 0,6 AVACs perdidos para tiempos de espera de 3, 6, 9 y 12 meses respectivamente). Todo ello implica una relación de coste-efectividad incremental (en € ahorrados por AVAC perdido) de aproximadamente 13.500€ para tiempos de espera entre 3 y 12 meses con respecto a una espera menor de 3 meses. El impacto presupuestario en el primer año se reduce considerablemente (28.316€) con una espera de 12 meses.

Conclusiones/Recomendaciones: Aumentar la espera para TAVI supone una reducción de costes y del impacto presupuestario durante el primer año, a expensas de pérdidas en años de vida ajustados por calidad. Considerando el umbral comúnmente aceptado de disponibilidad a pagar en España, los costes ahorrados por la lista de espera no compensan los AVACs perdidos.

Financiación: PI10/0369.

151. PREVALENCE OF POTENTIALLY INAPPROPRIATE PRESCRIPTIONS AMONG HOSPITALIZED ALBANIAN OLDER ADULTS: A COMPARISON OF THE BEERS 2012 AND THE SCREENING TOOL OF OLDER PERSONS' PRESCRIPTIONS 2014 CRITERIA

K. Harasani Hudhra, D. Xhafaj, A. Bueno Cavanillas

Faculty of Pharmacy, University of Medicine Tirana; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: The prescription of drugs is an essential component of health care in the elderly population and optimizing these prescriptions has become a major issue worldwide. The objective of this study was to assess the prevalence of potentially inappropriate prescriptions (PIPs) in hospitalized Albanian older adults, evaluated by two different tools: the Beers 2012 and the Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (STOPP) 2014 Criteria.

Métodos: Cross-sectional study performed in the Internal Medicine and Cardiology wards of the University Hospital Mother Theresa of Tirana (Albania) from January to December 2013. All patients 60 years old and more hospitalized during the study period were included in the study. We analyzed the medical files and gathered data on demographics, drugs prescribed and diagnoses, calculating the Charlson Comorbidity Index with the Hall calculator. The Beers 2012 and STOPP 2014 criteria were applied by a clinical pharmacist to detect PIPs. Student Test and Chi-square analysis were employed.

Resultados: 319 patients (56.4% male) distributed equally among the two departments were included in our study. 54.6% of them were aged from 60 to 69 years old and the mean Charlson comorbidity index was 1.4 (range 0-6). In 19.1% of patients were prescribed more than 10 drugs. Beers 2012 criteria identified PIPs in 34.5% of patients, whereas STOPP 2014 criteria detected almost the double, 63.0% of patients. Moreover, 81 patients were prescribed more than one potentially inappropriate drug in their treatment plan. Drugs that contributed most often in the high frequency of PIPs were methyl-dopa, digoxin, antiarrhythmics for Beers 2012 criteria and aspirin, spironolactone and benzodiazepines for STOPP 2014 criteria.

Conclusiones/Recomendaciones: Between one and two out of three older hospitalized adults were prescribed at least one PIP in Albania. There were evident differences in the detection of PIP dependent from the applied tool, Beers 2012 or STOPP 2014 criteria. Further investigations should focus on the factors associated with PIPs and their relation with preventable adverse events.

427. RECONOCIMIENTO DE LA UNIDAD DE ANGIOEDEMA INTERCENTROS DE ALERGOLOGÍA DE SEVILLA COMO REFERENCIA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

J.C. Moreno Parejo, M.R. López Márquez, M.A. Otero Fernández, C.M. Noriega Barreda, C. Gallo García, J.M. Aldana Espinal, I. Nieto Valverde, M.C. Gallardo Ballester, J.T. García Martínez

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Las Unidades y procedimientos de referencia (UPRA) van dirigidas a la atención a patologías o procedimientos que precisan concentración de recursos. Éstos han de distribuirse de modo que garanticen la equidad en el acceso y la provisión de una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente. Un ejemplo es la Unidad de Angioedema Intercentros de Alergología de Sevilla (UA-Sevilla), localizada en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Objetivo. Evaluar la pertinencia de la UA-Sevilla como UPRA para toda Andalucía.

Métodos: Estudio a propuesta de la Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Alergología de Sevilla (UGC Alergología-Sevilla). El Servicio de Cartera de Servicios remite la Guía de Reconocimiento de Unidades y Procedimientos de Referencia de Andalucía (GRUPRA), para cumplimentación por los profesionales. Esta guía incluye datos clínicos, técnicos, epidemiológicos y datos específicos sobre la actividad (casuística, protocolo, profesionales, formación, investigación y publicaciones, demora, indicadores de evaluación, y datos económicos). El análisis de datos de actividad, Sistema integral de gestión logística del Servicio Andaluz de Salud (SIGLO) y cartera de servicios de los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), completan la evaluación.

Resultados: La UA-Sevilla es una unidad multidisciplinar constituida por facultativos de alergología, inmunología, cirugía maxilofacial, ginecología y digestivo. La patología para la que se ha reconocido como referencia para toda Andalucía es el angioedema recurrente. Dentro de ésta se consideran enfermedad rara el angioedema hereditario (prevalencia de 1-9/100.000 habitantes) y el angioedema adquirido (prevalencia desconocida). La aprobación en nuestro país en los años 2008 y 2009 de icatibant y del C1-inhibidor esterasa, ha posibilitado el abordaje de la enfermedad de forma novedosa, ya que estos pacientes no responden al tratamiento convencional basado en el uso de adrenalina, esteroides y antihistamínicos. El número de pacientes atendidos al año en primera visita es de 126, de los que quedan para seguimiento alrededor de un 16%. El número de casos prevalentes es de 265 pacientes (a fecha octubre de 2014). La Unidad recibe actualmente pacientes procedentes de casi toda Andalucía.

Conclusiones/Recomendaciones: La creación de una unidad de angioedema de referencia para toda Andalucía responde a una necesidad real. El objetivo de la Unidad es el asesoramiento diagnóstico-terapéutico y el seguimiento de aquellos casos que por su complejidad o difícil manejo así lo requieran.

243. EVOLUCIÓN CIENTÍFICA EN UN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA ACREDITADO

S. Pérez-Vicente, J. Cañón, S. Yáñez, J.M. Praena, R. García-Aragón

Instituto de Biomedicina de Sevilla; FISEVI; Fundación Progreso y Salud.

Antecedentes/Objetivos: Los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) son la asociación entre hospitales docentes, universidades y otros centros de investigación creados para potenciar el hospital como centro investigador resultando una investigación traslacional de excelencia. Sobre estos objetivos se crea, en 2006, el Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS) como espacio de investigación multidisciplinar. El IBiS, acreditado como centro de calidad investigadora en 2009, mantiene una mejora continua de estos estándares de calidad. El objetivo es presentar la evolución de los indicadores científicos del IBiS tras su acreditación.

Métodos: Para la acreditación de IIS, se diseña la "Guía de Evaluación de IIS", que recoge los criterios y procedimientos de acreditación en los que se basa el Instituto de Salud Carlos III para el seguimiento y evaluación de calidad de la investigación, siendo los indicadores: Investigadores principales (IP) con proyectos competitivos. Proyectos financiados en los últimos 5 años. Publicaciones 1^{er} y 2^o cuartil -Investigadores en formación. Personal asistencial como IP En 2012 se implanta Investiga+ como portal de servicios de Gestión y Apoyo a la I+D+i del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Esta herramienta mantiene la información de la Investigación de los IIS de Andalucía actualizada e integrada en un repositorio único accesible que facilita todos los procesos de gestión y el cálculo de indicadores. Se describirá, a partir de la información recogida en Investiga+, la evolución de la investigación en el IBiS desde su acreditación hasta la actualidad y se calcularán los porcentajes de cambio de los principales indicadores de calidad.

Resultados: Desde 2009 se observa una evolución creciente, tanto del número y calidad de la investigación desarrollada como en el personal investigador adscrito a él. Así, en 7 años, el número de grupos de investigación y el de Servicios Comunes de Apoyo, ha aumentado en 50 y 10, respectivamente, incrementándose el personal total en más de un 65%. En la misma línea la producción científica se cuadruplica, además de darse una mejora progresiva en los índices de calidad, con una elevación gradual del impacto medio por publicación y una duplicación de publicaciones en el 1^{er} y 2^o cuartil. En paralelo está el incremento en 46,9% del número de proyectos con financiación pública concedidos a investigadores del IBiS como IP y el crecimiento de la actividad traslacional reportada a la práctica clínica.

Conclusiones/Recomendaciones: La acreditación de los IIS es de máxima relevancia para un nivel de calidad en el desarrollo y gestión de la investigación biomédica. Desde la acreditación del IBiS se describe una mejora de los indicadores e investigación desarrollada y se sigue trabajando, a través de sus planes estratégicos, para que esta mejora continúe.

584. CRIBADO PRENATAL PRIMER TRIMESTRE: ¿EN QUÉ SE PARECEN Y SE DIFERENCIAN LOS VERDADEROS POSITIVOS Y LOS FALSOS NEGATIVOS?

N. López-Mintegui, I. Portillo, E. Arana-Arri, L. Martínez-Indart, J.C. Bayón, E. Orruño, M. Urrejola

OSI Bilbao-Basurto; DG Osakidetza; BioCruces; Osteba.

Antecedentes/Objetivos: El cribado prenatal del primer trimestre de síndrome de Down (SD) y otras cromosomopatías se inició 2009 para todas las embarazadas del País Vasco. Previo al cribado, la tasa de detección prenatal de SD era de 80%, registrándose el 50% de los falsos negativos (FN) en mujeres menores de 35 años. Según la evidencia disponible, los casos FN se relacionan con una edad materna menor, una TN (traslucencia nuchal) baja y un nivel de PAPP-A alto. Objetivo: analizar las similitudes y diferencias y entre los casos detectados por el programa (verdaderos positivos) y los falsos negativos.

Métodos: Registro de los datos del cribado a través del Programa Ssdwlab6®. 1) Cruce de Bases de datos con Altas hospitalarias y registros clínicos. 2) Búsqueda activa de casos: recién nacidos, abortos es-

pontáneos y por técnicas invasivas así como interrupciones voluntarias del embarazo. 3) Revisión de las historias clínicas de la mujer y el feto. Variables principales: edad materna, riesgo combinado para trisomías 21, 18 y 13, marcadores primer trimestre, resultado del embarazo y tipo de anomalía. Cribados completos entre 01/01/2010 y 31/12/2014. Análisis multivariante y tendencias temporales. Programas R y SPSS v. 23.0.

Resultados: 74.493 cribados registrados. 4,8% fueron positivos. La sensibilidad del cribado para detección del SD fue de 89,8% (IC95% 86,5-93,1) con una especificidad del 95,6% (IC95% 95,4-95,7), un likelihood ratio positivo de 20,4 y negativo de 0,11. La tasa de falsos negativos (FN) fue de del 10,22% (IC95% 9,3-11,1) y la de falsos positivos (FP) de 4,41 (IC95% 4,3-4,6). La edad media materna para los casos verdaderos positivos (VP) fue de 37,4 (IC95% 32,70-41,75), mientras que para los falsos negativos fue de 35,4 (IC95% 31,4-39,4). Las anomalías que no se detectaron en el caso de los FN fueron: SD (T21) con un 38% seguida de otras anomalías no clasificadas dentro de las T21, T18, T13 ni sexuales pero que se tienen en cuenta en el programa de cribado. En el caso de los VP las anomalías cromosómicas en su conjunto (T21, T18 y T13) son detectadas en un 83%, siendo el SD la anomalía más frecuentemente detectada con un 63%. En el caso de los FN el 85% fueron detectados en la ecografía de la 20 semana con lo que se detectó finalmente de forma prenatal más del 95% de los casos con anomalías cromosómicas.

Conclusiones/Recomendaciones: El Programa de cribado prenatal del País Vasco ha permitido no solamente detectar precozmente un número importante de cromosomopatías sino que a partir de la organización del cribado y el seguimiento exhaustivo de los casos se detectan falsos negativos que precisan monitorización y seguimiento con el fin de mejorar su detección.

CP22. Hábitos de vida relacionados con la salud

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Pantalla 2

Moderan: Carmen Amezcua Prieto y María Cabral

554. PHYSICAL ACTIVITY IN THE PORTUGUESE POPULATION IN 2014: COMPLIANCE WITH WHO GUIDELINES

J.R. Santos, M.S. Uva, C.M. Dias

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Antecedentes/Objetivos: It is well documented that Physical Activity (PA) improves health. It plays thus, an important role in public health programs. Nonetheless, the extent of benefits varies depending on different factors such as intensity levels or frequency. WHO established guidelines that are to be met so health is improved. According to WHO health improvements are achieved with 150 minutes of Moderate Physical Activity (MPA) or 75 of Vigorous Physical Activity (VPA) or a combination of both weekly. This study aims at 1) determining the prevalence of Physical Activity in a sample of Portuguese population in 2014 and 2) assessing the compliance of Portuguese population with WHO guidelines.

Métodos: A CAPI questionnaire was applied to a randomized sample of inhabitants in Portugal mainland (n = 824), stratified by health region with homogeneous allocation. Participants with 18 years old or above were asked sociodemographic data (gender, age, education,

occupation) as well as physical activity (frequency in the last month, amount of time, type of physical activity and place). Compliance with WHO recommendations was assessed by multiplying weekly frequency and daily duration of self reported PA. Intensity of physical activity was categorized in moderate (MPA) or vigorous (VPA) according to the activity reported. Descriptive statistics was performed to analyse the outcome according to gender, education levels and occupation. Results were weighted by the Portuguese population distribution stratified by sex and age group according to Statistics Portugal.

Resultados: About 58.7% (95%CI: 49.8;67.1) of interviewees (n = 824) reported being active, 63.8% (95%CI: 49.8;67.1) are men and 54.2% (95%CI: 49.8;67.1) are women. Self reported PA was higher among 45 and 64 years old (64%(95%CI: 49.8;67.1)) and lower among 18-44. Regarding participants who reported being active (n = 511), 64.2% (95%CI: 49.8;67.1) reach the minimum WHO requirements for PA. Among them 34% (95%CI: 49.8;67.1) are men and 30.2% (95%CI: 49.8;67.1) are women; 47% (95%CI: 49.8;67.1) are 18-64 years old and 17.2% (95%CI: 49.8;67.1) are 65 or above. Compliance with recommendations are, respectively, achieved by those with intermediary education, secondary school, primary education and higher school. Housekeepers have the highest compliance and students the least. Moreover, 74.9% (95%CI: 49.8;67.1) of retirees and 55.1% (95%CI: 49.8;67.1) of unemployed people meet these requirements, followed by the professionally active.

Conclusiones/Recomendaciones: Physical Activity is important in any health promotion program. Thus, it is important to target groups that report less habits of PA, as well as those who do not achieve recommendations. Hence, to understand the reasons behind the lack of activity from these groups and tailor programs might be key to increase activity levels and it can only be achieved by joining multiple sectors.

282. ASOCIACIÓN ENTRE EJERCICIO FÍSICO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES: UN METAANÁLISIS

C. Álvarez-Bueno, D.P. Pozuelo-Carrascosa, I. Caverio-Redondo, M. Garrido-Miguel, J. Cañete García-Prieto, I. Díaz-Jiménez, A. Sánchez-Gavidia, L. Gómez de la Cruz, R. Roche-González

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

Antecedentes/Objetivos: En la última década ha surgido un creciente interés en la relación entre la práctica de ejercicio físico, y la cognición y rendimiento académico de los niños. Aunque algunas revisiones sistemáticas y meta-análisis han analizado esta relación, ningún estudio ha incluido sólo estudios experimentales. El objetivo de este meta-análisis fue analizar la relación entre los programas de ejercicio físico desarrollados en el ámbito escolar y el rendimiento académico de los niños.

Métodos: Se desarrolló una búsqueda sistemática en las bases de datos Pubmed, WOS, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials y Cochrane Database of Systematic Reviews. La estrategia de búsqueda combinó los siguientes términos: "physical activity", "physical education", "exercise", "cognition", "academic", "academic achievement", "intelligence", "children", "preschool" "preschooler", "young children", and "trial". Se incluyeron estudios que: i) Midieran el efecto de programas de ejercicio físico en el rendimiento académico. ii) Aumentaran el tiempo de ejercicio físico del currículum escolar. iii) Incluyeran niños menores de 17 años. iv) Midieran el rendimiento académico mediante notas o test estandarizados relacionados con asignaturas específicas. v) Cuyo diseño fueran estudios experimentales con grupo control. El tamaño del efecto fue la variable principal observada. Se calculó el tamaño del efecto total estimando la diferencia de medias estandarizadas mediante el método de la d de Cohen.

Resultados: Ocho estudios cumplieron los criterios de inclusión. Proporcionando una muestra total de 2230 niños de edades compren-

didas entre 8 y 13 años. El tamaño del efecto fue 0,04 (IC: -0,05, 0,12) para lenguaje; 0,09 (IC: 0,03, 0,15) para matemáticas; 0,05 (IC: -0,02, 0,11) para lectura; y 0,11 (IC: 0,04, 0,18) para notas totales.

Conclusiones/Recomendaciones: Nuestro análisis muestra que los programas de ejercicio físico tienen un pequeño efecto positivo sobre el rendimiento académico de los niños. Estos hallazgos refuerzan la idea de que se debe implementar programas de actividad física para promocionar hábitos de vida saludables en la escuela, puesto que la infancia es un periodo crítico en el desarrollo cerebral.

977. HÁBITOS ALIMENTICIOS EN NIÑOS DE LA ESCUELA JAIME ROLDÓS AGUILERA DEL CANTÓN MILAGRO, ECUADOR

M.J. Sánchez Calderón, L.G. Ayol Pérez

Universidad Estatal de Milagro.

Antecedentes/Objetivos: A nivel mundial, durante las últimas décadas se han realizado varios estudios sobre la calidad de la alimentación y la falta de actividad física como factores de riesgo para la salud. La gravedad de este problema ha impulsado que la Organización Mundial de la Salud haga énfasis en la importancia que tiene una dieta equilibrada, para protegernos de la malnutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades crónicas degenerativas. La finalidad de la investigación es analizar la calidad de la alimentación que consumen los niños de entre seis y doce años de edad.

Métodos: Investigación no experimental, descriptiva, de enfoque cualitativo y corte transversal. Se aplicó una encuesta a cincuenta y tres niños de la escuela Jaime Roldós Aguilera perteneciente al cantón Milagro, Ecuador. Los parámetros analizados fueron: los cinco tiempos de comida, los grupos de alimentos más y menos consumidos, y si el niño mira o no televisión mientras come.

Resultados: El 96% desayuna, el 17% no consume alimentos a media mañana, mientras que el 53% no lo hace a media tarde. El almuerzo y la cena son asequibles para un 98%. En cuanto a los alimentos consumidos, el 49% accede al pan; el arroz está presente en los cinco tiempos de comida, con una mayor representatividad en el almuerzo y la cena, con el 85% y el 79% respectivamente. Resulta escaso el consumo de verduras y frutas, alimentos fundamentales por su aporte de vitaminas y minerales. Productos como la cebolla, el tomate, el pimiento, la zanahoria amarilla y el guineo de producción local, son ya los que mayor acceso tiene la población en estudio. La ingesta de leche y queso ocurre en los cinco tiempos de comida; igualmente sucede con el pollo (almuerzo: 57% y merienda: 32%); seguido de la carne de res y los embutidos que están presentes en cuatro tiempos de comida. Un 21% consume café. El 57% de los niños miran televisión en el momento de comer.

Conclusiones/Recomendaciones: Desde el punto de vista cualitativo, la alimentación es poco variada (arroz, pan, pollo, pocas frutas y verduras); y la presencia de cereales integrales y leguminosas es escasa a pesar de ser alimentos fuentes de almidón, fibra, vitaminas, minerales y otras sustancias vitales para este grupo. Este trabajo servirá para ampliar futuras investigaciones que aporten a la solución del problema, considerando las políticas de estado en Ecuador para la implementación de la soberanía alimentaria.

441. ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN EL EMBARAZO: EFECTOS SOBRE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO

M. Morales-Suárez-Varela, B. Calero, A. Llopis-González, F. Sanz, M.L. Carrera, A. Perales

Universidad de Valencia; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Antecedentes/Objetivos: La dieta mediterránea es una valiosa herencia, reflejo de las interrelaciones culturales de las civilizaciones que se desarrollaron en la cuenca del Mediterráneo. Son muchos los estudios que han corroborado su papel protector frente a enfermedades cardiovasculares, diabetes, e incluso ciertos tipos de cáncer. Teniendo en cuenta la influencia de la alimentación materna durante el embarazo tanto en la madre como en el recién nacido, el objetivo era identificar los posibles efectos de la adherencia a la dieta mediterránea.

Métodos: Estudio observacional de tipo casos-controles anidado sobre cohorte retrospectiva constituida por mujeres ingresadas tras el parto en el Hospital La Fe de Valencia, entre noviembre de 2015 y enero de 2016. Se les realizó un cuestionario, en el cual se recogieron características personales, ciertos aspectos de su gestación, así como resultados perinatales. Para valorar la adherencia a la dieta mediterránea se utilizó el test Kidmed, categorizándolas en 2 grupos: baja adherencia y adherencia óptima. El análisis se realizó en dos partes: una primera descriptiva donde se caracterizó la muestra, y una segunda analítica para ver posibles relaciones existentes. Todo ello con el programa estadístico SPSS v.22.

Resultados: Se incluyeron un total de 99 parejas madre-hijo, de las cuales 27 (27,3%) tenían una baja adherencia frente a 72 (72,7%) con adherencia óptima a dieta mediterránea. Comparándolos, las mujeres del grupo de baja adherencia eran más jóvenes, con menor nivel educativo, más fumadoras y con mayor tendencia a vivir sin unidad familiar. También se vio en este grupo un mayor consumo de suplementos vitamínicos y hierro frente a un menor consumo de ácido fólico así como de pescado y lácteos. Se observó en ellas un menor IMC previo pero mayor ganancia ponderal durante el embarazo. En este grupo también había más primíparas y más abortos. En cuanto a su descendencia tuvieron menor peso y talla, así como menor PO2 arterial en la gasometría de cordón y menor índice Apgar.

Conclusiones/Recomendaciones: Por los beneficios que le han asociado, la dieta Mediterránea se considera una de las más saludables; consiguiendo ser declarada Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la Unesco en 2010. Siendo el embarazo una época crítica por los efectos del estilo de vida materno en la descendencia y conociendo los factores asociados a una baja adherencia a esta dieta en las gestantes, sería interesante aprovechar para promocionar la dieta Mediterránea en general, y de forma más particular, intervenir en aquellas mujeres en riesgo de baja adhesión.

697. SALUD EN LOS MAPAS: LA APLICACIÓN CARTOGRÁFICA DEL PROYECTO PHOTOVOICE SOBRE ALIMENTACIÓN EN VILLAVERDE

R. Valiente, A. Cebrecos, M. Franco, F. Escobar

Departamento de Geología, Geografía y Medio Ambiente, Universidad de Alcalá; Grupo de Investigación de Epidemiología Social y Cardiovascular, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá; Departamento de Epidemiología, John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Estados Unidos.

La relación entre Salud y espacio es el campo de estudio donde confluyen disciplinas de recorridos diferentes como la Epidemiología y la Geografía de la Salud, que convergen persiguiendo objetivos complementarios. En Geografía los mapas constituyen un elemento indispensable para abordar los problemas espaciales, mientras que en las Ciencias de la Salud su adopción es aún incipiente. Los mapas nos permiten monitorizar la distribución de los factores ambientales que influyen en la salud, facilitando la planificación de medidas y políticas de actuación, y sirviendo como un canal de difusión de información. En esta comunicación se presenta la aplicación cartográfica elaborada en el desarrollo del proyecto Photovoice sobre el entorno alimentario en dos barrios de Villaverde (Madrid), llevado a cabo por el grupo de

investigación de Epidemiología Social y Cardiovascular de la Universidad de Alcalá. El objetivo del proyecto consistió en analizar cómo el entorno influye en la alimentación de las personas, lo cual se demostró a través del reclutamiento de un grupo de participantes voluntarios que ilustraron cómo es la alimentación en su barrio por medio de la fotografía y de talleres participativos. Los resultados de este proyecto fueron integrados en una aplicación cartográfica online donde se exponen las fotografías finales clasificadas por temáticas, comentarios y audios extraídos del debate, así como datos socio-demográficos e información sobre los participantes. Esta aplicación, diseñada y programada para ser publicada en la Web, desarrollada con lenguaje HTML y Javascript y utilizando herramientas como CartoDB, está disponible en: <http://www.geogra.uah.es/PHHHotovoiceMap/index.html> (28/03/2016). La aplicación interactiva, alimentada por la información aportada por los participantes, refleja las condiciones del entorno alimentario del barrio. Su publicación en la Web amplía la difusión de los resultados del proyecto a toda la ciudadanía, incrementando su impacto más allá de la redacción de informes políticos y publicaciones en revistas científicas. La dinamicidad de esta aplicación abre la puerta a estudios similares en el futuro que permitan evaluar la tendencia en la zona.

Financiación: Fundación Mapfre.

Conflicto de intereses: El proyecto Photovoice, del que emana la aplicación cartográfica que aquí se presenta, ha sido financiado por el ERC (European Research Council) y por la Fundación Mapfre con una beca Ignacio Hernando de Larramendi.

215. DIETARY PATTERNS IN THE ADULT PORTUGUESE POPULATION AND ITS ASSOCIATION WITH HEALTH

M.J. Gregório, A.M. Rodrigues, M. Eusébio, I. Rodrigues, R. Sousa, J.C. Branco, H. Canhão

NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: There is an increasing interest in understanding the association of dietary patterns (DPs) and health. We aimed to examine the association of dietary patterns and socioeconomic, demographic and other lifestyle factors, non-communicable chronic diseases, anxiety and depression and quality of life in the adult Portuguese population.

Métodos: We used follow-up data from 7591 Portuguese adults from the EpiReumaPt population-based study. A follow-up wave was performed from March 2013 to July 2015 with a structured interview, which aimed to collect dietary intake and health outcomes. Trained research assistants collected data by a computer assisted telephone interview. DPs were identified by cluster analysis, based on questions regarding the number of meals, weekly frequency of soup consumption, vegetables, fruit, meat, fish, dairy products and water intake per day. Estimates were computed as weighted proportions, taking the sampling design into account. Factors associated with DP were identified through logistic regression models.

Resultados: We identified two different DPs: the "lower fruit and vegetables intake", a cluster characterized by a reduced number of meals per week, lower frequency of consumption of soup, vegetables, fruit, fish, dairy products, less water intake and a higher frequency of meat consumption and the "higher fruit, vegetables and fish intake" DP, a cluster with a higher number of meals per week, higher frequency of consumption of soup, vegetables, fruit, fish, dairy products, high water intake and a lower frequency of meat consumption. After multivariable adjustment, women (OR = 0.52; $p = 0.001$), young adults (OR = 0.97; $p = 0.001$), lower years of education (OR = 0.96; $p = 0.025$), job insecurity and unemployment (OR = 1.49; $p = 0.013$) and living in Azores island

(OR = 1.40; $p = 0.026$), were significantly associated with the "lower fruit and vegetables intake" DP. Present smoking (OR = 1.58; $p = 0.001$), daily alcohol intake (OR = 1.46; $p = 0.023$), and physically inactive (OR = 1.86; $p = 0.001$) were significantly associated with this DP. With regard to health outcomes, individuals with depression symptoms were more likely to report this DP (OR = 1.50; $p = 0.018$). Finally, subjects with "lower fruit and vegetables intake" DP report lower medical appointments in the previous year (OR = 1.50; $p = 0.018$).

Conclusiones/Recomendaciones: Our results suggested that unhealthy DPs are part of a lifestyle behaviour that includes physical inactivity, smoking habits and alcohol consumption. Moreover, depression symptoms and lower medical follow-up might influence unhealthy DPs.

Financiación: Programa Iniciativas em Saúde Pública, EEA Grants (PT06).

432. ASOCIACIÓN ENTRE GRASA VISCERAL ABDOMINAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR: CONTROVERSIAS CON IMC Y CIRCUNFERENCIA DE CINTURA

M. Bannasar-Veny, A.M. Yáñez, A.A. López-González, T. Vicente-Herrero, P. Tauler, A. Aguiló

Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears; Instituto de Investigación Sanitaria de Palma, IdISPA; Servicio de Salud Laboral, Servicio Balear de Salud; Grupo de Investigación en Salud Laboral, IUNICS, UIB, Palma; Fundamental Biology and Health Sciences Department, Universitat Illes Balears; Research Group on Evidence, Lifestyles and Health, Universitat Illes Balears.

Antecedentes/Objetivos: La obesidad se asocia con un aumento significativo en la mortalidad y el riesgo de padecer otras enfermedades como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipemia, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, apnea del sueño y cáncer entre otras. La proporción y especialmente la distribución de la grasa o adiposidad es un indicador de riesgo para la salud. La acumulación de grasa visceral se toma actualmente como un factor determinante e independiente del índice de masa corporal para evaluar el riesgo de sufrir enfermedades metabólicas. El IMC no distingue entre tejido magro y tejido graso, por lo que no se puede utilizar como índice de riesgo cardiovascular. El propósito de este trabajo consiste en evaluar la asociación entre grasa visceral abdominal medida por bioimpedancia eléctrica y el riesgo cardiovascular calculado según las ecuaciones REGICOR.

Métodos: Estudio transversal realizado con una muestra de 3.542 trabajadores (1.153 mujeres y 2.389 hombres, edad media $45,6 \pm 8,0$) seleccionados de forma sistemática durante su revisión laboral. Se administró una encuesta sobre diagnósticos previos de diabetes e hipertensión y medicación. Se obtuvo su peso, talla, circunferencia de cintura, presión sistólica y diastólica y se midió la grasa visceral abdominal (GVA) mediante bioimpedancia eléctrica ViScan (Tanita Corporation). Se realizó una analítica para determinar los niveles de HDL-C y glucosa en suero.

Resultados: La grasa visceral abdominal se correlaciona significativamente con el riesgo cardiovascular de forma similar a los índices antropométricos clásicos (coeficientes de correlación de r de Pearson para GVA, IMC y cintura de 0,39, 0,32 y 0,26 respectivamente). Estas asociaciones se mantienen significativas tras ajustar por edad y sexo mediante modelos lineales generales. La glucemia basal, presión arterial sistólica y diastólica se correlacionan de forma directa con los tres índices antropométricos mientras que el HDL-C se correlaciona de forma inversa con unos coeficientes de correlación de Pearson (r) de entre 2,6 y 3,3.

Conclusiones/Recomendaciones: La grasa visceral abdominal, el IMC y la cintura se asocian de forma similar al riesgo cardiovascular. Nuestros resultados señalan que tanto el IMC, la cintura y la grasa

visceral se asociarían de forma independiente a los factores de riesgo cardiovascular y al riesgo cardiovascular calculado mediante las ecuaciones REGICOR.

594. EXCESO DE PESO EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS EN VALENCIA: ESTUDIO ANIVA

N. Rubio López, A. Llopis González, Y. Pico, M. Morales Suárez-Varela

Universidad de Valencia; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); CSISP-FISABIO; CIDE, UV-CSIC-GV.

Antecedentes/Objetivos: El exceso de peso en la infancia es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países, incluido países en desarrollo. Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidad de padecer a edades tempranas enfermedades, como la diabetes y enfermedades cardiovasculares. Por consiguiente, una alimentación adecuada y variada es importante para el correcto desarrollo de los niños. El objetivo del estudio fue evaluar la ingesta nutricional en niños con exceso de peso, y posteriormente determinar la idoneidad nutricional con las ingestas dietéticas de referencia (IDR) españolas.

Métodos: El estudio ANIVA es un estudio transversal en niños de 6 a 9 años en la provincia de Valencia. Se ha estudiado un colectivo de 710 escolares. Los padres debían cumplimentar el consentimiento informado para que el niño pudiera participar en el estudio y se pudiera tomar las medidas antropométricas en el colegio. El criterio de exclusión fue tener un diagnóstico clínico de patologías con prescripción dietética. La ingesta de macro y micronutrientes consumidos se estimó a través de un registro de tres días que fue evaluado por el programa DIAL, que permitió valorar su adecuación respecto a las recomendaciones de la FESNAD.

Resultados: La muestra final fue de 338 chicos (49,9%) y 372 chicas (52,4%), siendo la edad media del grupo de $7,95 \pm 1,12$ años. El 38,6% de los niños presentaron exceso de peso. No se observa diferencias significativas para la edad y la talla en función del sexo, aunque el grupo de obesidad presenta una altura ligeramente superior al resto de grupos. La valoración nutricional mostró un consumo elevado de proteínas y lípidos (68% y 82% respectivamente de los escolares superan la IDR). En cambio hay numerosos nutrientes cuya ingesta son insuficientes a la recomendada, más del 80% de los niños no cumplen la IDR para los hidratos de carbono, fibra, vitamina D ($p < 0,05$) y flúor. Y más del 50% de los escolares presentan ingestas inferiores a la IDR para el zinc, vitamina E y yodo.

Conclusiones/Recomendaciones: En los niños con exceso de peso se ha detectado deficiencias nutricionales y en algunos casos, la dieta se aleja del ideal teórico, concretamente en su consumo de verduras y pescado. La ingesta dietética de los niños valorados es mejorable, mediante unas pautas de educación alimentaria y una mayor preocupación por la calidad de la dieta.

294. IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS LOCALES EN UN CURSO MASIVO DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

S. Toro Cárdenas, G. Díaz Alonso, A. Lupiáñez Castillo, B. Gil Barcenilla, J. Jiménez Pernett, G. Longo Abril

Escuela Andaluza de Salud Pública; Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga; Servicio Andaluz de Salud; Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: El presente trabajo parte de una actividad incluida en el Curso de Prevención de la Obesidad Infantil, orga-

nizado por el Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN), para profesionales que residen o trabajan en Andalucía. El curso, de carácter totalmente virtual se desarrolló en el Campus Virtual de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Objetivo: Identificar activos para la promoción de Actividad Física y Alimentación Saludable en los entornos cercanos, útiles para la prevención de la Obesidad en Andalucía.

Métodos: La actividad de reconocimiento de activos se enmarca en el curso antes mencionado. Se indicó al alumnado del mismo, que mediante la técnica "photovoice" realizara fotografías de lugares de su entorno en las que se reconociesen recursos destinados a la prevención y disminución de la obesidad en la población. La temática del trabajo era Actividad Física y Alimentación Saludable. Una vez localizados, compartieron las fotos en el espacio virtual destinado para ello, incluyendo los comentarios pertinentes y las impresiones percibidas a partir de su identificación.

Resultados: La identificación de activos ha permitido encontrar casi 1.200 imágenes que reflejan recursos en el entorno más próximo, con un debate muy interesante acerca de la toma de conciencia del valor de lo cercano. Los recursos identificados para la Actividad Física, responden principalmente a las categorías: Instalaciones deportivas, recursos urbanos y espacios naturales, suponiendo un 58% del total de activos detectados. El 42% restante corresponde a recursos para la una alimentación saludable, que pueden ser clasificados en: fomento de la dieta mediterránea, actividades educativas o de promoción, producción de alimentos y elaboración de platos saludables.

Conclusiones/Recomendaciones: El alumnado participante en el curso, mediante la técnica "photovoice", detectó que existen múltiples recursos en su entorno que pueden ser utilizados en la prevención de la obesidad infantil.

144. REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE HORAS DE SUEÑO Y OBESIDAD INFANTIL

J.C. Guerra Álvarez, M.V. García Palacios, A. Olry de Labry Lima, F.J. López Fernández

Servicio Andaluz de Salud; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Según la OMS se prevé que la obesidad infantil alcance a 70 millones de niños en 2025, cifrando España un 26% de varones y 24% de niñas con sobrepeso u obesidad (OCDE 2014). Entre los factores relacionados, emerge la importancia de las horas de sueño en esta patología, justificado por mecanismos hormonales/metabólicos. Objetivos: resumir la evidencia disponible sobre el impacto de las horas de sueño en la obesidad infantil (2-12 años).

Métodos: Revisión sistemática de estudios de Cohortes (noviembre 2010-mayo 2015) relacionando horas de sueño con obesidad/sobrepeso. Estrategia: búsqueda en Medline (PubMed) y Embase mediante términos libres y descriptores (MeSH, Emtree). Criterios de exclusión: menores con comorbilidad, idioma diferente a español/inglés, cartas y revisiones narrativas. La calidad de datos se evaluó mediante escala Newcastle-Ottawa (NOS).

Resultados: Se identificaron 298 referencias. Tras eliminar duplicados y aplicar tras su lectura criterios de exclusión, 9 artículos cumplían los criterios de inclusión, estudiando la relación de sobrepeso/obesidad con horas de sueño. La calidad metodológica de los estudios evaluada mediante escala NOS fue muy alta. Todos ellos informaron consistentemente una asociación inversa entre la duración del sueño y aumento de peso posterior en menores. Destaca una interacción significativa del sexo en la relación entre el patrón longitudinal de la duración del sueño y el sobrepeso/obesidad a los 6-7 años ($p = 0,003$, Tatone et al), ocurriendo sólo en niños.

Conclusiones/Recomendaciones: El sueño se describe como un factor determinante de la composición corporal futura en la infancia. Dormir menos constituye un riesgo significativo de mayor IMC medio infantil, incluso tras ajustar por múltiples factores implicados en la re-

gulación del peso corporal. Estos resultados subrayan la importancia del sueño recomendado en niños/as. Recomendaciones: dadas las repercusiones graves futuras en la morbilidad de estos pacientes, se recomienda implementar intervenciones de carácter integral/multi-componente comprensivas en niños/as, familias, educadores y profesionales de la salud sobre el sueño. Proponemos la monitorización objetiva del mismo, añadida a las de actividad física y alimentación saludable. Trabajos futuros podrían corroborar la influencia del sexo en este tema, estratificando recomendaciones a edades tempranas y estudiar el efecto de otras covariables y vulnerabilidad individual.

358. RELACIÓN ENTRE EL USO DE MEDICAMENTOS Y LOS ESTILOS DE VIDA

M.T. Kaiser Manzano, R. Mateos Campos

Universidad de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: Valorar la posible relación del consumo de medicamentos con los estilos de vida relacionados con la salud: alcohol, tabaco, actividad física y alimentación.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo transversal. Fuente de datos: cuestionario, validado, autocumplimentado. Variables dependientes: uso de medicamentos. Variables independientes: hábito alcohólico, hábito tabáquico, hábito alimentario, actividad física. Población de estudio: muestra representativa al azar de estudiantes de la Universidad de Salamanca, tomando como unidad de muestreo el aula: 705 individuos. Análisis de datos: descriptivo (frecuencia y %), analítica (estudio de la magnitud de la asociación entre el consumo de medicamentos y, la actividad física, el hábito tabáquico, el hábito alcohólico y el hábito alimentario).

Resultados: Utilización de medicamentos y hábito tabáquico: el 66,8% de los estudiantes no fuma, mientras que el 13,9% lo hace habitualmente. Consumen medicamentos en un 43,9% los estudiantes que no fuman, en un 58,7% los estudiantes que fumaban y en un 56,1% los que lo hacen habitualmente. Utilización de medicamentos y hábito alcohólico: un 7,9% de nuestros estudiantes no bebe y nunca lo ha hecho, mientras que el 43,5% son bebedores de fin de semana, y el 44,4% lo hace ocasionalmente. Consumen medicamentos en un 50,0% de sujetos cada uno los bebedores que no especifican y los que antes bebían, 47,6% los bebedores ocasionales, en un 47,2% los bebedores de fin de semana; en un 41,1% los estudiantes que no beben y en un 20,0% los que lo hacen a diario. Utilización de medicamentos y hábitos alimentarios: un 85,1% de los estudiantes realizan 3 o 4 comidas al día y un 8,9% de éstos menos de 3. Utilizan medicamentos en un 45,8% los que realizan 3 o 4 comidas al día, en un 60,5% los que realizan otras, y en un 42,9% los que realizan menos de 3. Utilización de medicamentos y actividad física: un 14,8% de nuestros estudiantes realizan actividad física diariamente, un 34,5% 2 o 3 veces a la semana y un 50,5% casi nunca, diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). Utilizan medicamentos en un 48,0% los que no realizan actividad física casi nunca, en un 50,1% los que lo hacen 2 o 3 veces a la semana, y en un 32,7% los que lo hacen diariamente, diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,008$; OR = 0,421; IC95% (0,283-0,615)).

Conclusiones/Recomendaciones: En los estudiantes universitarios existe asociación significativa entre el consumo de medicamentos y la actividad física, siendo las mujeres que realizan actividad física 2 o 3 veces a la semana las que presentan mayor prevalencia de uso.

477. AVALIAÇÃO DO AR EXPIRADO E DA QUALIDADE DO AR EM ESTABELECIMENTOS DE DIVERSÃO NOTURNA

V. Rodrigues, J. Conde, A. Ferreira, J.P. Figueiredo

Politécnico de Coimbra, ESTeSC-Coimbra Health School.

Antecedentes/Objetivos: A qualidade do ar, em estabelecimentos de diversão noturna tem sido, cada vez mais, objeto de estudo. São vários os componentes que se podem analisar aquando da medição do ar, todos eles com efeitos nocivos para a saúde pública (afetam principalmente as vias respiratórias), nomeadamente dióxido de carbono (CO₂), partículas (PM_{2,5} e PM₁₀), compostos orgânicos voláteis (COV's) e formaldeído. Sabe-se que o fumo passivo é prejudicial, nomeadamente para não fumadores. O estudo em questão tem como pressuposto verificar se os agentes agressores determinados em ambientes de diversão noturna, têm influência direta ou indireta no ar expirado, bem como se essa influência é ou não condicionadora de alterações respiratórias, nos indivíduos que frequentam espaços noturnos.

Métodos: Foi efetuado um estudo prospetivo numa amostra composta por 40 indivíduos, que frequentam com regularidade espaços noturnos com idade > 18 anos. Para a recolha da amostra realizou-se uma espirometria basal com o objectivo de despistar alterações respiratórias e mediu-se o nível de CO expirado antes e após frequentar o estabelecimento de diversão noturna, situado em Coimbra. Foram também recolhidos, dados dos parâmetros ambientais (partículas, CO, CO₂ e formaldeído), desse espaço de diversão noturna.

Resultados: Nas provas funcionais respiratórias, todos os indivíduos obtiveram valores dentro da normalidade. Também os parâmetros ambientais se encontravam todos dentro do intervalo de normalidade, ressaltando-se neste caso o facto de não ter sido avaliado o CO ambiental. Os fumadores evidenciavam um valor médio já elevado no começo da noite, isto é, sem estarem expostos, $16,50 \pm 12,103$ (Pré-CO ppm). Esse valor aumentou ainda mais para uma média de $26,30 \pm 14,514$ (Pós-CO ppm). Padrão semelhante ocorreu no grupo de não fumadores quer ao nível do CO em ppm quer ao nível da hemoglobina, $2,40 \pm 1,903$ (Pré CO ppm) no início da noite e depois $5,85 \pm ,416$ (Pós CO ppm). Quanto aos fumadores, sabe-se que todos eles, 20, aumentaram efetivamente o nível de monóxido de carbono. No grupo de não fumadores, o mesmo não ocorreu.

Conclusiones/Recomendaciones: Os dados obtidos permitem enfatizar a importância da aplicação de normas corretivas em relação à melhoria da qualidade do ar em espaços de diversão noturna, bem como em outros espaços de lazer. São conhecidos os efeitos destes poluentes na saúde pública e neste caso, nas vias respiratórias. Sabe-se que o monóxido de carbono afeta não só os fumadores como também não fumadores, tornando-se então extremamente prejudicial à saúde. Neste estudo verificamos que os fumadores aumentam substancialmente o valor já de si alto. Realçamos, no entanto, o facto dos não fumadores cujo valor de partida é já de si superior a zero, ter aumentado cerca de 150% durante a permanência no espaço de diversão noturna.

356. PATRÓN DE USO DE MEDICAMENTOS EN UNIVERSITARIOS

M.T. Kaiser Manzano, R. Mateos Campos

Universidad de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: Los jóvenes son el grupo de población que puede marcar la diferencia futura en los patrones de uso de medicamentos. Evaluar el Uso de Medicamentos en población joven e identificar las distintas variables asociadas a los patrones de uso.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo transversal. Fuente de datos: cuestionario, validado, autocumplimentado. - Variables dependientes: Uso de medicamentos prescritos y no prescritos - Variables independientes: sexo, edad, lugar de residencia, tipo de estudios y número de miembros de familia. Población de estudio: muestra representativa al azar de estudiantes de la Universidad de Salamanca, tomando como unidad de muestreo el aula: 705 individuos. Análisis de datos: Descriptivo (frecuencia y %) relación entre variables (chi cuadrado).

Resultados: El 46,7% de los universitarios, consumieron medicamentos en los 15 días anteriores (51,1% mujeres y 31,4% varones). Diferencias significativas ($p < 0,0001$). Usan más medicamentos los estudiantes de carreras relacionadas con ciencias de la salud 51,9%; los que viven en Colegios Mayores 49,2%; los que pertenecen a familias compuestas por dos miembros 57,3%. Un 57,1% de los medicamentos se consumieron sin ser prescritos. Son los varones con un 66,0% los que más consumen sin prescripción. Estos medicamentos se consumieron por repeticiones de prescripciones anteriores en un 30,9% de los casos, recomendados por el farmacéutico en un 23,4%, y recomendados por familiares o amigos en un 17,0%. Las patologías que motivaron el uso han sido: cefalea 23,1%, catarros 10,0%, dolor de garganta 8,8% y gripe 6,7%. Diferencias significativas ($p=0,008$). Mujeres dismenorrea (14,0%) y varones cefalea (32,0%). Los grupos anatómicos más consumidos fueron N (Sistema Nervioso Central) 36,8%, M (Aparato Musculoesquelético) 27,1%, R (Aparato Respiratorio) 10,0% y J (Antiinfecciosos) 8,8%. Los subgrupos terapéuticos más utilizados fueron: N02BE (Paracetamol) 28,9%, M01AE (Ibuprofeno) 25,8%, J01CA (Penicilinas) 6,08%. Diferencias significativas ($p = 0,005$).

Conclusiones/Recomendaciones: El 46,7% de los estudiantes utilizaron medicamentos en los 15 días anteriores (51,1% mujeres y 31,4% varones). Los grupos terapéuticos utilizados fueron: Analgésicos, Antiinflamatorios, Expectorantes-Mucolíticos y Antiinfecciosos. Las principales patologías fueron: Cefalea, Catarros y Resfriados, Dolor de garganta y Gripe. El 57,1% de los estudiantes utilizó medicamentos no prescritos, que se usaron por repetición de prescripciones anteriores o recomendados por el farmacéutico.

CP23. VIH-Sida

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Pantalla 3

Modera: Marcelino García Fernández

774. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH EN SUBGRUPOS QUE REQUIEREN ACTUACIONES ESPECÍFICAS

P. Barroso García, M. San Martín Martínez, P. Marín Martínez

Delegación Territorial de Salud de Almería.

Antecedentes/Objetivos: Desde el Plan Integral de VIH-SIDA se potencia la coordinación con entidades que trabajan con segmentos de población con mayor riesgo de infección por VIH, por compartir estilos de vida y carencias de información para acceder a medios preventivos y servicios de salud. El objetivo es describir actuaciones realizadas desde Salud en coordinación con diversas entidades para la prevención del VIH en Almería.

Métodos: Se han revisado las actividades que hacen varias entidades (AIMUR, Médicos del Mundo, APRAMP, Mujeres en Zona de Conflicto, Proderechos Humanos y Colega) de manera coordinada con Salud en el período 2008-2015: reparto de material informativo y didáctico, distribución de material preventivo, realización de test de diagnóstico rápido de VIH siguiendo el protocolo establecido en Andalucía (Hay una formación previa de personas de las entidades). La coordinación para la organización y seguimiento de actividades se establece en reuniones de trabajo. Se han calculado tasas de incidencia con información del registro Siviha para el período 2013-2015, teniendo en cuenta los datos del padrón municipal.

Resultados: Desde el año 2008 se han repartido 1.524.210 preservativos masculinos, 19.300 femeninos, 439.400 unidades de lubricante y 8.648 materiales específicos HSH. Se ha realizado formación a 58 personas de nueve entidades. Se han realizado 2.617 test de diagnóstico rápido, detectándose 37 positivos (54% en hombres). Desde el año 2013 se organiza conjuntamente las actividades para el Día Mundial de la lucha contra el SIDA. En el período 2013-2015 se han declarado 129 nuevos casos de VIH, con unas tasas de 3.15, 6.98 y 8.23 casos por cien mil habitantes respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: El trabajo coordinado con entidades está permitiendo llegar a población con mayor riesgo de infección por VIH. Desde que se inició el registro Siviha en el año 2013 hay datos de nuevos casos de VIH, que junto a los de prevalencia, van a permitir como acción estratégica mejorar la coordinación con las citadas entidades.

747. HEALTH PROFESSIONALS AND HIV STEREOTYPES: THE RELATION BETWEEN DISCRIMINATION/STEREOTYPE AND CONCEPT RELATED WITH WELL BEING

P.M. Parreira, D. Oliveira, L.S. Mónico, C. Carvalho, A. Salgueiro-Oliveira, L.M. Braga, C. Arreguy-Sena, D. Gómez

Coimbra Nursing School; University of Rio de Janeiro State; University of Coimbra; University of Coimbra; Coimbra Nursing School; Federal University of Viçosa-MG; Federal University of Juiz de Fora-MG; University Autónoma of México.

Antecedentes/Objetivos: Given that about 34 million people live with HIV, there is an urgent need to fight against stigma/discrimination of HIV patients. The stigma includes social rejection, intolerance, discrimination, and stereotyping, leading to unhappiness. The objective of this study is to analyze the predictive effects of negative feelings, life valorisation and opportunistic diseases in discrimination, solidarity, support and care needs of HIV patients by health professionals.

Métodos: A randomized stratified sample of 629 HIV healthcare professionals was composed from public Health Centers. An instrument was developed to evaluate the relationship between discrimination towards HIV patients and negative feelings, life valorization, and opportunistic diseases. AMOS was performed for path analysis.

Resultados: The adjusted model explained 23% of care needs, 17% of solidarity, 15% of discrimination, and 8% of support needs towards HIV patients. The perceptions of health professionals that HIV increases opportunistic diseases ($\beta = 0.19$), associated with life valorization ($\beta = 0.15$) and feel sorry ($\beta = 0.10$), predicted higher care needs in HIV patients. Additionally, care needs was also predicted by the feelings that HIV patients are suffering ($\beta = 0.10$). Those care needs improves solidarity ($\beta = 0.29$), which is also incremented by perceptions of opportunistic diseases in HIV patients ($\beta = 0.09$), life valorization ($\beta = 0.07$), and the feelings that HIV patients are social isolated ($\beta = 0.09$). Discrimination was positively predicted by health professionals fear when dealing with HIV patients ($\beta = 0.16$). They perceive these patients as having social isolation ($\beta = 0.16$), suffering ($\beta = 0.15$), hopelessness ($\beta = 0.10$) and triggering feelings of sorry in citizens ($\beta = 0.18$). Support needs is predicted by perceptions of health professionals that HIV patients are social isolated ($\beta = 0.15$), suffer ($\beta = 0.11$), and have opportunistic diseases ($\beta = 0.15$). These support needs have a positive influence on care needs ($\beta = 0.27$) and solidarity ($\beta = 0.08$).

Conclusiones/Recomendaciones: Care needs were the main variable explained in the model. Health professionals note consciousness of health care, mainly improved by their knowledge about HIV patients' needs and health care, associated with life valorization. Health care needs also improved solidarity. Despite the presence of discrimination, mainly due to fear in dealing with HIV patients and feelings of sorry, the valorization of care needs seems to attenuate this discrimination.

562. FRECUENCIA E IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR VIH

R. Guaita, R. Ferrer, A. Míguez, A. Pagá, L. Soriano, A. Salazar

Sección de Epidemiología, CSP Valencia; Medicina Preventiva, CHGUV; Medicina Preventiva, Hospital Dr. Peset, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La incorporación de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a la Vigilancia de Salud Pública ha conllevado, en nuestro territorio, una modificación de la perspectiva del problema y su prevención. La utilización de registros microbiológicos con carácter sistemático ha permitido suplir el desconocimiento que anteriores sistemas de registro fueron incapaces de resolver. Nuestro objeto es dimensionar, por primera vez, la Prevalencia de infección y la Incidencia de base poblacional para el periodo 2011-15 en la ciudad de Valencia.

Métodos: A partir de la Red Microbiológica de la Comunidad Valenciana recuperamos la totalidad de pruebas positivas a VIH (Ac-anti-VIH, WB Ac-anti-VIH y carga viral) que permiten la clasificación de infección. Los casos confirmados fueron revisados documentalmente y/o encuestados. Los datos recogidos de la encuesta permitieron clasificar las fechas de diagnóstico, el estadio clínico, datos de filiación y prácticas de riesgo. Se constituyó una base de datos para el periodo 2011-15 que fue analizada mediante SPSS+. Presentamos los valores de Prevalencia poblacional e incidencia.

Resultados: Un total de 1.269 casos de infección por VIH fueron registrados durante el periodo 2011-15. Fueron incidentes en su año de notificación 335 (26,4%), Prevalentes < 3 años 485 (38,2%) y Prevalentes > 3 años 449 (35,4%). La incidencia anual varió entre $13,96 \times 100.000$ en 2011 a $14,17 \times 100.000$ en 2015, con elevaciones de 23 y 21 en 2012 y 13. La prevalencia previa al inicio del periodo fue de $42,29 \times 100.000$ que alcanzó en 2015 un $119,01 \times 100.000$. La identificación de casos durante su año de incidencia mejoró desde el 28% y 20% de 2011 y 2012 al 56% y 94% de los dos últimos años. El porcentaje de casos SIDA entre los infectados fue del 19% (241 casos), debiendo resaltar que el 70% de ellos fueron identificados los 2 últimos años del periodo. La transmisión no pudo ser identificada en el 39,72% de los casos. La práctica HSH estuvo presente en el 27,34% de los infectados, UDV en el 23,64%, la transmisión vertical 2,29% y la vía heterosexual un 5,20%.

Conclusiones/Recomendaciones: La incidencia de nuevas infecciones por VIH es 2 a 3 veces superior en nuestra ciudad respecto del conjunto del Estado, lo que comporta una elevada prevalencia en 2015, que deberá ser revisada al objeto de determinar la letalidad y la supervivencia en el próximo año. En nuestra opinión la detección microbiológica y su traslado a las unidades de vigilancia es el primer paso para la contención y reducción de la epidemia por VIH.

181. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE TEST VIH+ EN LAS DONACIONES DE SANGRE EN ESPAÑA

B.M. Fernández-Félix, M.N. Nieves, A. Muriel, D. Arroyo-Manzano, J. Zamora

Hospital Ramón y Cajal-IRYCIS; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La seguridad transfusional es una prioridad para las autoridades sanitarias. Los criterios de exclusión temporal o permanente de donantes son fundamentales para la reducción del riesgo de infección transfusional. La Comisión Europea recomienda a los Estados miembro la realización de estudios epidemiológicos para la vigilancia de la seguridad transfusional. El objetivo del estudio fue analizar la tendencia de la prevalencia de test VIH positivo en las donaciones de sangre en España en el periodo 2000 - 2014.

Métodos: Se emplearon los datos comunicados al MSSSI de todas las donaciones de sangre realizadas entre 2000 y 2014 en España. El cálculo de la prevalencia anual de unidades donadas positivas al VIH

se realizó mediante modelos de regresión de Poisson. La tendencia temporal durante el periodo de observación fue modelada mediante una regresión de Poisson, incorporando el periodo como término no lineal. Para evaluar los cambios en la tendencia se usó un modelo de regresión Joinpoint. Se ajustaron modelos no lineales y, a partir de contrastes de hipótesis se estimaron los momentos de cambio en la tendencia. El número de puntos de inflexión se determinó mediante el BIC (Bayesian Information Criterion) que permitió escoger el modelo con mayor bondad de ajuste. La variabilidad explicada por cada uno de los modelos fue cuantificada mediante el coeficiente de determinación.

Resultados: Ante la apariencia no lineal observada, se ajustó un modelo de Poisson cuadrático, mostrando una estabilización o, incluso, un decrecimiento de las prevalencias de Unidades infectadas en los últimos años ($R^2 = 0,894$). La búsqueda de puntos de inflexión rindió un resultado significativo y consistente con las observaciones anteriores ($R^2 = 0,926$). Se aprecia un punto de inflexión (joinpoint) en el año 2010 de forma que se observa una tendencia lineal creciente significativa ($p < 0,001$) en el periodo 2000-2010 que se torna en una tendencia plana de estabilización en los años posteriores a 2010, incluso con un coeficiente negativo de decrecimiento, aunque no significativo ($p = 0,400$).

Conclusiones/Recomendaciones: El modelo JoinPoint explica mejor los valores observados de la prevalencia comparado con el modelo de Poisson no lineal. El punto de inflexión encontrado se relaciona con los cambios en la cobertura de pruebas ultrasensibles en el territorio nacional.

Financiación: Comité de Seguridad Transfusional. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

692. ESTUDIO PILOTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA OFERTA RUTINARIA DE LA PRUEBA DIAGNÓSTICA DE VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

C. Márquez Riveras, R. Lema Mougan, J. Cereijo Fernández, M. Pereiras López, J.A. Taboada Rodríguez, X. Hervada Vidal

Consejería de Sanidad de Galicia.

Antecedentes/Objetivos: En 2014, se estima que viven en España unas 150.000 personas con VIH (8.000 en Galicia), de las cuales un 30% lo desconocen. Tanto en España como en Galicia, existe un importante diagnóstico tardío (DT) de VIH (46% y 50% respectivamente). Se considera DT a la presencia de una cifra de linfocitos CD4 inferior a $350 \text{ células}/\mu\text{l}$ en la primera determinación tras el diagnóstico. El DT aumenta la morbimortalidad de las personas con VIH, favorece la diseminación del VIH en la población y eleva el coste del tratamiento y cuidado de estas personas. Para disminuir este DT, el Plan Nacional del Sida empezó un estudio piloto en 2015 para valorar la factibilidad de la oferta rutinaria de la prueba del VIH en Atención Primaria en el que ha participado el Plan gallego antiVIH/sida y otras ITS. El objetivo del estudio es valorar la factibilidad de la implementación de esta estrategia.

Métodos: Es un estudio descriptivo transversal que se realizó en Galicia, de febrero a julio de 2015, en 27 consultas de 4 centros de salud de Oleiros y A Coruña (ayuntamientos con una incidencia superior al percentil 75 español entre los años 2009-2011 (punto de corte del estudio)). Se consultó el SIGIVIH para conocer el número de casos que se producen anualmente en estos ayuntamientos. A continuación se calculó el número de casos proporcional que deberían aparecer en la población estudiada. Se incluyeron sistemáticamente a las personas que acudieron a estas consultas y que por cualquier motivo se le indica una extracción de sangre. Los criterios de inclusión son tener entre 20-59 años y ser sexualmente activo. Los criterios de exclusión son estar diagnosticado de VIH, haber realizado una prueba de VIH en el

último año, presentar criterios clínicos de infección por VIH/sida o estar embarazada. El médico/a ofertaba la prueba de VIH y recababa el consentimiento verbal del paciente. Si éste/a aceptaba realizar la prueba, se le informaba sobre la misma. Las variables del estudio son: número de personas con criterios válidos para realizar el estudio; número de personas que aceptan realizar la prueba y diversas variables de las personas que resultasen positivas a la prueba. Las variables cuantitativas se expresan en medias y las cualitativas en distribución de frecuencias.

Resultados: Participaron 27 médicos (84%). De las 1.380 personas que cumplieron los criterios (10,4 de media mensual por médico/a) aceptaron hacerse la prueba 1.290 (93,5% de porcentaje medio) (9,7 pacientes de media mensual por médico/a). No se detectó ningún caso de los 2 que se esperaba encontrar.

Conclusiones/Recomendaciones: La oferta rutinaria de la prueba del VIH en Atención Primaria fue bien aceptada aunque no parece resultar efectiva para detectar casos de VIH sin diagnosticar en Galicia.

897. VALORACIONES POR PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA INDICACIÓN DE LA PRUEBA DE VIH

M. Pichiule, M.F. Domínguez-Berjón, C. García-Riolobos, C. García-Valverde, M.A. Gavela, M. Ciprian, M.C. Álvarez-Castillo, J. Astray, Grupo ESTVIH

Dirección General de Salud Pública; Gerencia Asistencial de Atención Primaria; Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: En la Comunidad de Madrid se está realizando un proyecto de evaluación de estrategias de diagnóstico precoz de VIH en centros de salud (CS) de Atención Primaria 'Proyecto ESTVIH'. Se han implementado tres estrategias: Oferta Rutinaria (OR) en aquellos sexualmente activos a los que se solicita alguna analítica, Oferta Dirigida (OD) en aquellos con prácticas de riesgo o que pertenecen a grupos vulnerables y Oferta por Enfermedad Indicativa (OI) en aquellos con alguna enfermedad indicadora de infección por VIH. El objetivo es analizar para cada estrategia, la participación de profesionales y las características de los pacientes valorados.

Métodos: Se seleccionaron CS de zonas de mayor incidencia de VIH. Tras una fase piloto en septiembre de 2015 se implementaron tres estrategias en 30 CS (10 aleatorizados a cada estrategia). La participación de los profesionales de medicina y de enfermería fue voluntaria. La población diana fueron personas de 18-64 años que acuden a los CS y cumplen criterios para ser incluidos según cada estrategia. Se ha considerado el número de valoraciones realizado por profesional y las características (sexo, edad y origen) de los pacientes valorados. Se analizan los resultados según estrategia y categoría profesional. Se realizan comparaciones con el test de ji cuadrado y de Kruskal-Wallis.

Resultados: A mitad de proyecto (febrero 2016) 299 profesionales realizaron valoración de pacientes, con mayor participación de profesionales de medicina (69,6%); según estrategia mayor participación en OI (41,1%) seguido de OD (30,8%) y OR (28,1%). La mediana de pacientes valorados por profesional fue 6 con rango intercuartílico (RIC) de 2-14 y los profesionales de medicina realizaron más valoraciones que enfermería (mediana de 7 vs 3; $p < 0,05$) asimismo en OR se realizaron más valoraciones que en OI y OD (mediana 11,5; 5 y 5; $p < 0,05$). Respecto a las características de los pacientes valorados (3.609) la mediana de edad fue 39 años (RIC: 30-50). En OD la edad fue menor, seguido de OR y OI (mediana 33; 39 y 42; $p < 0,05$). Según origen 30,6% se realizaron en nacidos fuera de España; con más extranjeros en OD seguido de OR y de OI (35,7%; 32,4% y 25,9%; $p < 0,05$). Un 41,1% fueron hombres; proporción mayor en OD seguido de OR y OI (46,9%; 45% y 33%; $p < 0,05$).

Conclusiones/Recomendaciones: Hay diferencias en la participación de profesionales con mayor participación en la Oferta por Enfermedad Indicativa y de profesionales de medicina. Las diferencias de las características de los pacientes valorados según estrategias pare-

cen estar en relación con las indicaciones propias; sin embargo pueden existir otros motivos que influyan en la elección de pacientes.

Conflicto de intereses: Financiación parcial GILEAD.

210. CAMPAÑA PREVENTIVA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA APP WAPO

C. Márquez Riveras, R. Lema Mougan, J. Cereijo Fernández, M. Pereiras López, J.A. Taboada Rodríguez, X. Hervada Vidal

Consejería de Sanidad de Galicia.

Antecedentes/Objetivos: Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) son considerados un grupo core con elevada prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). En España, de 2005 a 2011, el mecanismo de transmisión más frecuente de sífilis y gonococia fueron las relaciones sexuales entre hombres. En Galicia, de 2004 a 2014, el 48,3% de los casos de VIH en hombres también se produjeron por relaciones sexuales entre hombres, con una tendencia ascendente durante el período estudiado que parece frenarse en los últimos años. Un fenómeno reciente es el uso de app para buscar contactos sexuales que con frecuencia son esporádicos y anónimos. Esta situación evidencia la necesidad de adoptar nuevas estrategias de control y prevención de ITS en HSH como el desarrollo de campañas preventivas a través de nuevas tecnologías. Por eso, el Plan gallego anti VIH/sida y otras ITS, en colaboración con los Centros Quérote+ (Xunta de Galicia), desarrolló una campaña preventiva en la app Wapo de mayo a diciembre de 2015. El objetivo de esta campaña fue difundir información preventiva sobre infecciones de transmisión sexual en HSH.

Métodos: Los HSH situados en Galicia cada vez que abrían la app Wapo en su móvil veían una imagen preventiva durante 5 segundos. La imagen consistía en un gráfico con un lema preventivo que promovía el uso del preservativo, la prueba del VIH o la lucha contra el estigma de las personas afectadas entre otros. Cada mes, se emitía una imagen diferente. La imagen se emitía de jueves a lunes, una semana de cada mes, excepto en junio y en diciembre que se emitió 10 días consecutivos con motivo del Día del orgullo gay y del Día mundial del sida. Si el hombre pulsaba encima de la imagen (click) era dirigido a una página web de los Centros Quérote+ con información preventiva sobre ITS para HSH. Se seleccionó la app Wapo por tener información de que era la app de contactos entre HSH más usada en Galicia. Para desarrollar la campaña se contrató a una empresa de diseño gráfico que editó las imágenes y a la app Wapo que las emitió.

Resultados: El rango mensual de clicks osciló entre 2.225 y 3.872, excepto en los meses de junio y diciembre que la cifra de clicks ascendió a 4.132 y 4.662 respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: Un elevado número de HSH que usaban Wapo recibieron información preventiva sobre ITS. Aunque la evolución de la incidencia anual de ITS en Galicia no podría asociarse directamente al impacto de esta campaña, creemos importante desarrollar campañas en aquellas redes sociales y medios de comunicación empleados masivamente por HSH. El uso de redes sociales de HSH en campañas preventivas permite emitir mensajes exclusivamente a la población objetivo, evitando la posible estigmatización de estas personas en la población general.

368. BUENAS PRÁCTICAS EN EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

M. Besó Delgado, C. Gil Borrelli, E. García Carrasco, J.A. Aguilera Mellado, O. Castillo Soria, R. Polo Rodríguez, B. Rodríguez Ortiz de Salazar

Hospital Clínico Universitario de Valencia; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre el Sida.

Antecedentes/Objetivos: Fomentar el conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) es fundamental para

que las personas sean capaces de tomar decisiones meditadas con respecto a su propia salud sexual adaptando los métodos de divulgación a sus valores creencias y estilos de vida. Uno de los objetivos del Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras ITS 2013-2016 es aumentar el conocimiento sobre el VIH y las ITS en la población general a través de la promoción y el refuerzo de la educación afectivo-sexual en la escuela y la familia. En este contexto se ha iniciado un proyecto cuyo fin es identificar "Buenas Prácticas en Educación Afectivo-Sexual" como referencia para su posterior difusión e implementación.

Métodos: Se realizó una búsqueda en las páginas web de las consejerías de educación y sanidad de las diferentes CCAA, utilizando las palabras claves "Educación Sexual", "Educación VIH e ITS", "Educación SIDA", sin restricción en el idioma. Se incluyeron programas o planes, páginas web, materiales didácticos y guías sobre educación afectivo-sexual, centros de información juvenil y redes de promoción de salud afectivo-sexual. Se excluyeron campañas puntuales sin continuidad. Las variables analizadas fueron: tipo de intervención, año, población diana, ámbito, área de influencia y evaluación.

Resultados: Se analizó información de 17 CCAA, de las cuales 13 realizan programas, 2 tienen webs informativas, 2 ofrecen materiales didácticos, 3 han elaborado guías, 5 poseen centros de información juvenil y 2 pertenecen a una red de escuelas promotoras de salud. El ámbito de estas intervenciones es educativo en 18 casos, comunitario en 10 y sanitario en 3. La población diana mayoritaria es el colectivo de jóvenes. En las intervenciones de ámbito educativo, destacan los programas dirigidos a alumnos de educación secundaria. De todas las intervenciones, solo dos programas educativos habían sido evaluados. Como resultado de esta búsqueda se ha elaborado un cuestionario de recogida de datos con el fin de recabar información más detallada sobre las actividades realizadas en educación afectivo-sexual en las diferentes CCAA.

Conclusiones/Recomendaciones: Existe una gran variabilidad en las actividades encaminadas a incrementar los conocimientos frente a la infección por VIH y otras ITS en las diferentes comunidades autónomas. La mayor parte de los programas carecen de una evaluación que permita avanzar de manera más eficiente hacia el reconocimiento y expansión de buenas prácticas.

69. DANDO RESPUESTA AL VIH, 17 AÑOS DE EXPERIENCIA DE LA TELECONSULTA

M.A. Mosquera Gordillo, J. Belda Ibáñez, A. Díez Jiménez, T. Esguevillas Martín, E. Fernández García, E. Galán Rubio, T. Zafra Espinosa, J. Vaya Utiel

Hospital Universitario San Juan de Alicante; Centro de Salud Pública de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La teleconsulta es una herramienta de interés creciente con un importante número y variedad de programas. La infección por el VIH es un área en la que este tipo de consultas han resultado útiles, promoviendo un fácil acceso y resolución de dudas e interrogantes surgidas en la práctica clínica y en la vida cotidiana. Programas como el Warmline de Estados Unidos es una importante referencia. Objetivo: describir las características sociodemográficas y el tipo de información que solicitan por teleconsulta al Centro de Información y Prevención del Sida (CIPS) de Alicante durante el periodo de 1998 a 2015.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. El criterio de inclusión fue registro de llamadas atendidas en el CIPS desde 1998 hasta el 31 de diciembre del 2015. Variables analizadas: año, sexo, edad, localidad, motivo de consulta y cómo conocieron el CIPS. Se utilizó el programa R versión 3.2.

Resultados: Entre 1998 a 2015 se recibieron 11.638 teleconsultas, edad media 33,28 años (rango 15-75 años), 73% fueron hombres. El

90% de las consultas estaba entre los 15 y 45 años. El 54,4% de las teleconsultas fueron realizadas desde el departamento de Alicante y municipios cercanos, 7% fueron realizadas desde el resto de España. El 25,8% conocieron el servicio mediante guías telefónicas, 15,3% a través de internet (dato registrado desde el año 2011), 14% por posters/folletos. El primer motivo de consulta fue sobre la transmisión sexual del VIH (24%), mayoritariamente en hombres ($p < 0,05$), seguido de la información relacionada con servicios del CIPS.

Conclusiones/Recomendaciones: La teleconsulta es una importante herramienta para dar respuestas rápidas, dada su característica de confidencialidad. Sin embargo, valoramos que deben potenciarse las nuevas tecnologías como whatsapp, Facebook, para llegar a la población más joven, objetivo prioritario en los planes estratégicos de ITS/VIH.

413. COINFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C E INCIDENCIA DE CÁNCER EN PACIENTES VIH

S. Pérttega Díaz, M.T. Seoane Pillado, I. Rodríguez Osorio, A. Castro, H. Meijide, E. Poveda, A. Mena de Cea

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; Grupo de Virología Clínica, INIBIC-Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Antecedentes/Objetivos: Determinar la incidencia de cáncer en pacientes VIH según la presencia o no de coinfección por virus de hepatitis C (VHC), y compararla con la incidencia en población general.

Métodos: Estudio de seguimiento ambispectivo de pacientes VIH diagnosticados en 1985-2013 seguidos en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. La variable principal fue la confirmación de diagnóstico de cáncer (tumores definitivos de SIDA y tumores no definitivos) en el seguimiento, hasta julio de 2015. Se calculó la tasa de incidencia de cáncer cruda y ajustada por el método indirecto, utilizando los datos de incidencia de cáncer publicados en el informe GLOBOCAN 2012. Para comparar la incidencia observada con la publicada en población general, se calculó la razón de incidencias estandarizada (SRI) y su intervalo de confianza al 95%. Para analizar la incidencia acumulada de cáncer tras el diagnóstico de VIH se aplicó una metodología de riesgos competitivos.

Resultados: Se incluyeron $n = 2.318$ pacientes (75,8% hombres, edad media al diagnóstico del VIH $32,3 \pm 10,1$ años), que dieron lugar a 26.580 personas-año de seguimiento. De ellos, 857 (37,0%) eran pacientes coinfectados por VHC y 1.461 (63,0%) pacientes monoinfectados por VIH. Durante el seguimiento, se diagnosticaron 185 tumores, con una tasa de incidencia (TI) de 696 tumores por 100.000 personas/año, significativamente más elevada que en población general ($SIR = 3,8$; $IC95\% 3,3-4,4$). La incidencia de tumores no definitivos de SIDA fue de 349,4 tumores/100.000 personas/año, más elevada en pacientes coinfectados ($TI = 415,0$; $SIR = 3,4$) que en monoinfectados ($TI = 377,3$; $SIR = 1,8$). La incidencia de tumores definitivos, por el contrario, fue más elevada en pacientes monoinfectados ($TI = 442,2$; $SIR = 37,4$) que en pacientes coinfectados ($TI = 127,2$; $SIR = 27,2$). La incidencia acumulada de cáncer es del 3,6% a los 5 años del diagnóstico de VIH, del 5,5% a los 10 años y del 10,4% a los 20 años. Un 50,2% de los pacientes siguen vivos y libres de tumores a los 20 años tras el diagnóstico. Tras ajustar por edad al diagnóstico, sexo y vía de transmisión, los pacientes coinfectados por VHC presentan significativamente una mayor incidencia de tumores no definitivos de SIDA (HR ajustado = 1,7; $IC95\% = 1,1-2,8$) y menor incidencia de tumores definitivos (HR ajustado = 0,44; $IC95\% = 0,25-0,74$).

Conclusiones/Recomendaciones: Los pacientes VIH presentan una incidencia de cáncer superior a la de la población general. La coinfección por VHC se asocia a una mayor tasa de incidencia de tumores no definitivos de SIDA.

455. ESTATUS SEROLÓGICO FRENTE A HEPATITIS B EN PERSONAS VIH POSITIVAS DE LA COHORTE CORIS

J.D. Martín García, B. Alejos, L. Martín Carbonero, I. Gutiérrez Cuellar, J. Portilla, S. Veloso, M.A. Von Wichmann, S. Monge

Hospital Virgen de la Salud; Centro Nacional de Epidemiología; Hospital La Paz; Hospital Gregorio Marañón; Hospital de Alicante; Hospital Joan XXIII; Hospital Reina Sofía; OSI Donostialdea; Universidad de Alcalá.

Antecedentes/Objetivos: Describir el estado inmunológico frente al virus de la hepatitis B (VHB) de los sujetos VIH positivos a su entrada en la cohorte CoRIS.

Métodos: CoRIS es una cohorte abierta, prospectiva y multicéntrica de adultos VIH positivo, naïve a tratamiento antirretroviral, que consultan por primera vez en alguno de los 33 centros participantes de 13 Comunidades Autónomas. Se incluyeron pacientes reclutados de 2004 a 2014 que tuvieran una determinación de CD4 y/o carga viral realizada = 1 mes tras el reclutamiento, momento en que se consideró la evaluación basal completa. Se analizó la información de vacunación y marcadores serológicos (antiHBs, antiHBc, AgHBs, AgHBe y DNA-VHB) recogidos en informes o realizados en el centro hasta esa fecha. Se clasificó en 5 estatus: susceptible a VHB, vacunado, contacto anterior con el virus (resuelto o sin datos de actividad actual), infección activa (sin diferenciar aguda o crónica) y desconocido.

Resultados: De 10.469 pacientes en CoRIS, 9.519 tenían evaluación basal y fueron incluidos. De ellos, 783 (8,2%) no disponían de ninguna determinación VHB. Se determinó antiHBs en 3.415 pacientes (35,9% positivos), antiHBc en 2.702 (28,4% positivos), AgHBs en 384 (4% positivos), AgHBe en 208 (2,2% positivos) y DNA-VHB en 123 (1,3% positivos), a pesar de lo cual en 1.623 pacientes la información no era suficiente para la caracterización completa del estatus frente a VHB; 1.027 de ellos eran pacientes con antiHBc negativo en quienes no existían datos suficientes para clasificarlo en vacunado vs susceptible. En total 7.113 (74,7%) disponían de información suficiente para su caracterización completa respecto al VHB: 1.913 (26,9%) fueron clasificados como susceptibles, 2.405 (33,8%) como vacunados, 2.371 (33,3%) habían tenido contacto con el virus y 424 (6%) tenían infección activa en el momento basal.

Conclusiones/Recomendaciones: La proporción de pacientes VIH positivos adecuadamente caracterizados respecto al VHB es inferior al estándar de calidad establecido por GESIDA, del 95%. La cifra de vacunados es mayor que en series anteriores, posiblemente por la llegada a la epidemia del VIH de las cohortes de población que recibieron vacunación sistemática frente a VHB en la infancia. Sin embargo, existen aún muchos pacientes susceptibles al VHB, lo que incide en la necesidad de poner en marcha de actividades preventivas, fundamentalmente la vacunación.

Financiación: FIS PI14/00784.

509. PERFIL DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH DE 50 O MÁS AÑOS NOTIFICADOS EN ESPAÑA EN 2014. TENDENCIA EN EL PERIODO 2009-2014

A. Cornejo, A. Díaz, I. Herrando, Grupo de Trabajo de SINIVIH

Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo, CNE, ISCIII; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Describir las características de los nuevos diagnósticos de VIH en adultos de 50 o más años notificados en España en 2014 y compararlas con los de 15-49. Analizar la tendencia de las tasas por sexo y modo de transmisión en los = 50 años entre 2009-2014.

Métodos: Estudio descriptivo de los nuevos diagnósticos de VIH de 50 o más años notificados al Sistema de Información de Nuevos Diag-

nósticos de VIH (SINIVIH) en 2014. Se realiza distribución de frecuencias del sexo, modo de transmisión, región de origen, sida al diagnóstico de VIH, enfermedad avanzada (< 200 CD4) y diagnóstico tardío (< 350 CD4). Estas variables se compararon con los de 15 a 49 años mediante el test de chi-cuadrado. Se realiza un análisis multivariado mediante regresión logística, utilizando la odds ratio y su intervalo de confianza al 95% como medida de asociación. Para el análisis de tendencias se estudiaron los casos procedentes de 15 CCAA, Ceuta y Melilla que notificaron de forma consistente entre 2009 y 2014. En el cálculo de las tasas se utilizó como denominador la población de estas CCAA por sexo y grupo de edad y se corrigieron por retraso en la notificación.

Resultados: En 2014 se notificaron al SINIVIH 3362 nuevos diagnósticos de VIH en mayores de 14 años, de los que 443 (13,2%) tenían 50 o más años. La mediana de edad en este grupo fue de 55 años (RIC: 52-61). El porcentaje de mujeres fue del 19,2%, y el modo de transmisión mayoritario las relaciones heterosexuales (40,6%), seguidas de las relaciones sexuales entre hombres (HSH) (29%) y en personas que se inyectan drogas (PID) (6,5%). El 74,7% eran españoles y el 6,8% latinoamericanos. El 27,3% padecía sida al diagnóstico de VIH, el 67,4% presentó diagnóstico tardío (DT) y el 49,5% tenían enfermedad avanzada (EA). La EA y el DT se presentan en mayor proporción en los mayores de 49 años (49,5% y 67,4% respectivamente) frente al grupo de 15 a 49 años. (24,4% y 42,9%). En el análisis multivariado ajustando por CCAA de notificación, los factores asociados positivamente a tener = 50 años al diagnóstico de VIH fueron: ser hombre (OR: 1,4; 1,0-2,0), origen español (OR: 2,1; 1,6-2,8) y nivel bajo de CD4 al diagnóstico: < 200 (OR: 3,1; ,4-4,1), 200-349: (1,6; 1,1-2,2) y de forma inversa a la transmisión en HSH (OR: 0,3; 0,2-0,4) frente a la heterosexual. Las tasas globales, por sexo y modo de transmisión se mantienen estables durante el periodo 2009-2014, excepto en hombres heterosexuales donde la tendencia fue ligeramente descendente.

Conclusiones/Recomendaciones: Conocer las diferentes características de los nuevos diagnósticos de VIH de 50 o más años es importante para diseñar estrategias de prevención y diagnóstico precoz enfocadas a este grupo de edad. Destaca la elevada proporción de casos con DT y EA.

898. CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES Y DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL ASOCIADAS A LA PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN PROYECTO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE VIH

C. García-Riolobos, M. Pichiule, M. Esteban-Vasallo, M.F. Domínguez-Berjón, O.M. Pérez-Gandía, R. Ruiz-Vargas, M.C. Álvarez-Castillo, J. Astray, Grupo ESTVIH

Dirección General de Salud Pública; Gerencia Asistencial de Atención Primaria; Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid está coordinando el estudio ESTVIH 'Evaluación de estrategias para promover el diagnóstico precoz de VIH en Atención Primaria'. El objetivo fue identificar las características poblacionales y de actividad asistencial que se asociaron a la participación de profesionales en el estudio.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Los 30 centros de salud (CS) participantes, seleccionados por ubicarse en zonas de mayor incidencia de VIH, se agrupaban en 3 estrategias de intervención, y se obtuvo para cada puesto asistencial (PA) su categoría (medicina -MF-/enfermería), titularidad (propietario/otros), población asignada (sexo, edad, existencia de diagnóstico de VIH) y datos de frecuentación (número de consultas/paciente) y presión asistencial (número de consultas/día) en el periodo previo al estudio. Se realizó un análisis descriptivo. Los factores asociados a la participación activa en el estudio hasta febrero de 2016 se determinaron mediante regresión logística

bi- y multivariante calculando odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95%.

Resultados: Se identificaron en la base de Tarjeta Sanitaria 826 PA (52,2% MF) en los CS participantes, con un 33,1% de participación (43,4% en MF, 21,8% en enfermería, $p < 0,01$). La participación osciló entre el 19,0-42,8% entre los PA de los cuartiles con más y menos población asignada (> 1.880 y < 1.409 pacientes/profesional respectivamente, $p < 0,01$). En el análisis multivariante los factores asociados a la participación fueron ser PA de MF (ORa: 2,53, IC: 1,84-3,48), pertenecer a un CS reclutado para la estrategia de intervención en enfermedad indicativa (ORa: 2,36, IC: 1,60-3,48 respecto a estrategia de oferta rutinaria), mayor proporción de población asignada de entre 18 y 64 años, edad de inclusión en el estudio ESTVIH (ORa: 2,62, IC: 1,57-4,38 en el cuartil de mayor proporción respecto al de menor) y presentar mayores cifras de frecuentación respecto a la población asignada (ORa: 2,77, IC: 1,67-4,60 en el cuartil de mayor frecuentación respecto al de menor). No se encontró asociación con la titularidad, diagnósticos de VIH de población asignada o presión asistencial.

Conclusiones/Recomendaciones: La participación profesional en el estudio ESTVIH se asoció a MF, asignación a estrategia de enfermedad indicativa, mayor proporción de pacientes asignados en edad de inclusión y mayor frecuentación. Un mayor número de contactos asistenciales de los pacientes podría facilitar la oferta de la prueba de VIH. Financiación: Financiación parcial GILEAD.

CP24. Mortalidad

Jueves, 15 de septiembre de 2016. 17:15 a 19:15 h

Pantalla 4

Modera: Lluís Cirera Suárez

679. CARACTERÍSTICAS DE LA MORTALIDAD OCURRIDA FUERA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA. CATALUNYA, 1986-2014

A. Freitas Ramírez, A. Puigdefàbregas, R. Gispert

Servei d'Estudis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Se dispone de la información de las defunciones de residentes en Cataluña ocurridas en otras comunidades autónomas desde el año 1986 al año 2014 y se describe y se analiza el impacto de la incorporación de estas defunciones en la mortalidad general y sus características.

Métodos: Los datos provienen de los Boletines Estadísticos de Defunción de personas residentes en Catalunya fallecidos e inscritos en otras CCAA durante el período 1986-2014. La información ha sido facilitada por el Instituto Nacional de Estadística. Se analiza la distribución porcentual de la mortalidad general y por grupos de causas detallados de las muertes ocurridas fuera de Catalunya (MFC) y el impacto que supone esta información sobre la mortalidad de los residentes en Catalunya (MC).

Resultados: Entre 1986 y 2014 se han producido 16552 MFC que representan un 1,03% adicional de las defunciones de residentes ocurridas en Catalunya (MC). La edad media de las MFC es 66 años (75 años en las MC), el 61% son hombres (52% de MC) y el 83% residen en la provincia de Barcelona (74% de MC). El 54% de las MFC se produjeron en las CCAA de Aragón, Andalucía y Comunidad Valenciana. En la mortalidad proporcional por causas destacan las causas externas que producen el 21,8% de todas las MFC (4,7% de las MC) y entre éstas los accidentes de tránsito el 14,6% (1,2% de las MC). La cardiopatía isquémica causa el 14,6% de las MFC (9,3% MC), mientras que los tumores son la causa del 15,4% de MFC (27,2% MC). La información recuperada supone algunos cambios en las tasas específicas de mortalidad por 1.000 habitantes: la tasa en hombres aumenta de 8,9 en la MC a 9,1 en la MFC y en mujeres pasa de 8,0 a 8,1 respectivamente. No se observan cambios en las tasas específicas por grupos de edad (< 64 años y $= 65$ años) de la MC y la MFC (1,6 y 6,9 defunciones por 1.000 h). Respecto a las tasas específicas por causas por 100.000 habitantes, esta información representa un incremento en las causas externas de 40,2 a 42,1 (accidentes de tránsito de 10,0 a 11,2); para la cardiopatía isquémica de 78,7 a 79,9 y los tumores de 230,5 a 231,8.

Conclusiones/Recomendaciones: Incorporar las defunciones de residentes en Catalunya ocurridas en otras CCAA supone un pequeño incremento del número de muertes con poca repercusión en las tasas globales aunque tiene un efecto más perceptible en el análisis por algunas causas.

792. ESTIMACIÓN DE INDICADORES DE MORTALIDAD SOBRE UNA REJILLA REGULAR DE 250 METROS

R. Cánovas Balboa, V. Montañés Cobo, F. Viciano, D. Ramiro Fariñas
IECA; CSIC.

Antecedentes/Objetivos: En España existe una rica casuística en la estimación de Razones de Mortalidad Estandarizadas (RME) a nivel de Sección Censal debido a la disponibilidad de información a este nivel. Su continua redefinición hace complejas las comparaciones temporales con estas unidades administrativas. EUROSTAT está promocionando el uso de una rejilla regular de 1 km² para evitar esta limitación. El Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) está ampliando el nivel de detalle hasta una rejilla regular de 250 metros de lado. Objetivos: geocodificar la residencia de más de 7.000.000 de personas presentes en el Censo 2001, para obtener agregaciones por celda de 250 m² de defunciones observadas y población expuesta. Realizar una estimación RME suavizada para las más de 40.000 celdas habitadas a finales de 2001 en Andalucía.

Métodos: Este trabajo está basado en un diseño longitudinal con población de partida la presente en el censo de 2001 e inscrita en algún padrón municipal de Andalucía el 1/1/2002. Esta población ha sido seguida durante 12 años, por medio de los registros de defunciones y variaciones padronales, hasta su defunción, salida de Andalucía o fin de estudio. El cálculo de las personas-tiempo para los denominadores de las tasas se ha realizado por agregación de los tiempos de seguimiento individuales en cada categoría de riesgo. Para las defunciones esperadas en cada celdilla se ha utilizado las tasas específicas por sexo y edad del conjunto de Andalucía para todo el periodo 2002-2013. Para la estimación de las RME suavizadas se optó por un método de suavizado bayesiano local siguiendo la metodología propuesta por Marshall, utilizando entornos de influencia variables combinados con técnicas de remuestreo para obtener intervalos de credibilidad capaces de discriminar celdas significativamente distintas.

Resultados: Del total de 40.932 celdas se consiguió estimar el 98%. De éstas, el 24,9% presentaban mortalidad inferior al conjunto de Andalucía y un 18,7% superior. Esta sobremortalidad se concentra en las provincias más occidentales. Por ejemplo, en Huelva las zonas con mortalidad alta triplican a las de Córdoba. Más del 45% de la población de Cádiz y Huelva reside en zonas de alta mortalidad frente al 8,8% de Córdoba. La investigación también se realizó por grandes grupos de causas de muerte en celdas de 1 km. Como ejemplo, más del 50% de los habitantes de Cádiz, Huelva y Sevilla residen en zonas con sobremortalidad por neoplasias frente al 10% de los residentes en Jaén y Córdoba. Los resultados en: <http://goo.gl/Rijyv4>.

Conclusiones/Recomendaciones: Este trabajo posibilita la estimación de la mortalidad a una escala territorial muy detallada, no usada

para ello hasta ahora. Su metodología, aplicable a otros indicadores, ofrece una alternativa metodológica para trabajar en ámbitos territoriales de muy bajo tamaño muestral.

Financiación: Fondo Social Europeo.

930. CONTRIBUIÇÃO DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO EM ÂMBITO HOSPITALAR, NA QUALIFICAÇÃO DA CAUSA BÁSICA DE ÓBITOS E DA ASSISTÊNCIA NO HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL – PARAÍBA/BRASIL

M.C. Cardoso Ferreira, M.A. de Oliveira, M.L. Gomes dos Santos, N.C. Braga Santiago de Lima, R.P. Figueiredo, C.L. Tavares de Melo, C.M. Alves de Oliveira

Hospital Municipal Santa Isabel; Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva-Universidade Federal da Paraíba.

Antecedentes/Objetivos: Realizar o esclarecimento das causas dos óbitos atestados no Hospital Municipal Santa Isabel no ano de 2015, em especial aqueles com causas mal definidas ou inconsistentes, visando conhecer as características epidemiológicas da mortalidade e qualificar os dados para a produção de informações verídicas, fidedignas e completas, aprimorando o Sistema de Informação sobre Mortalidade no município de João Pessoa- Paraíba/Brasil.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo no intuito de verificar a confiabilidade dos diagnósticos registrados nas declarações de óbitos ocorridos no ano de 2015 no Hospital Municipal Santa Isabel. As declarações de óbitos foram analisadas e, as que apresentavam causas mal definidas -com diagnósticos incompletos ou inconsistentes- foram submetidas à investigação epidemiológica minuciosa, utilizando-se instrumento de coleta próprio, elaborado para esse fim, e o prontuário médico como fonte de resgate dos dados. Em seguida, realizou-se a discussão e análise dos casos com a comissão de revisão de óbitos, bem como a reclassificação da causa básica determinante do óbito.

Resultados: Ocorreram 250 óbitos no ano de 2015 com uma taxa de mortalidade de 5,3%. Foram investigados até o presente 130 óbitos, sendo possível reclassificar a causa básica em 16,8% destes. O perfil da mortalidade revelou como principal causa de óbito as doenças do aparelho circulatório, seguida do aparelho respiratório e neoplasias. Houve uma predominância de mortes na faixa etária de maiores de 65 anos e no sexo feminino.

Conclusiones/Recomendaciones: O processo de institucionalização da vigilância do óbito e a efetiva parceria com a comissão de revisão de óbitos vem possibilitando qualificar as informações sobre mortalidade e detectar ocorrências de eventos que indiquem a necessidade de revisão do processo assistencial. Nesse sentido, em razão da relevância dos achados nessa pesquisa, faz-se necessário investir em capacitações sobre a importância do preenchimento da declaração de óbito.

572. ÓBITOS EM MINAS GERAIS, BRASIL, COM ÊNFASE EM CAUSAS MAL DEFINIDAS, 1996-2013

C.J. Miranda, V.M. Rodrigues, D.M. Leite, L.N. Assis

ESPMG; UFMG; SESMG.

Antecedentes/Objetivos: As estatísticas de mortalidade representam um importante indicador para a avaliação da situação de saúde de uma população. As análises são utilizadas para acompanhamento, planejamento e avaliação dos programas e políticas de saúde. No Brasil os dados são armazenados no Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, criado pelo Ministério da Saúde. Este estudo propõe descrever as causas de mortalidade e apontar os diferentes cenários encontrados em Minas Gerais (MG), Brasil, buscando contribuir para a gestão do sistema de saúde.

Métodos: Estudo descritivo em 8 53 municípios de um estado brasileiro. Foram utilizados os registros de óbitos de MG entre os anos de 1996 e 2013 no SIM e tabulados no software TABWIN, disponíveis no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Os dados foram tabulados de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID)-10, por causas determinantes e população residente, considerando o ano do óbito e a Região Ampliada de Saúde determinada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) que orienta o planejamento das políticas públicas em saúde.

Resultados: As análises por capítulo do CID10 indicaram os 5 principais nos registros de óbitos: Doenças do aparelho circulatório, Neoplasias, Causas maldefinidas, Doenças do aparelho respiratório, Causas externas. Quando os dados foram tabulados pela causa determinante, verificou-se que das 10 causas mais frequentes, as mal definidas ocuparam a 1ª posição, porém com índices decrescentes ao longo do período. O diabetes surge como a 6ª causa de óbito em MG, apresentando índices crescentes. Nota-se a ausência de uma causa de neoplasia única nas primeiras colocações. Há diferenças entre taxas de mortalidade por causa e região de residência.

Conclusiones/Recomendaciones: As taxas por causas mal definidas vêm diminuindo ao longo do período, porém, considerando causa determinante, continuam em primeiro lugar. A implantação de um Serviço de Verificação de Óbitos em MG funcionaria como um instrumento eficaz para o preenchimento desta lacuna.

686. IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN FORENSE EN LA ESTADÍSTICA DE CAUSAS DE MUERTE

A. Puigdefàbregas, A. Freitas Ramírez, R. Gispert, J. Castellà, J. Medallo

Servei d'Estudis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La información de la causa de muerte de las defunciones con intervención judicial tiene poca fiabilidad debido al complejo sistema de recogida de información. En Catalunya, como consecuencia del cambio de modelo del Boletín Estadístico de Defunción del año 2009, se detectó una disminución de la calidad de la información de las causas de muerte de las defunciones con intervención judicial. Desde el año 2010 se han ido introduciendo mejoras en la recuperación de esta información. El objetivo de este trabajo es describir la recuperación de los datos en defunciones con intervención forense y conocer el impacto sobre la estadística de causas de muerte para algunas causas específicas del año 2013.

Métodos: Los datos proceden de los Certificados Médicos de Defunción/Boletines Estadísticos de Defunción (CM/BED) y de los Boletines con intervención judicial (BEDJ) del año 2013. Se seleccionan los BEDJ en los que la causa de la muerte se considera mal definida (Códigos CIM10: R00-R99; G935; J81; X59) y se busca información del resultado preliminar (o definitivo si estaba disponible) de la autopsia forense realizada por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Catalunya. Se calculan y analizan el número y proporción de defunciones totales y por causas de muerte antes y después de la recuperación de información.

Resultados: El año 2013 se produjeron en Cataluña 61.066 defunciones, de las cuales 3.639 requirieron intervención judicial, de las cuales se revisó el 43,4%. El 77% de las causas mal definidas y el 42,9% de las causas externas de la estadística, provenían de defunciones con intervención forense. En el grupo de las causas externas recuperadas destaca el aumento de un 33% de las defunciones por suicidio, un 28% por caídas accidentales y un 23% por accidentes de tránsito.

Conclusiones/Recomendaciones: La recuperación de los datos en defunciones con intervención forense es útil. Se observa una infradeclaración importante en causas como el suicidio y los acciden-

tes de tráfico. La información forense mejora las causas mal definidas. Se debería revisar y adaptar el circuito de la declaración de las defunciones judiciales para la mejora sistemática de los datos de mortalidad.

953. TENDÊNCIA DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR PNEUMONIA NO BRASIL DE 1997 A 2013

R. Ferraz, J. Friestino, P. Francisco

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; Universidade Federal da Fronteira Sul.

Antecedentes/Objetivos: O intuito do estudo foi analisar a tendência temporal dos coeficientes de mortalidade por pneumonia no período de 1997 a 2013 nas regiões brasileiras.

Métodos: Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais dos coeficientes de mortalidade por pneumonia (padronizados por idade pelo método direto) segundo as regiões brasileiras no período de 1997 a 2013, com dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Datasus. Os coeficientes de mortalidade foram analisados utilizando-se modelos polinomiais, regressão segmentada (Join Point) e suavização por regressão localmente ponderada (LOWESS). Também foram calculados intervalos de confiança de 95% para os parâmetros dos modelos.

Resultados: As regiões tiveram coeficientes de mortalidade com comportamento de crescimento quadrático ao longo do período estudado. Os coeficientes apresentaram significativos pontos de mudança (ou inflexão), com declínios no Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil entre os anos de 2000 a 2002. Após o ano de 2002, os coeficientes de mortalidade por pneumonia mostraram tendências crescentes em todas as regiões, com a maior variação percentual anual (Annual Percent Change, APC) nas mesmas regiões que apresentaram momentos de quedas.

Conclusiones/Recomendaciones: As pneumonias destacam-se como importantes causas de hospitalização e óbitos na população, principalmente de crianças e idosos. A queda expressiva entre os anos de 2000 e 2002 pode ser reflexo da implementação da Campanha Nacional de Vacinação para o idoso. De modo geral, a tendência crescen-

te observada em todas as regiões brasileiras reflete a importância dessa doença na mortalidade da população brasileira.

717. ESPERANZA DE VIDA, ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD Y LIBRE DE DISCAPACIDAD EN CATALUNYA

A. Freitas Ramírez, R. Gispert, A. Puigdefàbregas, R. Tresserras

Servei d'Estudis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La esperanza de vida (EV), esperanza de vida en buena salud (EVBS) y libre de discapacidad (EVL) se consideran indicadores sintéticos de situación que permiten monitorizar la evolución del nivel de salud de la población. El objetivo del presente trabajo es describir la evolución de estos indicadores en Catalunya.

Métodos: Los datos utilizados corresponden a las defunciones de residentes en Catalunya de los años 1994, 2000, 2005 y 2010 hasta el 2013 del Registro de Mortalidad de Catalunya, las estimaciones intercensales (1994) y poscensales (resto de años) de población del IDES-CAT y la percepción de salud de la Encuesta de Salud de Catalunya. Se ha calculado la EV por edad y sexo (método demográfico clásico), la EVBS, EVLD según el método de Sullivan y la proporción de la EV vivida en buena salud y libre de discapacidad (EVBS/EV $\times$ 100%). Se presentará los datos correspondientes al 2014.

Resultados: En el año 2013 la EV al nacer de los hombres es de 80 años y de las mujeres de 86 años. La proporción de estos años que se viven en buena salud es del 83,9% y 80,1% respectivamente y la proporción de años libre de discapacidad es del 86,4% y 83,5%. Se observa un incremento progresivo de la EV y EVBS en ambos sexos y todos los grupos de edad, mientras que la EVLD presenta una tendencia más irregular. En el periodo estudiado la EV al nacer aumenta más en hombres (5 años vs 4 años en mujeres), la EVBS aumenta más en mujeres (11 años vs 7 años en hombres) y la EVLD lo hace casi en la misma proporción en ambos sexos (3 años aproximadamente).

Conclusiones/Recomendaciones: Tanto la mortalidad como el estado de salud de la población de Catalunya en los últimos años han experimentado una evolución favorable pero con variaciones según la variable sexo. La EVBS y la EVLD son indicadores útiles que permiten monitorizar el estado de salud de la población.

XXXIV REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y XI CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGIA

Epidemiología para la salud en todas las políticas

Sevilla, 14-16 de septiembre de 2016

VIERNES, 16 DE SEPTIEMBRE DE 2016

MESAS ESPONTÁNEAS

ME15. Retos y oportunidades de la investigación sobre la salud de la población inmigrante en España

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 09:30 a 11:30 h

Aula 7

Coordinan y moderan: *Jordi Casabona i Barbarà y Elena Ronda Pérez*

932. IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA INCIDENCIA DE HEPATITIS A EN INMIGRANTES Y AUTÓCTONOS EN BARCELONA

M. Fernández Quevedo, A. González Antelo, S. Manzanares Laya, P. Gorrindo, J.P. Millet, J.A. Caylà

Agència de Salut Pública de Barcelona; Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Los períodos de recesión económica (RE) se han relacionado con cambios en los indicadores de salud a nivel poblacional. La evidencia sobre el impacto de la RE en enfermedades transmisibles es escasa aunque datos sugieren que la incidencia aumenta en los grupos más vulnerables. Se describe la evolución de la incidencia de hepatitis A durante 14 años en la ciudad de Barcelona y se compara la incidencia en inmigrantes y autóctonos antes y después de la aparición de la RE.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de base poblacional de los casos notificados de hepatitis A a partir de datos del registro de enfermedades de declaración obligatoria de la ciudad y el padrón. Se

incluyeron los casos residentes entre el día 1 enero de 2001 y 31 de diciembre de 2014. Se analizaron factores socio-demográficos y epidemiológicos y se comparó la incidencia entre residentes autóctonos e inmigrantes, según nivel socioeconómico del barrio, considerando el inicio de la crisis el primer trimestre del 2009. La asociación entre el cambio de incidencia pre y post crisis se calculó mediante un modelo multinivel suponiendo una distribución binomial negativa expresado con una razón de incidencia (RDI) con intervalos de confianza del 95% (IC95%) ajustado por factores socio-económicos.

Resultados: 1.108 casos (68% inmigrantes) se notificaron. La ratio de hombres/mujeres fue de 2,7 y el 23% eran menores de 15 años. La incidencia media anual fue de 4,9 casos/100.000 habitantes (4,2 casos/100.000 en autóctonos y 7,5 casos/100.000 en inmigrantes). La incidencia fue mayor durante el período anterior a la crisis tanto en españoles como en inmigrantes: en españoles disminuyó de 4,5 a 3,7/100.000, y en inmigrantes de 10,2 a 6,1/100.000. Los inmigrantes (RID 2,3; IC95% = 1,9-2,7, $p < 0,001$) y los hombres (RDI 3,0; IC95% = 2,5-3,6, $p < 0,001$) presentaron un mayor riesgo de hepatitis A en la análisis multinivel, mientras que en el período post-crisis fue menor (RDI 0,90; IC95% = 0,87-0,93, $p \leq 0,001$). Vivir en una zona de bajos ingresos se asoció con una incidencia más alta en el modelo multinivel sólo entre inmigrantes (RDI 6,4, IC95% = 1,5-26,8, $p = 0,011$). Dos picos epidemiológicos en 2002 y 2009 vinculados a brotes entre hombres que tienen sexo con hombres representaron el 32% de los casos.

Conclusiones/Recomendaciones: La hepatitis A afecta más a inmigrantes, sobre todo a aquellos que residen en barrios más desfavorecidos. La incidencia disminuyó después del inicio de la RE, más en inmigrantes que en autóctonos. Los movimientos migratorios, los brotes entre grupos definidos en situación de riesgo y un perfil epidemiológico cambiante pueden explicar estos resultados.

938. IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA INCIDENCIA DE HEPATITIS B Y C EN AUTÓCTONOS E INMIGRANTES DE BARCELONA

M. Fernández Quevedo, A. González Antelo, S. Manzanares Laya, P. Gorrindo, J.P. Millet, J.A. Caylà

Agència de Salut Pública de Barcelona; Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Universitario de Vall d'Hebron; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Los períodos de recesión económica (RE) se relacionan con cambios en los indicadores de salud a nivel de población. Analizamos si la reciente crisis económica podría tener un impacto en la hepatitis viral en Barcelona. Se ha medido la incidencia de hepatitis B (HB) y de hepatitis C (HC) agudas antes y después del inicio de la crisis.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de base poblacional de todos los casos notificados de hepatitis B y C a partir del registro de enfermedades de declaración obligatoria de la ciudad y el padrón. Se incluyeron todos los casos residentes entre el día 1 enero de 2001 y 31 de diciembre de 2014. Se analizaron factores socio-demográficos y epidemiológicos y se comparó la incidencia entre residentes autóctonos e inmigrantes, según nivel socio-económico del barrio, considerando el inicio de la crisis el primer trimestre del 2009. La asociación entre el cambio de incidencia pre y post crisis se calculó mediante un modelo multinivel suponiendo una distribución binomial negativa expresado con una razón de incidencia (RDI) con intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Resultados: Se notificaron 516 casos de HB (36% inmigrantes) y 290 de HC (26% inmigrantes). Las incidencias de HB y HC fueron 2,3 y 1,3 casos/100.000, respectivamente. La incidencia HB presentó una aceleración a la baja después del 2009 con una disminución anual del 8% al 11% ($p < 0,001$) siendo los cambios similares entre inmigrantes y autóctonos. Los hombres inmigrantes presentan una mayor incidencia de HB (6,2/100.000) que los autóctonos (2,4/100.000). En el modelo multivariado los inmigrantes (RDI 3,5; IC95% = 2,8-4,4, $p < 0,001$) y los hombres (RDI 3,4; IC95% = 2,6-4,3, $p < 0,001$) presentan un mayor riesgo de HB. Previo a la crisis la incidencia de HC disminuyó 5% por año y 8% después ($p = 0,002$); no se encontraron diferencias en la tendencia según origen. Ser hombre (RDI 3,4; IC95% = 2,3-5,0, $p < 0,001$) e inmigrante (RDI 2,1; IC95% = 1,4-3,0, $p < 0,001$) fueron asociados con un mayor riesgo de HC en el modelo multinivel. Un aumento en la incidencia de HC en los hombres se observó en los últimos 3 años alcanzando 1,3 casos/100.000 en autóctonos y 7,4 casos/100.000 en inmigrantes. No se hallaron diferencias de ambas hepatitis por barrios.

Conclusiones/Recomendaciones: Se observó una tendencia a la baja de la incidencia de HB y HC durante el período. El riesgo de hepatitis viral se distribuye de forma desigual afectando más a hombres y los inmigrantes. Un incremento de la incidencia de HC en hombres a partir del 2012 podría estar relacionado con mayor detección y por la aparición de transmisión sexual.

232. CAMBIOS EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES EN EL CONTEXTO DE CRISIS ECONÓMICA

V. Porthé, I. Vargas, B. Sanz, I. Plaza, M. Ballesta, L. Bosch, E. Ronda, M.L. Vázquez

MEISI I: GRPSS-CSC; ISCIII; CIBERESP; ICS; SSIBE; Universidad de Alicante; Hospital Ramón y Cajal; ASPB; SAGESSA; BSA.

Antecedentes/Objetivos: Durante la crisis económica, el gobierno de España introdujo diversas medidas que afectaron al sistema de salud, como la reducción del gasto público, que en el ámbito de la provisión, implicó reducir los recursos humanos y materiales y limitar el acceso al sistema sanitario público de los inmigrantes irregulares (RDL 16/2012). El objetivo es analizar los cambios en la calidad de la atención sanitaria a los inmigrantes durante la crisis económica desde la perspectiva de profesionales y usuarios.

Métodos: Estudio cualitativo descriptivo-interpretativo desarrollado en dos áreas de Cataluña (noviembre 2014-marzo 2015) basado en entrevistas individuales a una muestra teórica de profesionales de atención primaria (AP), especializada (AE) ($n = 24$), administrativas ($n = 10$) y usuarios ($n = 19$) con y sin tarjeta sanitaria individual (TSI), hasta alcanzar la saturación. Análisis temático de contenido, segmen-

tado por áreas y grupo de informantes. La calidad de los datos se aseguró por triangulación.

Resultados: Mientras que los profesionales consideran que la calidad técnica no ha cambiado durante la crisis y lo que atribuyen principalmente a su trabajo vocacional, los usuarios perciben que ha empeorado. No obstante, emerge con fuerza en ambos grupos de informantes la reducción del tiempo disponible por paciente, percibida como la necesidad de “trabajar rápido” en los profesionales sanitarios y en profesionales que atienden “deprisa” según los usuarios, que todos atribuyen al aumento de la presión asistencial por reducción de personal. Los profesionales relacionan la disminución del tiempo por paciente con un posible aumento de errores en el diagnóstico/tratamiento y los usuarios, con la falta de exhaustividad en el diagnóstico y la percepción de que los tratamientos se limitan a antiinflamatorios/analgésicos, que en ocasiones, no resuelven el problema de salud. También señalan un peor trato al paciente, que los profesionales atribuyen al cansancio y estrés generados por la carga de trabajo, y los usuarios, especialmente aquellos sin TSI, a que los profesionales están “enfadados” o que ya no escuchan al paciente. Todos los informantes relacionan este cambio con el empeoramiento en las condiciones laborales de los profesionales y la crisis económica.

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque los profesionales consideran que la calidad no ha empeorado, profesionales y usuarios identifican cambios específicos en la calidad asistencial tanto calidad técnica (errores clínicos), como humana (trato al paciente) en el contexto de la crisis, especialmente relacionados con cambios estructurales, en concreto con la reducción de recursos.

Financiación: ISCIII (PI13/00261) y FEDER.

916. STUDYING THE FAMILY UNIT IN MIGRANTS COHORTS: FINDINGS FROM 40 PAKISTANI FAMILIES, BADALONA

F. Gaillardin, L. Ferrer Serret, C. Hernando Hernando, J. Casabona i Barbarà

CEEISCAT.

Antecedentes/Objetivos: Research on migrants' health points out the importance of multifactorial analysis and family trajectories. However migrant cohort studies lack a shared conceptual framework on the family as a subject of research. The multisite Longitudinal Study of Migrant Families (PELFI) is implemented in Badalona, Alicante and Barcelona. It studies migrant families' health determinants and outcomes. It defines the family unit as a structure formed by parent/s and children living together. Using preliminary results from 40 Pakistani families, we describe socio-demographic characteristics and health determinants at family level. We compare health determinants in fathers and mothers.

Métodos: We interviewed all members above 16 in 40 Pakistani families residing in Badalona. We first described socio-demographic characteristics of each family: structure, residency, children ages and cohabitation period. Stratifying by relevant family level variables, we characterised health determinants: income, subsidies, perception of economic and food security, living conditions, parents' educational and Spanish level, administrative status, employment and social security.

Resultados: Most families are two-parent units (90%) living together for more than 5 years (92%). Most (67%) have at least three children, 90% have children under 16. 77.3% of children were born in Pakistan. 91% of fathers have lived in Spain for more than 11 years, 51% of mothers have lived there for less than 5 years. In 81% both parents have permanent residency. In 33% both parents are unemployed. 16% of mothers and 66% of fathers are employed. 94% of fathers have social security as compared to 34% of mothers. In 37% none of the parents have completed primary school. 40% of mothers have

not finished primary. 60% of fathers have a secondary or higher degree. 83% of mothers speak no or little Spanish, 80% of fathers are proficient. Economic situation was evaluated using several variables. 57% of families earn less than €600 monthly and 62% report being food insecure.

Conclusiones/Recomendaciones: Most families have a secure administrative situation, however employment and living conditions are precarious. Work and social security cover differ between mothers and fathers. Mothers also possess less formal education and Spanish language skills. Studying the family unit provides valuable insights into factors mediating the impact of socio-economic health determinants in migrant populations. This initial study will serve to draw a typology in 274 families of the three sub-cohorts using multivariate analysis to seek associations between family characteristics and health outcomes.

Financiación: FIS, FEDER.

752. ¿PREGÚNTELE SI HA TOMADO MEDICAMENTOS DE SU PAÍS!

C. Hernando, M. Sabido, F. Gaillardin, J. Casabona

CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Programada de Doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona; CEEISCAT; FHUGTiP.

Antecedentes/Objetivos: La auto-medicación farmacológica sin prescripción médica (AM) es frecuente en todo el mundo. Presenta potenciales beneficios y riesgos individuales, comunitarios y para el sistema de salud, y se considera un grave problema de salud pública. En España la población migrada presenta mayor AM que los autóctonos. En ocasiones se auto-medican con fármacos adquiridos en el país de origen (AMPO). El objetivo del estudio es explorar los motivos referidos por la población migrada que conducen a la AMPO.

Métodos: Entre mayo y noviembre de 2014, 76 personas migradas residentes en Badalona y Santa Coloma de Gramenet y nacidas en América Latina, Pakistán, Marruecos y China. Realizaron entrevistas semi-estructuradas (n = 26) y grupos focales (n = 50). Se realizó una codificación abierta mediante el software Atlas-ti con la que se obtuvieron 137 códigos. Posteriormente se realizó un análisis temático.

Resultados: Participantes de todas las nacionalidades afirmaron haberse AMPO. Los fármacos mencionados fueron morfina, anticonceptivos, anti-térmicos y antibióticos. Los fármacos se obtuvieron durante los viajes al país de origen, fueron enviados por familiares residentes en otros países europeos o se adquirieron en tiendas locales de productos étnicos. Como motivos de AMPO indicaron: dudar de la calidad de los fármacos autóctonos, mayor confianza con los fármacos del país de origen, creer que los médicos les prescribirán una cantidad insuficiente de medicamento para curarse, estar en desacuerdo con el diagnóstico y las indicaciones del profesional médico, y la comodidad de evitar el tiempo de espera. El coste económico no fue indicado como motivo de AMPO.

Conclusiones/Recomendaciones: Es posible que con la AMPO se consuman fármacos fuera del control de Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Debe indagarse proactivamente sobre AMPO en el ámbito asistencial y de investigación. Es necesario implementar medidas que implican a diferentes actores: realizar campañas culturalmente adaptadas de educación sobre AM dirigidas a las madres migrantes encargadas de la salud familiar y los empleados de tiendas étnicas; tomar decisiones políticas que garanticen el acceso a la atención sanitaria; mejorar las competencias culturales de relación y comunicación de los profesionales sanitarios; y regular la venta irregular de fármacos en comercios locales.

Financiación: AES 2013 (PI13/01962) y cofinanciado por la Subdirección de evaluación del ISCIII-General y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

726. TRABAJO DE CAMPO BASAL DE UNA COHORTE PROSPECTIVA MULTICÉNTRICA EN ESPAÑA (PELFI)

A. Cayuela, E. Felt, L. Ferrer, F. Collazos, J. Casabona, E. Ronda

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante; Instituto de Investigación Vall d'Hebron, Hospital Vall d'Hebron; Centre d'Estudis Epidemiològics del VIH/ITS/sida de Catalunya, Agència de Salut Pública de Catalunya; Subprograma Salud e Inmigración, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Los inmigrantes representan un grupo heterogéneo respecto a los autóctonos, tanto en relación a los patrones epidemiológicos de sus países de origen como a su cultura, valores familiares y sociales, idioma, nivel de educación, edad y motivo de iniciar el cambio de lugar. El proyecto Plataforma de Estudios Longitudinales de Familias Inmigradas (PELFI), enmarcado en las actividades del Subprograma de Inmigración y Salud (CIBERESP) tiene como objetivo constituir una cohorte multicéntrica con inmigrantes de diversos orígenes para mejorar el conocimiento sobre su salud y describir sus cambios con el tiempo de residencia. Esta es la primera cohorte que incluye la familia como unidad de estudio en investigación en inmigración y salud en España. Esta comunicación describe el trabajo de campo basal de dos sub-cohortes.

Métodos: Diseño observacional, prospectivo. La población de estudio se definió como una muestra de 180 familias de padres nacidos en Colombia, Ecuador y Marruecos, residiendo un mínimo de 1 año en España. Se incluyó un grupo control de 50 familias autóctonas. El muestreo fue de conveniencia mediante agentes de intermediación e informantes clave. Se reclutaron familias y se entrevistaron a los adultos de entre 18 y 65 años, y adolescentes mediante un cuestionario diseñado ad hoc revisado tras un estudio piloto de 18 familias.

Resultados: Se han reclutado 250 familias: 122 Alicante (47 ecuatorianas, 47 colombianas, 28 españolas); 128 Barcelona (29 marroquíes, 35 ecuatorianas, 35 colombianas, 29 españolas), corresponden 473 entrevistas a adultos (77% extranjeros; 40% varones;) y 230 adolescentes (76% origen extranjero; 60% varones). La tasa de respuesta fue del 85% en Alicante y 43% en Barcelona. El trabajo de campo se desarrolló entre junio 2015 y febrero 2016 y duró 2 meses en Alicante y 4 en Barcelona. El reclutamiento, a través del adulto principal, fue por conveniencia (95% en Alicante) y en bola de nieve (51% en Barcelona). En Alicante el 61% y en Barcelona el 87% de las entrevistas se realizaron en los hogares y el resto en asociaciones o lugares públicos y fueron administradas por grupos de entrevistadores de diferente origen (67% nacido fuera de España). La duración media de las entrevistas fue de 28 minutos en Alicante y 22 en Barcelona.

Conclusiones/Recomendaciones: Las diferencias en la duración del trabajo de campo y en la tasa de respuesta en ambas ciudades pueden deberse al diferente origen de las familias y a los contactos previos antes de iniciar el trabajo de campo en Alicante que favorecieron el acceso a las familias.

Financiación: PI14/01146 I.S. Carlos III-FEDER.

342. POLICIES TO SUPPORT IMMIGRANT HEALTH IN SPAIN: RECOMMENDATIONS FROM THE CIBER-ESP SUBPROGRAM ON MIGRATION AND HEALTH

E. Felt, E. Ronda, C. Hernando, L. Ferrer, J. Casabona

CIBER-ESP; Universidad de Alicante; CEEISCAT.

Antecedentes/Objetivos: Changes in population health are influenced by the dramatic increase in the foreign-born population in Spain over the past 15 years. Evidence about the increasingly diverse Spanish resident population is needed to support health policy, yet research results have scant exposure to policy makers.

Métodos: In 2015 the CIBER-ESP carried out a policy brief on immigrant health in Spain to gather recommendations on immigrant

health issues based on scientific evidence and to assess the contribution and scientific output of Spanish researchers. A review of immigrant health literature was conducted. Researchers were queried by questionnaire about their scientific output, knowledge transfer activities and participation in policy-relevant actions. Informal interviews and strategic review was carried out with key stakeholders.

Resultados: Results show that Spanish researchers have contributed significantly to immigrant health literature, specifically in the areas of tropical and infectious diseases; chronic conditions (including HIV); occupational health, sexual and reproductive health; access to health care; health equity and the social determinants of health; health policy, quality of care and health service use; mental health, and others.

Conclusiones/Recomendaciones: This research supports policy recommendations to improve immigrant health through ensuring universal entitlement to care, developing effective screening programs for infectious diseases, using mechanisms to promote health service use and culturally tailor programs to immigrant populations, providing training for health professionals, and easing the many administrative and other barriers that prohibit access to care. There is a need to improve mechanisms that link immigrant health researchers with policy makers in Spain. Cooperation and interaction is needed to ensure that the health system can respond to the health needs of immigrants.

205. DIFERENCIAS ENTRE MIGRANTES Y AUTÓCTONOS A TRAVÉS DE LA CASCADA DE ATENCIÓN DEL VIH, CATALUÑA

J. Reyes-Urueña, C. Hernando, N. Vives, C. Campbell, C. Folch, L. Ferrer, L. Fernández-López, A. Esteve, J. Casabona

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la SIDA i les ITS de Catalunya (CEEISCAT); Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC); Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva i de Salut Pública, Universitat Autònoma de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La migración se ha relacionado con una progresión más lenta a través de todas las etapas de la cascada de la atención del VIH. Describir las diferencias entre inmigrantes y autóctonos en la progresión a través de la cascada de atención del VIH en Cataluña, 2001-2013.

Métodos: Con diferentes fuentes de información del informe epidemiológico del VIH de Cataluña, se realizó análisis descriptivo y comparativo identificando las diferencias entre los inmigrantes y autóctonos.

Resultados: Personas en riesgo y en actividades de prevención Las personas que se inyectan drogas inmigrantes tuvieron una menor prevalencia del VIH (22,4 vs 35,9%), mayor conocimiento sobre las vías de transmisión (69,7 vs 77,7%) y menor acceso a servicios sanitarios (31,0 vs 69,8%, centros de atención a drogodependencias; 49,3 vs 72,5%, atención primaria; 23,4 vs 35% servicios de urgencias). Las mujeres trabajadoras del sexo autóctonas tuvieron mayor prevalencia de VIH (14,7% vs 0,3%), mayor proporción de uso de drogas (64,7% vs 28,5%) y mayor uso inconsistente del preservativo con clientes (78,1 vs 91,2%). Los hombres que tienen sexo con hombres inmigrantes tuvieron una mayor tasa de incidencia del VIH (3,7 vs 1,7/100 personas/año), mayor conocimiento sobre las vías de transmisión y mayor probabilidad de haberse hecho el test en los últimos 12 meses. Personas conscientes de su condición de VIH+ Entre 2001-2013, se notificaron 9.829 nuevos diagnósticos de VIH. Proporción inmigrantes del 38,5%, ascendiendo del 24% (2001) al 41% (2013). Tasa cinco veces mayor que en los autóctonos. Los inmigrantes con HIV+, eran en mayor proporción mujeres (24,6 vs 16,7%), HSH (40 vs 43%), mediana de edad de 33 años vs 37 años. Los procedentes de Europa occidental y América Latina tuvieron más casos en HSH (65% y 60,4%), los de Europa del

Este en PID (34,5%), y los de África subsahariana en heterosexuales (hombres 46,3%, mujeres 37,6%). En autóctonos la proporción de diagnóstico tardío fue de 50,4% vs 54%. Personas en seguimiento, tratamiento y con carga viral suprimida Para el 2012, 6000 pacientes VIH+ estaban en seguimiento, 1.837 (30,6%) inmigrantes. En tratamiento retroviral (TAR) 92,2% (n = 3839) de los autóctonos y 89,2% (n = 1638) de los inmigrantes. La mayor pérdida está en retención (inmigrantes 83,1% vs 88%), 67% de los inmigrantes VIH+ tienen supresión viral vs 75,8%.

Conclusiones/Recomendaciones: Los migrantes son un grupo vulnerable en Cataluña, y las disparidades en la salud se reflejan en todas las etapas de la cascada de atención del VIH.

ME16. Cancro em Portugal/Cáncer en España

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 09:30 a 11:00 h

Aula 5

Coordinan y moderan: Bárbara Peleteiro y Marina Pollán

583. TRENDS IN CANCER EPIDEMIOLOGY IN PORTUGAL

J. Firmino-Machado, V. Machado, M. Felício

Public Health Unit, Western Porto; Public Health Department, Northern Region Health Administration, Porto.

Antecedentes/Objetivos: Cardiovascular disease continues to leader proportional mortality in Portugal. Since 1990 it is evident a moderate decrease, with a simultaneous steep increase of malignant neoplasms since the same date till now. In 2014 the proportional mortality from cardiovascular cause reaches 30.6% and malignant neoplasms 25.0%, becoming increasingly close and a breakeven point is expected. In Portugal there is a lack of updated rate mortality for the national and regional level and no high quality forecasting or trend analysis is being performed regularly.

Métodos: We used Poisson and Lee-Carter models to forecast mortality by all causes, oncologic diseases, and the most common types of cancer: stomach, colorectal, trachea, bronchus and lung, breast cancer. The quality of the estimates produced was compared between methods. We used Portuguese population data (total inhabitants and deaths) from 2001-2012 to forecast for the period 2013-2024. Both datasets were organized as five-years age groups. The lower age group was defined as lower than one year and the upper age group as = 85 years. Data was obtained at the National Portuguese Statistics Institute (INE).

Resultados: Global mortality rate has an obvious decrease, especially for younger ages [0-40] and a moderate decrease after 60 years, but with no modification at 45-55, producing a bottle neck effect. For oncologic diseases the rate mortality is stable till 2025, with slight decreases for the ages 30-45 and 60-70, but with increase at 50-60. We obtained high quality of the fitted models being Lee-Carter the best method, according to variance explained and average of error across ages (MAPE) and average of errors across years (IAPE). For the global mortality Lee Carter has an explained variance of 85%, MAPE of < 1% and IAPE = 0.64. For oncologic disease explained variance = 70.4%, MAPE < 1% and IAPE = 0.46. Models for specific causes of mortality are of lower quality with explained variances of 50-60%. For gastric cancer we found a decrease of mortality rate for all ages, except for 50-60 years. Colorectal mortality rate increases for all age

groups after 40 years. It was not possible to adjust a model for forecasting breast cancer and trachea, bronchus and lung cancer.

Conclusiones/Recomendaciones: Lee Carter method is a good approach for forecasting mortality in Portugal, reporting high levels of adjustment for overall mortality rate and oncologic diseases. The results highlight a decrease in overall mortality and for oncologic disease the pattern is not homogeneous, depending on the age group or specific cancer type.

579. TENDENCIAS RECIENTES EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN ESPAÑA: 2004-2013

B. Pérez-Gómez, O. Núñez, N. Aragonés, M. Pollán, G. López-Abente

Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer, Centro Nacional de Epidemiología; CIBERESP; ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en España. Aunque en términos absolutos ocupa el 2º lugar en número de defunciones, las tasas ajustadas por edad, combinando ambos sexos, superan a las de las enfermedades del aparato circulatorio desde 2006. Nuestro objetivo es describir la situación actual del cáncer en España y su evolución temporal en la última década actualizando los datos de mortalidad hasta el año 2013.

Métodos: Se han usado los registros individuales de defunciones para 2004-2013 colapsados por edad (18 grupos) y sexo correspondientes a tumores malignos (42 localizaciones diferentes), codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8, CIE-9 y CIE-10), así como las estimaciones de población a mitad de año del INE. En cada sexo se han calculado tasas brutas y ajustadas utilizando la población estándar europea. Para estudiar la tendencia se ha estimado el porcentaje anual de cambio con modelos log-lineales de Poisson, introduciendo el año como variable explicativa y la edad como variable de control. El análisis se ha realizado para España y por CCAA.

Resultados: En 2013, los tumores malignos causaron una de cada tres muertes en hombres y una de cada cinco en mujeres (27,5% del total). Las tasas de mortalidad bajaron un 1,3% anual (IC95%: -1,4; -1,2) en varones y un 0,4% (IC95%: -0,5; -0,3) en mujeres. En hombres este descenso se debe sobre todo a la reducción de las tasas de cáncer de pulmón (-1,3%), próstata (-2,2%), y aparato digestivo -cáncer bucal y faringe (-1,8%), esófago (-2,1%), estómago (-2,6%)-, y en mujeres a la caída de la mortalidad por cáncer de mama (-0,9%), estómago (-2,1%) y colorrectal (-0,6%). Esta evolución contrasta con el aumento en cáncer de páncreas (1,1% en hombres y 1,7% en mujeres), y sobre todo en cáncer de pulmón en mujeres, que sube un 4,2% anual.

Conclusiones/Recomendaciones: En España la mortalidad por cáncer muestra una evolución general positiva, aunque es preocupante el aumento de la mortalidad en tumores con alta letalidad como el cáncer de páncreas o el de pulmón en mujeres.

542. OBESITY AND CANCER RISK

M. Pollán

Centro Nacional de Epidemiología; ISCIII; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Excess of weight is among the most important life-style risk factors related to cancer. The objective is to summarize the information available regarding: 1) the evidence linking obesity and cancer, 2) the mechanisms involved, and 3) the role of obesity as a prognostic factor. Obesity and cancer: More than fifteen types of tumors seem to be increased among overweight and obese men and women. There are convincing evidence linking obesity with very frequent types of cancer, such as postmenopausal breast tumors and colorectal cancer. Obesity also plays a certain role in tumors with

very unfavorable prognosis such as esophageal cancer and pancreatic cancer. In general, it is estimated that an excess of weight may be a contributing factor in 20% of cancer cases in women and 14% in men. Most epidemiological studies use body mass index (BMI) to define excess of weight, but other indexes such as the waist circumference and the number of kilograms gained during adulthood are of increasing interest because they can better capture the influence of those fat deposits that are metabolically more active.

Métodos: Mechanisms: There are several mechanisms that explain the association between adiposity, and particularly visceral adiposity, and cancer: 1) increased bioavailability of estrogens, 2) insulin resistance and increased levels of Insulin Growth Factor I, 3) dysregulation in the production of adipokines by the adipose tissue, and 4) chronic inflammation. Furthermore, obesity increases the risk of developing type 2 diabetes and diabetic patients have increased incidence of malignant tumors, via the same mechanisms mentioned before.

Resultados: Obesity and prognosis: Obese cancer patients tend to have a worse prognosis. It is difficult to disentangle the effect of adiposity per se from others exerted by conditions that are more frequent among cancer patients, such as other chronic diseases associated with obesity. Furthermore, obese patients tend to receive suboptimal doses of chemotherapy. Most studies in this area have been performed in breast cancer patients, since this tumor occupies the first position in terms of prevalence (one of six cancer patients is a woman with a breast tumor). A recent study by our group carried out in women with breast cancer enrolled in 4 clinical trials who were treated and followed under the same protocol shows how, in these conditions, the deleterious effect of obesity on overall survival is only seen in patients with BMI > 34.9.

Conclusiones/Recomendaciones: Obesity is considered the epidemic of the 21st century. It is related with many chronic diseases, including cancer. From a Public Health perspective, it is important to translate this information to the population and help them to control their weight.

645. PHYSICAL ACTIVITY AND CANCER RISK

R. Mendes

Public Health Unit, ACES Douro I-Marão e Douro Norte; CIDESD, University of Trás-os-Montes e Alto Douro.

Tobacco use, alcohol abuse, unhealthy diet, and sun exposure are well recognized as lifestyle-related cancer risk factors by the general public. However the importance of physical activity in decreasing cancer risk is much less recognized. This topic needs urgent interventions to provide clear public health messages in cancer prevention and health promotion. This work aims to summarize the most important conclusions available from epidemiologic studies on the role of physical activity in cancer prevention, and to present the proposed biological mechanisms supporting the effects of physical activity on cancer risk reduction. Physical activity reduces the risk of numerous diseases, like cardiovascular disease and diabetes, and the links between physical inactivity and cancer onset are now well established by epidemiological studies. Scientific evidence is considered "strong" for particular cancers including colorectal and breast cancer (both premenopausal and postmenopausal), "probable" for prostate, and "possible" for lung, endometrial, ovarian, stomach and pancreatic cancers. Risk reductions of 20% to 30% were observed. For some cancers this risk reduction is independent of the impact of physical activity on body weight. Different domains of physical activity were studied (occupational, leisure-time and household physical activity), as well as different volumes and intensities, and there seems to be a dose-response effect on cancer risk reduction. The protective effects of physical activity on cancer risk are hypothesized through multiple interrelated pathways such as decrease in adiposity, decrease in sex-

ual and metabolic hormones, changes in biomarkers and insulin resistance, improvement of immune function, and reduction of inflammatory processes. Additional research is needed to better understand these mechanisms.

630. RESIDENTIAL RADON AND CANCER RISK

A. Ruano-Raviña, R. Barbosa-Lorenzo, J.M. Barros-Dios

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, USC; CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del CHUS.

Antecedentes/Objetivos: Radon is a human carcinogen due to its proven effect on lung cancer onset. The aim of this communication is to summarize the association between residential radon and cancer, from the results of epidemiological studies in a radon-prone area, Galicia.

Métodos: The results are presented divided in: 1) lung cancer in smokers 2) lung cancer in never smokers 3) cancers different than lung cancer. Lung cancer in smokers: there is a statistically significant positive association between residential radon exposure and lung cancer in two case-control studies performed in Galicia. The first had a sample size of 404 individuals (163 cases) and showed a significant effect departing from 37 Bq/m³. The second (2012) included 450 cases and 550 controls, with similar results. This study showed an OR (odds ratio) of 2.21 (95%CI 1.33-3.69) for those individuals exposed to concentrations above 147 Bq/m³, compared with those exposed to 50 Bq/m³ or less. Both studies showed an additive effect between exposure to residential radon and smoking. Lung cancer in never smokers: there are scant studies on residential radon and lung cancer performed in never smokers. A multicentre case-control study with 591 individuals (192 cases) observed an OR of 2.42 (95%CI 1.45-4.06) for individuals exposed to 200 Bq/m³ or more, compared with those exposed to 100 Bq/m³ or less. Moreover, this study suggested a certain interaction between residential radon and exposure to environmental tobacco smoke. Cancers different than lung cancer: Evidence about residential radon and cancers other than lung cancer is scarce, however there is biological plausibility. Ecological studies were performed to analyze the association with esophageal cancer and brain tumors.

Resultados: These results suggest a strong association with esophageal cancer in men and brain tumors' mortality in both genders. A cohort study was performed subsequently (2,127 subjects) suggesting a statistically significant positive association between exposure to residential radon and non-pulmonary cancers. A hazard ratio of 2.7 (95%CI 1.2-6.5) was obtained for individuals reporting 50 or more years of residence in the same dwelling. The risk was higher for women and there is an increased risk for stomach, prostate and breast cancers.

Conclusiones/Recomendaciones: These results highlight the importance of residential radon as a public health concern, due to its effect on lung cancer and a possible association with other cancers.

589. INFECTIONS AND CANCER RISK

B. Peleteiro

EPIUnit-Institute of Public Health of the University of Porto.

Antecedentes/Objetivos: This communication will be performed within the context of a round table entitled "Cancro em Portugal/ Cáncer en España". The main aim is to provide the most up-to-date evidence on the role that infections may play in the causal mechanisms leading to cancer. The example of *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer will serve as a model to demonstrate the challeng-

es that cancer management imposes when nearly to necessary causes are identified.

Métodos: A model developed to describe the variation in gastric cancer incidence will be presented using data from the Portuguese population on the trends in the exposure to its main determinants, namely *Helicobacter pylori* infection, smoking, salt consumption and fruit and vegetable intake, assuming the most likely lag times and the risk estimates obtained through systematic reviews of the literature for the association between each exposure and gastric cancer.

Resultados: The preliminary results of the model show that it can explain a large proportion of the variation in the number of gastric cancer cases in Portugal in the last years (89% in men and 71% in women). The model is being improved using different strategies to enhance its validity, as sound long-term predictions will only be possible after the development of robust models.

Conclusiones/Recomendaciones: Quantifying the contribution of the variation in the exposure to risk factors to the changes in gastric cancer incidence, overall and under the assumption that gastric cancer only occurs among subjects with *H. pylori* infection will allow to compute long-term predictions of the burden of gastric cancer, under different scenarios of variation in the exposure to the main determinants of gastric cancer.

Financiación: This work was supported by "Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional" (FEDER) funds through the "Programa Operacional Factores de Competitividade" (POFC) – COMPETE (FCOMP-01-0124-FEDER-021181) and by national funds through the "Fundação para a Ciência e a Tecnologia" (PTDC/SAU-EPI/122460/2010), and by the Epidemiology Research Unit – Institute of Public Health, University of Porto (UID/DTP/047507/2013). An individual grant attributed to BP (SFRH/BPD/75918/2011) was supported by "Fundação para a Ciência e a Tecnologia".

ME17. Proyecto RELAS: la salud en todas las políticas en los gobiernos locales de Andalucía

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 09:30 a 11:00 h

Aula 1.3

Coordinan y moderan: Covadonga Monte Vázquez y Alberto Fernández Ajuria

551. INCORPORACIÓN DE MUNICIPIOS DE ALMERÍA A LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS A TRAVÉS DE LA ACCIÓN LOCAL EN SALUD

B. Ramos Fernández, P. Barroso García

Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en Almería; EASP.

Antecedentes/Objetivos: La Acción Local en Salud está basada en la estrategia de salud en todas las políticas y enmarcada en el proceso de localización del IV Plan Andaluz de Salud. El proyecto sigue una metodología que incluye distintas fases y se asesora a los municipios para elaborar su Plan de Salud Local. El objetivo es describir la dinámica de trabajo en la fase inicial de selección, información, sensibilización y metodología a seguir en los municipios.

Métodos: Esta fase se inicia con un contacto técnico, aportando información del proyecto para que se transmita a los responsables políticos y se adquiera un compromiso. Se planifica una presentación

formal al equipo de gobierno, coordinando la asistencia de profesionales de los distintos ámbitos de salud, así como representantes políticos de todas las áreas y personal técnico de contacto. A la firma del Acuerdo entre Alcalde y Delegado Territorial, se invita al pleno de la corporación, ciudadanía (individual y asociaciones), sector salud y medios de comunicación. Desde el proyecto se asesora a responsables políticos y técnicos, para construir el Grupo Motor que coordinará su desarrollo. Se organiza un Taller de Impulso que aborda fundamentos básicos y estratégicos y metodología a seguir; se presenta un Informe de Salud elaborado por profesionales sanitarios con la situación de la población en cuanto a protección y promoción de la salud así como prevención de la enfermedad. También se incluye información sobre el funcionamiento y competencias del Ayuntamiento. En el taller se identifican las personas del Grupo Motor y se establece una hoja de ruta inicial. Con la información recopilada en encuentros provinciales y talleres autonómicos se han identificado dificultades y aspectos de mejora de esta fase.

Resultados: En Almería se han incorporado 13 municipios (35,41% de la población). Se han realizado 10 presentaciones a equipos de gobierno, 9 firmas de Acuerdo, 9 informes de salud y 8 talleres de impulso (196 participantes de Ayuntamiento, Diputación Provincial, educación, salud, sector privado, asociaciones y ciudadanía individual). Las dificultades detectadas han sido: falta de liderazgo político e implicación de áreas no relacionadas con salud, descoordinación del equipo, desconocimiento y falta de tiempo para desarrollar el proyecto, falta de canales de participación y difusión ciudadana.

Conclusiones/Recomendaciones: Es fundamental que se adquiera un compromiso político, por lo que se trabaja para que las corporaciones consideren su incorporación al proyecto como una oportunidad de mejora de la salud de sus ciudadanos y se impulse la información y formación desde el inicio. Para establecer canales adecuados de participación y comunicación se está implicando a aquellos agentes locales que más puedan aportar al proyecto.

701. INFORME DE SALUD EN LOS PLANES LOCALES DE SALUD. PRESENTACIÓN EN LA FORMACIÓN INTERSECTORIAL INICIAL

M.A. Cuesta Guerrero, J. Nieto Vera

Escuela Andaluza de Salud Pública; Distrito Sanitario Bahía de Cádiz La Janda, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La Salud Pública, definida como “el esfuerzo organizado por la sociedad para prevenir la enfermedad, proteger, promover y restaurar la salud, y prolongar la vida”, tiene la misión de “trabajar por mejorar la salud de la población”; y para ello es necesario contribuir, de forma coordinada con otros sectores e instituciones, en una acción basada en torno a los cuatro grandes determinantes de la salud: el sistema sanitario, el entorno, la genética, y los estilos de vida. En esta realidad se enmarca la “Estrategia de Acción Local en Andalucía”, que pretende una convergencia de los objetivos de los diferentes sectores en torno a la salud pública, en la que cada sector actúa desde su marco de competencias, hacia otra nueva forma de gobernanza, de funcionamiento en red. Es importante pues, que la información científica que se presenta en este proceso tenga en cuenta esta realidad intersectorial y compleja a la que se enfrenta la planificación local en salud pública en un determinado territorio. Nuestros objetivos son: Exponer de forma clara, comprensible e interpretada los resultados del Informe de Salud de la localidad. Impulsar la reflexión y el análisis intersectorial y participado de la situación de salud del municipio.

Métodos: La presentación del Informe de Salud es un elemento fundamental en el desarrollo de la metodología de elaboración de Planes Locales de Salud desarrollada en proyecto RELAS. Forma parte de la primera fase, donde a través de una acción formativa intersectorial,

se pretende generar impulso y adhesión al proceso y partir de un consenso conceptual de los términos y principios a desarrollar. El Informe de Salud y la presentación lo realiza el área de Salud de la Delegación Territorial, e informa y sensibiliza a los agentes claves seleccionados para la formación, frente a los problemas de salud y situaciones de riesgo de la localidad y facilita la reflexión respecto a su responsabilidad e implicación en el nivel de salud y calidad de vida de la población en el municipio.

Resultados: Implicación de todos los agentes identificados en el proceso de reflexión y análisis conjunto de la situación de salud. Integración en el diseño e implementación del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de representantes de distintos sectores que determinan e influyen en la salud local.

Conclusiones/Recomendaciones: Hemos conseguido que personas de distinta formación y diversas competencias laborales, se incorporen a un análisis de salud local basado en los determinantes, y más amplio que el inicial expuesto por el Informe de salud.

462. UNA VISIÓN POR DETERMINANTES DE LA INFLUENCIA DE LOS INFORMES DE SALUD SOBRE LOS PLANES DE ACCIÓN LOCAL EN SALUD

L. Rodríguez Pérez

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En la elaboración de los Planes Locales de Salud, según la metodología RELAS, se utiliza como punto de partida un documento que contiene el análisis y valoración de información epidemiológica sobre cada localidad, elaborado por el equipo de epidemiología de los Distritos y Áreas sanitarias y se denomina Informe de salud. Este documento sirve de base para la elaboración del Perfil de Salud junto con información técnica relativa a los distintos factores que determinan la salud del municipio y recoge información sobre las necesidades sentidas por la ciudadanía; una fase del proceso en la que se trabaja en la localidad con una visión por determinantes. **Objetivos:** identificar el peso de los datos epidemiológicos en la priorización realizada en los Planes Locales de Salud e identificar qué problemas de salud predominan en los Planes Locales de Salud.

Métodos: Se propone revisar los 28 Planes Locales de Salud aprobados hasta la fecha en Andalucía; analizar la información contenida en los perfiles de salud dividiéndola en tres tipos: informe de salud, información técnica local, necesidades sentidas por la población. A continuación se valoran los problemas de salud locales incluidos en los procesos de priorización que conforman las líneas de acción de los Planes Locales de Salud. El análisis se estructura en base a determinantes de salud, relacionando los reflejados en los perfiles de salud con los priorizados en los Planes de Acción. Se analiza: 1. Líneas de acción relacionadas con el informe epidemiológico. 2. Propuestas de acción sobre determinantes locales incluidas en los informes epidemiológicos que se reflejan en los PA. 3. Concordancia entre los determinantes de salud locales con impacto negativo identificados en los informes epidemiológicos y los sentidos por la ciudadanía. Se incluirán en este análisis otros aspectos que se piensa puedan influir en la priorización tales como la presentación de los datos del informe de salud.

Resultados: Análisis cualitativo y cuantitativo, por determinantes de salud, sobre la incidencia que los datos y conclusiones de los informes de salud tienen sobre los Planes de Acción de los Planes Locales de Salud aprobados hasta la fecha.

Conclusiones/Recomendaciones: Buscamos reflexionar sobre aquellos factores que pueden estar favoreciendo o dificultando que la información y recomendaciones contenidas en los informes de salud locales sea priorizada en los Planes Locales de Salud; Asimismo, es importante revisar si los determinantes de salud locales identificados por los profesionales de la salud se priorizan entre el conjunto de pro-

blemas de salud local identificados en los perfiles de salud y se incluyen en los Planes de Acción. Es importante revisar si los problemas de salud local, la Priorización y los planes de acción elaborados mantienen una correlación.

506. DISEÑO DE UN MODELO DE EVALUACIÓN PARA LA ESTRATEGIA DE ACCIÓN LOCAL EN SALUD (EALS) EN ANDALUCÍA

C. Monte, M.J. Escudero, D. Rodríguez, L. Reyes, S. Mármol

Consejería de Salud, Junta de Andalucía; Escuela Andaluza de Salud Pública.

El Modelo de Evaluación de la Acción Local en Salud de Andalucía identifica dos escenarios: el autonómico y el local, con diferentes formas de evaluar. 1. El autonómico, en el que se evalúa la ALS como una política pública. Se registran indicadores de captación y cobertura, pero también aspectos cualitativos sobre la organización, los recursos, el método; valorando si el asesoramiento y apoyo a las Entidades locales es de calidad. 2. El local, que se centra en el proceso y el resultado. 2.1. Cada Ayuntamiento evaluará el proceso de desarrollo de su Plan local de salud, mediante cuestionarios de autoevaluación. 2.2. Se está trabajando en la estandarización de algunas buenas prácticas, objetivos e indicadores para cada uno de los grandes bloques temáticos en los que suelen trabajar los planes locales de salud. La elaboración de mapas de indicadores locales de las actuaciones permitirá a cada localidad evaluar su desarrollo y compararse con otras localidades a partir de un cuadro integral de mandos. Conclusiones: disponer de un Modelo de evaluación que empezará a dar resultados en el segundo semestre de 2016. Los mapas de indicadores van a permitir un seguimiento relacionado con los determinantes de la salud y de morbi-mortalidad, asociadas a cada una de las actividades. El cuadro integral de mandos se orientará a la toma de decisiones para potenciar o mejorar los programas, proyectos y actividades y a comunicar los logros existentes. Sistematizar la estrategia de Salud en Todas las Políticas servirá para “poder investigar” en materia de salud pública (buenas prácticas, efectividad, Evaluación de Impacto en Salud, eficiencia, intersectorialidad, participación, redes...) Una evaluación estructurada de RELAS, facilitará información de la gestión por determinantes en el nivel local y la efectividad de las actuaciones orientadas a una mejora de la calidad de las mismas.

424. LA ACCIÓN LOCAL EN SALUD EN ANDALUCÍA POR DETERMINANTES DE LA SALUD

D. Rodríguez, C. Monte, L. Reyes, L. Villar

Consejería de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El 50% de las razones de enfermedad y muerte de la población no dependen de los servicios sanitarios sino del conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan la salud; es lo que se conoce como determinantes de la salud. Trabajar por determinantes significa identificar diferentes sectores vinculados a la salud que deberían incorporar esta perspectiva en sus políticas; es lo que se conoce como Estrategia de Salud en Todas las Políticas, y llevar esta Estrategia al territorio es lo que se denomina Acción Local en Salud, al conjunto de actuaciones, lideradas por los gobiernos locales, que están orientadas a situar la política y las acciones de salud en el escenario más cercano a la población. Posibilita así las sinergias de las políticas públicas, la implicación del sector privado y de la ciudadanía. Es lo que se conoce como gobernanza local para la salud, a través de su instrumento, el Plan Local de Salud. Los objetivos son conseguir la mejora de la salud en los municipios

de Andalucía; llevar la salud a las agendas locales mediante una metodología estandarizada y trabajar por determinantes de la salud reforzando los positivos y reduciendo los negativos.

Métodos: El Marco Normativo: la Ley de Salud Pública y la de Autonomía Local, de Andalucía que describen las funciones del sector salud y del municipio para desarrollar la Estrategia. Una metodología común: Un informe previo de salud, creación grupo motor, perfil de salud local, priorización de problemas por consenso, plan de acción, aprobación política, ejecución de las acciones, seguimiento y evaluación final. La estructura organizativa se enmarca entre la Consejería, que trabaja en el desarrollo de la Estrategia, coordinando las ocho Delegaciones Territoriales, que se coordina con los Distritos de Atención Primaria y con una figura de referencia provincial: el Técnico de Acción Local en Salud.

Resultados: Se cuenta con: un plan de formación específico; una plataforma web abierta a la ciudadanía; un sistema de información; un modelo de evaluación, guías y manuales sobre la metodología y encuentros autónomos y provinciales para compartir experiencias. Balance 2015: Hay 111 Acuerdos con ayuntamientos; 59 perfiles de salud local, 36 Planes de Acción y 28 Planes Locales de Salud.

Conclusiones/Recomendaciones: El reto es ser capaces de dar respuesta a las necesidades de salud de todos los ayuntamientos de Andalucía, en un marco de gobernanza local para la salud, caminando hacia un equilibrio territorial en salud, que aborde las inequidades a través del trabajo por determinantes y de la salud en todas las políticas.

415. SISTEMA DE VIGILANCIA INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA A NIVEL MUNICIPAL: VIGIA

M.B. López Hernández, M.C. del Moral Campaña, A.G. Gómez Jiménez

Distrito Sanitario Granada Metropolitano; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El concepto de Salud Pública implica la respuesta organizada en un ámbito territorial, dirigida a promover, mantener y proteger la salud. Para orientar y facilitar esta respuesta, a través del Área de Epidemiología del Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, se ha puesto en marcha un sistema de vigilancia integral de la salud. El sistema, denominado VIGIA, nutre de información y permite elaborar el Análisis Epidemiológico teniendo en cuenta los niveles de agregación, entre otros: municipio y UGC. Para el caso de los municipios adheridos al proyecto RELAS (Red Local de Acción en Salud), es de gran utilidad en la elaboración de los informes de salud. Este sistema es esencial, para generar un proceso de retroalimentación en el propio sistema sanitario así como para facilitar el inicio del proceso de la acción local en salud en el ámbito municipal, y también en la planificación y toma de decisiones de las intervenciones del sistema sanitario público. En resumen, VIGIA supone un cambio cualitativo, que permitirá incorporar la perspectiva de salud colectiva en elaboración, ejecución y seguimiento de planes y programas. Esta herramienta, pretende ser generadora de proceso de retroalimentación para facilitar la planificación y la toma de decisiones. Objetivos: presentar esta herramienta que pretende: Identificar/conocer la situación de salud en un ámbito territorial definido Facilitar la toma de decisiones en planificación de políticas de salud pública.

Métodos: Áreas incluidas: estructura geográfica, demografía, economía, morbi-mortalidad, determinantes sociales salud, protección salud, atención sanitaria y activos en salud. Nivel agregación: Municipio, UGC, Zonas de Transformación Social y Distrito Sanitario/Área Gestión Sanitaria. Las áreas y sus dimensiones se han seleccionado en base a su repercusión en la salud comunitaria. En cada área se incluyen indicadores (inicialmente se han recogido

150 indicadores, en base a criterios básicos). El soporte es una base de datos, en la red corporativa, se va incorporando la información seleccionada, de forma automática, y referida al periodo anual que finaliza en diciembre del año anterior. De esta forma, se dispone de información para el análisis y planificación de las intervenciones que se incorporen en los acuerdos de gestión.

Resultados: Se obtiene un sistema normalizado/estandarizado para la elaboración de los análisis epidemiológicos a diferentes niveles.

Conclusiones/Recomendaciones: Instrumento facilitador para la toma de decisiones en la planificación de posibles intervenciones. Recomendaciones: Instrumento de trabajo en continua actualización tiempo/contenido.

COMUNICACIONES ORALES

CO36. Vigilancia epidemiológica (V)

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 09:30 a 11:30 h

Salón de Actos

Moderador: Diego Almagro Nieves

724. ESTIMACIÓN DE LA INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. ESPAÑA, 2006-2013

E.V. Martínez, C. Varela, R. Cano, P. Gallego, A. Padrón, S. Monge

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP; Universidad de Alcalá.

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un gran problema de salud pública, causan elevada morbi-mortalidad y aumento de estancias hospitalarias. Entre ellas, la segunda localización más frecuente son las infecciones de localización quirúrgica (ILQ). En España hay diferentes modelos de vigilancia de las IRAS pero ninguna cubre todo el territorio español. El objetivo del estudio es estimar la incidencia nacional de ILQ entre 2006 y 2013 y su evolución temporal, antes de la implantación del sistema nacional de vigilancia de las IRAS que actualmente está en desarrollo.

Métodos: La fuente de información es el Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud. Se seleccionaron los procedimientos quirúrgicos sujetos a vigilancia en la Unión Europea: colon y recto, colecistectomía, bypass con incisión simple y doble, prótesis de rodilla y cadera, laminectomía y cesárea. Se definió la presencia de ILQ de acuerdo a la CIE-9-MC. Se compararon las incidencias para cada procedimiento por edad y sexo, calculando la OR. Se estudió la tendencia temporal por tipo de procedimiento quirúrgico mediante modelos de regresión de joinpoint con su porcentaje de cambio anual (PAC).

Resultados: Entre 2006-2013 se registraron 2.242.928 ingresos con alguna de las cirugías de estudio. La incidencia acumulada de ILQ fue: en cirugía de colon y recto 16,05% (15,91-16,18), colecistectomía 3,43% (3,37-3,48), bypass con incisión simple 5,51% (5,04-6,01), bypass con incisión doble 5,81% (5,60-6,02), prótesis de rodilla 0,96% (0,92-0,99), prótesis de cadera 1,80% (1,75-1,85), laminectomía 2,35% (2,27-2,43) y cesárea 0,21% (0,20-0,22). La edad fue superior en infectados: mediana de 70 años (58-77) frente a 58 (35-73). Respecto

al sexo, la incidencia fue mayor en hombres en cirugía de colon y recto (OR: 1,18 (1,16-1,21)), colecistectomía (OR: 2,17 (2,11-2,25)) y prótesis de rodilla (OR: 1,22 (1,14-1,32)); y menor en bypass con incisión simple (OR: 0,77 (0,63-0,94)), bypass con incisión doble (OR: 0,63 (0,58-0,69)) y prótesis de cadera (OR: 0,88 (0,83-0,93)). La tendencia fue significativa descendente en colecistectomía (PAC: 2,45), prótesis de rodilla (PAC: 3,03), prótesis de cadera (PAC: 7,70) y cesárea (PAC: 7,39). Para colon y recto la tendencia fue significativa ascendente hasta 2011 (PAC: 1,74).

Conclusiones/Recomendaciones: Se observó una tendencia descendente en la ILQ entre 2006 y 2013 en todos los procedimientos salvo en cirugía de colon y recto. Los pacientes con ILQ son mayores que los que no desarrollaron infección. La incidencia en hombres es mayor en cirugía de colon y recto, colecistectomía y prótesis de rodilla, y menor en ambos tipos de bypass y prótesis de cadera. Los resultados son similares a los europeos.

618. ESTUDIO PILOTO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES

H. Sandoval-Insausti, G. Alemán Vega, A. Hernández Aceituno, A. Figueroa Tejerina

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario La Princesa.

Antecedentes/Objetivos: Una de las estrategias hospitalarias para el control de la diseminación de las bacterias multirresistentes (BMR) es la búsqueda activa de casos, para su detección y aislamiento precoz. El objetivo de este estudio es analizar las características de los pacientes aislados por BMR durante el 2015, tras evaluar la presencia de colonización al ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en un hospital de tercer nivel de Madrid.

Métodos: Los criterios de inclusión fueron: estancia en UCI, colonización o infección por BMR en los últimos 3 meses, ingreso en los 3 meses previos, antibioterapia en el último mes y presencia de patología crónica (renal, respiratoria y/o úlceras). Se realizaron estudios de colonización rectal y faríngea al ingreso en UCI. Cuando resultaron positivos, se procedió al aislamiento de contacto y seguimiento semanal hasta negativización o alta hospitalaria. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, microorganismo motivo del aislamiento, evolución de la colonización, duración del aislamiento, enfermedad renal crónica (ERC), neoplasia (NEO), inmunosupresión, enfermedad pulmonar crónica (EPOC) y diabetes (DM).

Resultados: En el 2015 se detectaron 69 pacientes con estudio de colonización positivo a BMR: 51% tuvieron sólo colonización, 17% infección clínica tras colonización y 32% colonización tras detección de infección. La duración media del aislamiento fue de 20 días (DE 54) y, desde la inclusión en el estudio hasta el aislamiento, pasó una media de 3 días (DE 3). El 29% presentaban ERC, 29% NEO, 4% EPOC, 28% DM y 23% inmunosupresión. El 59,4% de los casos fueron nosocomiales. Las Enterobacterias portadoras de betalactamasas (BLEE) y/o carbapenemasas (EPC) fueron las BMR más frecuentemente detectadas (59%), seguidas de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM 20%) y *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenémicos (PAR 20%). Entre las Enterobacterias, *Klebsiella pneumoniae* fue la más frecuente (65%), seguida de *Escherichia coli* (32%). Al analizar la evolución, observamos que el 64% de los SARM, el 43% de las PAR, el 70% de las BLEE y el 30% de las EPC no desarrollaron infección durante el ingreso.

Conclusiones/Recomendaciones: Hemos detectado y aislado a un importante porcentaje de pacientes que sólo presentaron colonización por BMR y que no hubieran sido aislados con el sistema de vigilancia y control habitual. Es necesario implantar estrategias de detección precoz de pacientes con alto riesgo de colonización y/o infección por BMR, con objeto de aplicar las precauciones adicionales de contacto y prevenir su diseminación en los hospitales.

615. RAZÓN ESTANDARIZADA DE INFECCIÓN PARA LA COMPARACIÓN DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA

H. Sandoval-Insausti, A. Hernández Aceituno, G. Alemán Vega, A. Figuerola Tejerina

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario La Princesa.

Antecedentes/Objetivos: El índice de riesgo NNIS es el sistema para comparar incidencias de infección quirúrgica entre servicios, hospitales y países. Cuando las poblaciones no son homogéneas es necesario realizar una estandarización de tasas. El objetivo de este trabajo es comparar las incidencias de infección quirúrgica (IQ) de nuestro hospital con las cifras publicadas por la red INCLIMECC (Indicadores Clínicos para la Mejora Continua de la Calidad), constituida por más de 60 hospitales de toda España.

Métodos: Estudio de cohortes de pacientes ingresados más de 48 horas y sometidos a apendicectomía, colecistectomía, herniorrafia y/o cirugía de colon, durante el año 2015, en un hospital de tercer nivel de Madrid. Las fuentes de información son la historia clínica, los registros de enfermería, el informe quirúrgico, los cultivos microbiológicos y la información proporcionada por los médicos responsables del paciente. Como herramienta de trabajo se ha utilizado el programa INCLIMECC, que utiliza protocolos de recogida de datos estandarizados y los criterios diagnósticos de infecciones propuestos por los CDC (Centros para el Control de las Enfermedades, EEUU). Para la comparación de las incidencias de IQ, se ha realizado una estandarización indirecta utilizando el índice de riesgo NNIS para el ajuste. La Razón Estandarizada de Infección (REI) es el cociente entre las IQ observadas en el estudio y las esperadas si nuestra población se comportara igual que la población de referencia (red INCLIMECC) y se interpreta como un riesgo relativo.

Resultados: En 2015 se registraron 67 apendicectomías, el 82% urgentes y el 67% abiertas. La incidencia de IQ en este grupo fue de 1,5% (NNIS 0-1 = 0%, NNIS 2-3 = 5,6%) y la REI de 0,41. Por otro lado, se llevaron a cabo 124 colecistectomías, un 26% urgentes y un 38% abiertas. En este caso, la incidencia de IQ fue de 0,8% (NNIS 0 = 0%, NNIS 1 = 0%, NNIS 2-3 = 2,6%) y la REI de 0,22. Las cirugías de colon ascendieron a 180, 20% correspondieron a cirugías urgentes y 57% a abiertas; la incidencia de IQ se sitúa en un 17% (NNIS 0 = 11%, NNIS 1 = 18%, NNIS 2-3 = 23%) y la REI en un 1,03. Finalmente, 108 herniorrafias, 13% urgentes y 100% abiertas, cuya incidencia de IQ es de 1,9% (NNIS 0 = 0%, NNIS 1 = 2%, NNIS 2-3 = 5%) y REI de 0,36.

Conclusiones/Recomendaciones: Al comparar nuestros resultados con los publicados por la red INCLIMECC hemos observado menores incidencias y REI de IQ en apendicectomía, colecistectomía y herniorrafia; y mayores en lo que se refiere a la cirugía de colon. Sería conveniente analizar este último procedimiento en profundidad para identificar las posibles medidas de mejora a implementar.

666. INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC) EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2014-2015

M.A. Lopaz, M.J. Torijano, D. Fontecha, J.C. Ansedé, A. Asensio, C. Bischofberger, J. Oteo, R. Cantón, J. Astray

DG Salud Pública de la Comunidad de Madrid; DG Atención Especializada de la Comunidad de Madrid; Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; Hospital El Escorial; Instituto de Salud Carlos III; Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Antecedentes/Objetivos: Europa sufre un grave problema de salud pública con el aumento de multirresistencias a fármacos debidas al aumento de las EPC. La gran capacidad de diseminación en centros sanitarios, socio sanitarios y en la comunidad, las elevadas tasas de mortalidad, el aumento de costes sanitarios y los problemas relacio-

nados con el control, son sus características. En 2013 se implantó un Plan de Prevención y Control frente a la infección por Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC) en la Comunidad de Madrid (CM). El objetivo de este estudio es describir la incidencia de estas infecciones y las tasas de referencia en la CM de los casos declarados al sistema de vigilancia VIRAS-Madrid.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo observacional. Población de estudio: pacientes registrados en el sistema VIRAS-Madrid. Recogida de datos: los datos provienen de la declaración de casos al sistema VIRAS-Madrid entre el 1 enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2015, los datos se registran por los servicios de Medicina Preventiva de hospitales públicos y privados. Análisis estadísticos: Se calcula la densidad de incidencia (DI) de infección por estancias día. Se calcularon porcentajes con su IC al 95% para variables cualitativas y medianas y rango intercuartílico para las cuantitativas. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete de SPSS versión 21.0 para Windows.

Resultados: Entre 2014-2015 se declararon 2710 pacientes colonizados y 1716 pacientes infectados. La DI global en hospitales públicos fue de 64,2 en 2014 y de 57 en 2015 por 100.000 estancias/día. La DI de infección en hospitales públicos fue de 23,1 en 2014 y de 23,8 en 2015 por 100.000 estancias/día. En los pacientes infectados se aísla *Klebsiella pneumoniae* en un 78,7% (IC95%: 76,7-80,6). El fenotipo más frecuente es OXA-48 en un 54% (IC95%: 51,6-56,4). La infección más frecuente es la urinaria 57,2% (IC95%: 54,8-59,5). Los exudados/abscesos o heridas suponen un 12,6% (IC95%: 11-14,2). Las bacteriemias son el 8,2% (IC95%: 6,9-9,5) de las infecciones por EPC. Los infectados son hombres en un 51,2% (IC95%: 48,8-53,6). La mediana de la edad en infectados fue de 78 años (RIC: 20).

Conclusiones/Recomendaciones: La infección por EPC se produce en 2,3 personas cada 10.000 días de estancia en los hospitales públicos. Las bacteriemias suponen el 8,2% del total de infecciones. El microorganismo más prevalente es la *Klebsiella pneumoniae* y el fenotipo OXA-48. Es imprescindible continuar con la vigilancia de estos microorganismos para continuar con las medidas de control y limitar su diseminación.

11. INCIDENCIA DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2014

M. Besó-Delgado, A.L. Boone, F. González-Morán, M. Alé-Sáez, J. Gómez-Colomer

Hospital Clínico Universitario de Valencia; Servicio de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Salud Pública de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: *Pseudomonas aeruginosa* es un patógeno frecuentemente implicado en las infecciones relacionadas con la asistencia, particularmente en pacientes críticos o inmunodeprimidos. La proporción de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente ha aumentado alarmantemente, especialmente en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Su incidencia no está correctamente establecida por falta de consenso internacional en la definición de multirresistencia y de sistemas específicos de vigilancia. El objetivo es describir la incidencia de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente en la Comunidad Valenciana (CV) durante el año 2014, en relación con una serie de variables.

Métodos: Los datos proceden de la Red de Vigilancia Microbiológica de la Comunidad Valenciana (RedMIVA). Se incluyen todos los casos con aislamiento microbiológico de *Pseudomonas aeruginosa* durante el año 2014. Se identifica como caso el primer aislado por paciente, independientemente del sitio anatómico de recogida o perfil de sensibilidad antibiótica. Las variables analizadas son: sexo, edad, tipo de muestra y servicio hospitalario.

Resultados: Se ha aislado *P. aeruginosa* en 11.283 muestras (16,6% multirresistentes) La tasa de infección es de 220/100.000 habitantes

en toda la CV. El 69% de los casos se da en mayores de 60 años y el 23,4% tiene entre 15 y 60 años. Los grupos de edad de 15 a 60 años y mayores de 60 años tienen las mayores proporciones de multirresistencia (18,1% y 17,4% respectivamente). Las tasas más elevadas se encuentran en los mayores de 60 años (661,1/10.000) y en menores de 1 año (424,9/100.000). Existe asociación estadísticamente significativa entre tener menos de 14 años y la presencia de casos no multirresistentes ($p < 0,001$) y entre la edad mayor a 15 años y casos multirresistentes ($p < 0,015$). El 54,8% de los casos de *P. aeruginosa* se produce en varones (18,6% multirresistente; OR 1,416; IC95% 1,278-1,568; $p < 0,001$). Las muestras respiratorias presentan el mayor porcentaje de multirresistencia con 20,5% (OR 1,419; IC95% 1,270-1,585; $p < 0,001$). El 9,6% de los casos estaba ingresado en UCI (36% multirresistentes; OR 3,034; $p < 0,001$).

Conclusiones/Recomendaciones: La incidencia elevada de *P. aeruginosa* multirresistente es un problema serio para la salud pública. Para el mayor desarrollo de medidas de prevención de colonización e infección, sería necesaria la unificación de criterios de los sistemas de vigilancia microbiológica a nivel mundial y la mejor identificación de los factores de riesgo. Igual de importante es la mejora de los programas de control antibiótico, porque su uso inadecuado podría estar influyendo en la mayor producción de multirresistencias en algunas zonas geográficas.

10. INCIDENCIA DE *ACINETOBACTER BAUMANNII* MULTIRRESISTENTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA EN EL AÑO 2014

M. Besó-Delgado, Al. Boone, F. González-Morán, M. Alé-Sáez, J. Gómez-Colomer

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Servicio de Medicina Preventiva; Dirección General de Salud Pública, Servicio de Vigilancia Epidemiológica de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La incidencia de infección por *A. baumannii* multirresistente ha aumentado sustancialmente en las últimas décadas sobretodo en pacientes hospitalizados. Esto es debido a su alta capacidad y rapidez de desarrollar resistencias y a su alta persistencia en el medioambiente inanimado. El incremento de resistencias a *A. baumannii* en un grupo cada vez más amplio de antibióticos es causa de un serio problema a nivel hospitalario modificando la morbilidad y mortalidad hospitalarias. El objetivo es describir la incidencia de *A. baumannii* multirresistente en la Comunidad Valenciana, y su relación con algunas variables: sexo, edad, tipo de muestra analizada, servicio de hospitalización.

Métodos: Los datos proceden de la Red de Vigilancia Microbiológica de la Comunidad Valenciana (RedMIVA). Se incluyen todos los casos con aislamiento microbiológico de *A. baumannii* desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2014. Se identifica como caso el primer aislado por paciente. Las variables analizadas son: sexo, edad, tipo de muestra y servicio hospitalario.

Resultados: Se han identificado 1.207 pacientes con *A. baumannii* (59,4% multirresistente). La tasa de infección es de 23,5 por 100.000 habitantes (14,0 multirresistentes, 9,6 no multirresistentes). El 64,9% de los casos es mayor de 60 años y en ese grupo de edad, el 64% es multirresistente (OR = 1,2; IC95% 1,0-1,5; $p = 0,045$). El 21,4% de las muestras en menores de 14 años es multirresistente (OR = 0,157; IC95% 0,045-0,556; $p = 0,002$). Los hombres representan un 61,4% de los casos multirresistentes y un 52,7% de los casos no multirresistentes (OR = 1,4; IC95% 1,1-1,8; $p = 0,003$). Las muestras respiratorias tienen el mayor porcentaje de multirresistencia con 69,7% (OR = 1,6; IC95% 1,2-2,0; $p = 0,001$). Las muestras de orina tienen el menor porcentaje de multirresistencia (42,8%, OR = 0,5; IC 0,3-0,7; $p < 0,001$). Los casos de UCI suponen el 16,5% de los cuales un 82,9% es multirresistente (OR = 3,3; IC 2,3-4,9; $p < 0,001$).

Conclusiones/Recomendaciones: La infección y/o colonización por *A. baumannii* se produce con mayor frecuencia en pacientes hospitalizados en UCI, lo cual constituye intrínsecamente un problema dado el estado de gravedad en el que se encuentran dichos pacientes. La identificación de factores de riesgo es importante para el desarrollo de medidas de prevención de colonización e infección. Se necesitan incorporar programas de control de la infección así como programas para el control antibiótico. El uso inadecuado de los antibióticos podría estar influyendo en la mayor producción de multirresistencia en algunas zonas geográficas.

115. EVOLUCIÓN DE LAS HOSPITALIZACIONES POR *SALMONELLA* EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA DURANTE 14 AÑOS

J.A. García Crespo, J.F. García-Cruces Méndez, J.M. Andrés de Llano, J.R. Garmendia Leiza

Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Antecedentes/Objetivos: Analizar las características de los pacientes hospitalizados con diagnóstico principal de infección por salmonella y su evolución en los 14 años del estudio.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de población ingresada en la red de Hospitales Públicos de Castilla y León (Sacyl) desde el 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2014, cuyo diagnóstico principal al alta hospitalaria se hubiera codificado, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9-MC), como infección o intoxicación alimentaria por salmonella (003). Se realizó un análisis de regresión de Joinpoint para evaluar la tendencia de las hospitalizaciones a lo largo del tiempo.

Resultados: El número de hospitalizaciones durante el periodo de estudio con diagnóstico principal de infección o intoxicación alimentaria por salmonella (003) fue de 6.173, 96% gastroenteritis (003.0), la edad media se situó en 36 años, consumiendo de media 6 días de estancia. Muy ligera predominancia de sexo masculino (52%), escaso porcentaje de exitus (menos del 1%), el 98% fueron ingresos urgentes, en cuanto a la distribución por día de ingreso ligero predominio de ingresos el lunes y el martes, siendo el sábado el día con menor número de ingresos, y el viernes el día de mayor número de altas. Dos son los servicios responsables de la mayoría de las altas, el servicio de Medicina Interna con un 50% del total y el servicio de Pediatría con un 38%. En el análisis de regresión de Joinpoint se ha observado una disminución global en la tasa de altas por 1.000.000 habitantes con dos puntos de ruptura en los años 2003 y 2009, dando lugar a 3 tendencias: una tendencia creciente los 3 primeros años del estudio con un porcentaje anual de cambio (PAC) de 11,76%, una tendencia decreciente entre los años 2003 a 2009 con PAC de -18,27% y una tendencia creciente entre los años 2009 a 2014 con un PAC 4,72%.

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque hemos observado una disminución global de los casos hospitalizados por Salmonella en el periodo analizado, que se debe entre otras causas a las medidas de prevención y control en la cadena de producción alimentaria, la ligera tendencia creciente en los últimos años hace que no podamos bajar la guardia, la vigilancia epidemiológica de las GEA es fundamental para el control de estas infecciones, ya que ayuda a valorar la eficacia de las campañas de prevención y control.

346. A VECES NO ES *LEGIONELLA* TODO LO QUE RELUCE

M.A. Fariñas Cabrero, M. Fernández-Prada, M.C. Martínez-Ortega, A.M. Fernández Verdugo, C. Rodríguez Lucas, S. Rojo Alba, A. Fernández Blázquez, M.J. González Garrido, M. Mateos Mazón

Hospital Universitario Central de Asturias.

Antecedentes/Objetivos: Legionelosis es una enfermedad de origen ambiental y de distribución mundial, aunque es en los países desarrollados donde presenta una mayor incidencia y constituye un problema de salud pública, siendo una enfermedad de declaración obligatoria. Una infección se considera nosocomial, en el ámbito hospitalario, si aparece al menos 48 horas después de la hospitalización y no estaba presente ni en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente. Este estudio presenta los procedimientos que llevaron a descartar el origen nosocomial de un caso de Legionella.

Métodos: Estudio descriptivo de características clínicas, microbiológicas, epidemiológicas y medioambientales de un caso de neumonía por Legionella identificado en febrero 2015 durante su ingreso en un hospital de tercer nivel.

Resultados: Investigación clínico-microbiológica: o Ingresó por urgencias el 07/01/2015 precisando intervención quirúrgica por mucocoele apendicular complicado, tras 21 días de ingreso presentó febrícula, crepitantes bibasales y tos intensa, evolucionado desfavorablemente con fiebre, mal estado general, disnea, leucocitosis y PCR elevada; Rx tórax (07/02/2015): infiltrado alveolar en lóbulo medio y probable en lóbulo inferior derecho e izquierdo de características neumónicas. Se aisló SARM y Streptococcus agalactiae (Grupo B) en esputo del 04/02/2015, SARM en hemocultivo del 07/02/2015 y se detectó Ag de Legionella en orina (+) el 07/02/2015 y el 12/02/2015, iniciando antibioterapia con buena evolución, siendo alta el 20/02/2015. o La serología indicó persistencia de Legionella pneumophila IgG (+) en muestras del 07/02/2015, 12/02/2015 y 09/04/2015 e IgM (-), dudosa y (-), respectivamente. En el estudio de muestras en paralelo no se observaron cambios significativos. Investigación epidemiológica: o No se registraron nuevos casos en los meses siguientes. o Los pacientes hospitalizados en la misma habitación, antes y después (diciembre 2014-febrero 2015) del caso, no presentaron clínica ni estudios compatibles con legionelosis. Investigación medioambiental: tanto en el estudio medioambiental realizado por el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento, donde se evaluaron las distintas ubicaciones de la paciente, como en el realizado por la Consejería de Sanidad no se obtuvieron cultivos positivos para Legionella.

Conclusiones/Recomendaciones: En base a todo lo anterior se descartó que la Legionella fuera adquirida en el ámbito hospitalario, existiendo la posibilidad de que la prueba de detección de antígeno en orina fuera un falso positivo o una excreción mantenida por un cuadro previo de infección por Legionella. La historia clínico-microbiológica concordaba con bacteriemia por SAMR de probable origen respiratorio.

875. INCIDENCIA DE FLEBITIS ASOCIADA A CATÉTER VENOSO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. ESTUDIO RETROSPECTIVO

A.P. Silva Barajas, G.Y. Ordóñez León, A. McGee Laso, R. Sánchez Gómez, J.L. Valencia Martín

Hospital Universitario de Móstoles.

Antecedentes/Objetivos: Existe una gran variabilidad en la incidencia de flebitis asociada a catéter venoso (FACV) descrita en la literatura, que depende del tipo de catéter, el ámbito asistencial o la clasificación definida. Para valorar un aumento percibido en los casos de FACV de la hospitalización de Cardiología, y ante la falta de estándares disponibles en este tipo de pacientes (no incluidos en sistema de vigilancia de incidencia), realizamos un análisis retrospectivo en 2 unidades de hospitalización (UH).

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes de 2 UH, Cardiología (CRD) y Medicina Interna (MIN), desde el 01/10/2015 hasta el 01/02/2016. Revisión sistemática de la historia clínica electrónica, mediante identificación de palabras clave en evolutivos, pruebas complementarias y revisión de formularios sobre

dispositivos invasivos. Se valoró el uso de catéteres venosos (periféricos y centrales) y sus complicaciones asociadas (flebitis y bacteriemias).

Resultados: Se incluyeron 512 pacientes en el estudio (196 en CRD y 316 en MIN), con una mediana de 5 días de ingreso por paciente (4 en CRD y 6 en MIN). El 88% de estos pacientes fue portador de al menos 1 catéter venoso durante su ingreso (99% en CRD y 82% en MIN), con una ratio de uso de 1,3 catéteres por paciente (1,3 en CRD y 1,4 en MIN). La incidencia acumulada de FACV global fue del 10% (13% en CRD y 8% en MIN), mientras que la bacteriemia asociada a catéter (BACV) mostró una incidencia del 1% (2% en CRD y 1% en MIN). No fue posible calcular densidades de incidencia (DI) de FACV y BACV por falta de registro de fechas de inserción y retirada de catéteres en la mayoría de pacientes. La mediana de días de aparición de FACV fue de 4 días desde el ingreso (4 en CRD y 3,5 en MIN).

Conclusiones/Recomendaciones: Existen diferencias importantes en la incidencia de FACV y BAC que podrían explicarse por la ratio de uso de catéteres venosos o el tipo de pacientes en cada servicio. Estos resultados permiten aproximar la magnitud de FACV en UH con pacientes de riesgo medio/bajo en nuestro centro, los cuales habitualmente no se incluyen en la vigilancia epidemiológica hospitalaria de incidencia. La frecuencia de FACV y sus potenciales complicaciones asociadas justifican la puesta en marcha de un programa de intervención. Este debe incluir el registro sistemático en la historia clínica de la fecha de inserción y retirada de vías venosas, como elemento básico para realizar y verificar los cuidados que requieren estos dispositivos.

CO37. Salud infantil y juvenil

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 09:30 a 11:30 h

Aula 0.1

Moderan: Yolanda González Rábago
y Ana Cristina Correia dos Santos

72. ENVIRONMENTAL EXPOSURES AND RISK OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM TUMORS IN CHILDREN: NEW FINDINGS FROM A CASE-CONTROL STUDY IN SPAIN

R. Ramis, D. Gómez-Barroso, G. López-Abente, I. Tamayo, E. Pardo Romaguera, J. García-Pérez

Environmental Epidemiology and Cancer Unit, National Centre for Epidemiology, Carlos III Institute of Health; Consortium for Biomedical Research in Epidemiology & Public Health (CIBER en Epidemiología y Salud Pública-CIBERESP); Centre for Research in Environmental Epidemiology (CREAL); Spanish Registry of Childhood Tumors (RETI-SEHOP), University of Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Central nervous system tumors (CNSTs) are the most frequent solid tumor in children. Causes of CNSTs are mainly unknown and only 5% of the cases may be explained by genetic predisposition. We studied the effects of environmental exposures over the incidence of CNSTs in children by subtype, according to exposure to industrial and/or urban environment, exposure to crops and socio-economic status of the child.

Métodos: We carried out a population-based case-control study of CNSTs in Spain, covering 714 incident cases collected from the Spanish Registry of Childhood Tumors (period 1996-2011) and 4,284 controls, individually matched by year of birth, sex, and autonomous region of residence. We built a covariate to approximate the exposure to industrial and/or urban environment and a covariate for the expo-

sure to crops (GCI) using the coordinates of the home addresses of the children. We used the Census 2001 to obtain information about socio-economic status (SES). We fitted logistic regression models to estimate odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (95%CI).

Resultados: The results for all CNSTs showed an excess risk (OR = 1.37; 95%CI = 1.09-1.73) for SES, i.e., children living in the less deprived areas had 37% more probability of a CNSTs than children living in the most deprived areas. For GCI, an increase of 1% of crops in the 1-km buffer around the residence implies an increase of 2% in the OR (95%CI = 1.02-1.03). Children living in the intersection of industrial and urban areas could have more probability CNSTs than those who live out of the urban and industrial areas (OR = 1.20; 95%CI = 0.82-1.77). Living in urban (OR = 0.90; 95%CI = 0.65-1.24) or industrial (OR = 0.96; 95%CI = 0.81-1.77) areas did not seem to increase the risk for all CNSTs. By subtype, astrocytomas, PNET and other gliomas showed similar results.

Conclusiones/Recomendaciones: Our results suggest that higher socioeconomic status and exposure to crops could increase the risk for CNSTs in children.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria - FIS 12/01416.

851. ASSOCIATIONS BETWEEN GROWTH TRAJECTORIES AND BONE PHYSICAL PROPERTIES AT 7 YEARS OF AGE

T. Monjardino, A. Martins, M. Severo, A.C. Santos, R. Lucas

EPIUnit-Institute of Public Health, University of Porto; University of Porto Medical School.

Antecedentes/Objetivos: It is currently believed that bone strength is characterized by important tracking throughout the life course modulated by gene-environment interactions. Strong cross-sectional relations between body size and bone have been clearly established in children. However, it is unknown whether growth trajectories improve statistical prediction of bone properties in addition to cross-sectional data. We aim to assess the influence of growth trajectories on bone physical properties at 7 years of age.

Métodos: We studied a subsample from Generation XXI birth cohort (Porto, Portugal) that underwent a dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) at 7 years-old follow-up evaluation. Subtotal bone mineral content (BMC) regressed on bone area was calculated as a measure of volumetric density (vBMD) and sex-specific BMC and vBMD z-scores were established. Measurements of weight recorded in child health books were used to establish growth trajectories. Four growth patterns were identified using normal mixture modelling for model-based clustering and labelled as "normal weight gain", "persistent weight gain", "weight gain during childhood" and "weight gain during infancy" (trajectories I, II, III and IV, respectively). Associations between trajectories and BMC and vBMD through linear regression coefficients (β) and 95% confidence intervals (95%CI) were computed. The effect of growth trajectories on bone properties independently of current body size (at 7 years) was tested.

Resultados: Data from 1,889 participants (48.3% girls) with a valid DXA scan and with the identification of a growth trajectory were analysed. Compared to trajectory I, children from the other three trajectories had higher BMC at 7 years, with the strongest associations for trajectory II [β (95%CI): girls: 1.34 (1.16; 1.53); boys: 1.25 (1.06; 1.44)] and the weakest for trajectory IV [girls: 0.54 (0.32; 0.75); boys: 0.58 (0.38; 0.78)]. Similar, although generally weaker, associations were observed for vBMD [trajectory II [girls: 1.48 (1.30; 1.67); boys: 1.04 (0.84; 1.24)], trajectory III [girls: 0.56 (0.41; 0.70); boys: 0.59 (0.37; 0.80)], trajectory IV [(girls: 0.41 (0.19; 0.62); boys: 0.12 (-0.10; 0.33)]. In girls, after adjustment for current weight and height, trajectory II was associated with a 0.12 (95%CI: 0.04; 0.21) higher BMC z-score than trajectory I. Children from trajectory II had significantly higher vBMD z-score, independently of current body size [adjusted β (95%CI): girls: 0.38 (0.21; 0.55); boys: 0.21 (0.02; 0.40)].

Conclusiones/Recomendaciones: Our study adds that growth trajectories during childhood predict bone physical properties at 7 years of age, beyond the effect of current body size.

980. DETERMINANTES DA INFLAMAÇÃO: ASSOCIAÇÃO ENTRE O PESO À NASCENÇA E A PROTEÍNA C-REATIVA NA INFÂNCIA

C. Ribeiro, M.J. Fonseca, H. Barros

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

Antecedentes/Objetivos: O baixo peso à nascença tem sido associado a concentrações elevadas de proteína C-reativa (PCR) em adultos, que por sua vez está associada a um maior risco de hipertensão, diabetes tipo II ou doença coronária. No entanto, nos estudos realizados em crianças, têm sido encontrados resultados contraditórios. O nosso objetivo foi avaliar o efeito do peso à nascença e da sua adequação com a idade gestacional na concentração de PCR aos 4 e aos 7 anos de idade.

Métodos: O recrutamento da coorte de nascimento Geração XXI ocorreu em 2005/2006, nos hospitais públicos com maternidade do Grande Porto (Portugal). A informação foi recolhida por entrevista face-a-face e nos processos clínicos, incluindo o peso e a idade gestacional à nascença. O z-score do peso à nascença para a idade gestacional foi calculado tendo como referência as médias e desvios padrão descritas por Kramer. As crianças foram reavaliadas aos 4 e 7 anos, de acordo com procedimentos padrão. A concentração de PCR foi medida usando um ensaio nefelométrico. Avaliaram-se 1419 crianças aos 4 anos e 4166 crianças aos 7 anos. O valor de PCR foi logaritimizado (base natural) e calculados coeficientes de regressão e intervalos de confiança a 95% (IC95%), brutos e ajustados para sexo, idade e IMC da criança e educação e IMC da mãe antes da gravidez, usando modelos lineares generalizados.

Resultados: Por cada aumento de 100 g no peso à nascença, observou-se uma diminuição na PCR de 0,008 mg/dL (IC -0,023; 0,007, $p = 0,276$) aos 4 anos e uma diminuição de 0,007 mg/dL (IC -0,013; -0,001, $p = 0,027$) aos 7 anos, após ajuste. Após ajuste, por cada desvio padrão do peso para a idade gestacional observou-se uma variação na PCR de -0,030 mg/dL (IC -0,096; 0,041, $p = 0,402$) aos 4 anos e de -0,047 mg/dL (IC -0,080; -0,014, $p = 0,005$) aos 7 anos.

Conclusiones/Recomendaciones: A associação encontrada entre o baixo peso à nascença e maiores concentrações de PCR em crianças sustentam a hipótese da origem fetal das doenças, indicando que um ambiente adverso in utero leva a um aumento da PCR, que, por sua vez, aumenta o risco de doenças cardiovasculares e metabólicas.

240. PHYSICAL ACTIVITY AND BONE PHYSICAL PROPERTIES INTERACT TO PRODUCE FRACTURE UP TO 7 YEARS OF AGE

A. Martins, T. Monjardino, F. Araújo, H. Canhão, R. Lucas

EPIUnit-Institute of Public Health, University of Porto; University of Porto Medical School; Nova Medical School, NOVA University.

Antecedentes/Objetivos: Childhood fractures usually result from moderate to severe trauma due to physical exertion. However, it is unknown if bone physical properties are protective of fracture for a given exposure to physical activity, i.e. if there is a synergism between bone properties and physical activity in producing fracture. Our objective was to estimate the association between bone physical properties and fracture history by levels of physical activity.

Métodos: We used cross-sectional data from 2,233 children (52.8% male) collected at the 7-year old follow-up of Generation XXI birth cohort (Porto, Portugal). Parents reported children's lifetime history of fracture. They also reported time spent in programmed sports and time spent in active plays per week for which sex-specific quartiles were computed. Whole body dual-energy X-ray absorptiometry was used to assess lumbar spine (LS) and subtotal (ST) bone mineral content (BMC) and bone mineral density (BMD). Statistical analysis was stratified by sex and BMC/BMD z-scores were computed. Logistic regression was performed to estimate odds ratios (OR), crude and adjusted for weight, height and age with 95% confidence intervals (95%CI). Linear regression was used to estimate BMC and BMD means adjusted for weight, height and age.

Resultados: Physical activity alone was not a predictor of fracture. Increased BMC and BMD were found only for boys, but not girls, in the highest level of sports practice (> 240 min) (ST BMC: 611.9 vs 597.1 g in the lowest level, ST BMD: 0.632 vs 0.621 g/cm²; LS BMC: 0.681 vs 0.664 g/cm²). In the whole sample, decreased bone properties were associated with fracture only in girls (adjusted OR (95%CI): ST BMC: 0.52 (0.31-0.88); ST BMD: 0.48 (0.28-0.82); LS BMC 0.69 (0.51-0.93); LS BMD 0.67 (0.50-0.92)). After stratification by physical level, bone properties were particularly protective of fracture in girls in the highest activity level (time in active plays > 660min: OR (95%CI): ST BMC: 0.27 (0.10-0.67); ST BMD: 0.16 (0.05-0.46); LS BMD: 0.39 (0.21-0.72); time in sports practice > 225 min: LS BMC: 0.52 (0.29-0.96); LS BMD: 0.53 (0.28-0.98)). Although less consistently, in boys, similar associations were found for those in highest level of sports practice (OR (95%CI): ST BMC: 0.40 (0.16-1.02); LS BMC: 0.51 (0.27-0.96)).

Conclusiones/Recomendaciones: Fracture occurrence was associated with lower bone physical properties in children with higher exposure to physical activity. This suggests that, regardless of the osteogenic effect of physical activity, higher levels of exertion are needed to uncover the protective effect of bone properties on fracture.

444. TENDÊNCIA DA IDADE DA MENARCA EM PORTUGAL

J. Bastos, V. Rodrigues

Registo Oncológico Regional do Centro, Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa contra o Cancro; CIMAGO.

Antecedentes/Objetivos: Vários estudos associam a idade da menarca com o risco de desenvolvimento de diversas patologias. Tem-se vindo a verificar um decréscimo na idade da menarca no último século. Em Portugal alguns estudos confirmam estes resultados, no entanto desconhecemos estudos de base populacional que ilustrem esta tendência. O programa de rastreio de cancro da mama da Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa contra o Cancro (NR-CLPCC) está implementado na região Centro de Portugal desde o início dos anos 90 e desde 2001 garante a cobertura completa desta região. Assim, pretende-se analisar a tendência da idade da menarca nesta região considerando as mulheres que participaram no programa de rastreio.

Métodos: Neste estudo considerámos todas as mulheres que participaram no programa de rastreio da mama do NRCLPCC entre 2000 e 2014, com idades entre os 45 e os 69 anos, o que permitiu o estudo de 357 637 mulheres nascidas entre 1930 e 1969. Como a idade da menarca é reportada pela mulher na data da aferição, naqueles casos em que existia inconsistência na idade nas diferentes avaliações, considerou-se a média dessas idades; excluíram-se todas as idades inferiores a 9 anos e superiores a 20, por ser mais provável deverem-se a erros do que a observações extremas. No sentido de avaliarmos

o efeito do estatuto socioeconómico na idade da menarca recorremos ao Instituto Nacional de Estatística e construímos uma nova variável que representa, ao nível do concelho, a proporção de habitantes com ensino superior. Esta variável foi categorizada em 4 grupos, considerando os quartis. Utilizámos um modelo de regressão linear para estimar a variação (β) e respectivo intervalo de confiança (IC95%).

Resultados: Nesta análise verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa na idade da menarca. A idade média da menarca nas mulheres nascidas em 1930 era 13,95 e nas mulheres nascidas em 1969 era 12,67, isto representa uma diminuição de 0,037 anos a cada ano (IC95%: -0,039 a -0,036), ou seja, uma diminuição de 15 dias por cada ano. Quando estratificámos tendo em conta o indicador do estatuto socioeconómico, verificámos que a tendência da diminuição da idade da menarca se mantém em todas as categorias, no entanto, a idade da menarca é sempre inferior nos concelhos com maior proporção de habitantes com o ensino superior concluído (β = -0,045, IC95%: -0,058 a -0,032).

Conclusiones/Recomendaciones: Neste estudo verificámos uma diminuição estatisticamente significativa na idade da menarca, à semelhança do que tem vindo a ser descrito em vários países. Apesar de alguns problemas de representatividade, podemos sugerir que esta tendência decrescente se verifica em todo o país.

860. PREVALÊNCIA DE BULLYING ENTRE JOVENS ADOLESCENTES

S. Brochado, S. Fraga, S. Soares, H. Barros

EPIUnit, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: O bullying é considerado um ato deliberado, repetido ou de exposição a atos negativos praticados por uma pessoa ou grupo de pessoas, estando associado a consequências psicológicas e sociais negativas para o desenvolvimento do adolescente. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de comportamentos de bullying entre os adolescentes inscritos em escolas públicas.

Métodos: A amostra inclui 2.624 adolescentes (1.186 rapazes e 1.438 raparigas) inscritos nas 4 maiores escolas públicas da cidade do Porto, Portugal, a frequentar o ensino do 7º ao 12º ano de escolaridade (dos 12 aos 18 anos de idade), durante o ano letivo 2014/2015. Foi obtida uma proporção de participação de 60%. Foi aplicado um questionário, estruturado e anónimo, que recolhia informação sobre características sociodemográficas e comportamentos de violência. O envolvimento em bullying foi avaliado através da adaptação da escala Bully Survey do Centers for Disease Control and Prevention. Considerou-se ocorrência frequente de comportamento de bullying nos últimos 12 meses quando os adolescentes reportaram que os atos descritos na escala ocorreram "muitas vezes" ou "sempre".

Resultados: Durante os últimos 12 meses, 25,9% dos jovens reportaram ter sido vítimas (25,2% raparigas e 26,8% rapazes, p = 0,371) e 19,4% agressores de bullying (15,6% raparigas e 23,9% rapazes, p < 0,001). No entanto, 11,2% dos adolescentes (9,7% raparigas e 13,1% rapazes, p = 0,008) reportaram ter sido simultaneamente vítimas e agressores. O bullying foi mais frequentemente reportado pelos adolescentes mais velhos (> 16 anos), que frequentavam o ensino secundário (10º a 12º ano), e que coabitavam com os pais ou apenas com a mãe. Dos adolescentes vítimas de bullying, 61,5% divulgaram essa ocorrência a alguém, sendo que 42,2% escolhe os irmãos ou outros adolescentes para o fazer.

Conclusiones/Recomendaciones: O bullying é um comportamento frequente entre os adolescentes. Os nossos resultados alertam para a necessidade de definir estratégias que capacitem os jovens para comportamentos não violentos na resolução de conflitos.

Financiación: UID/DTP/04750/2013; SFRH/BD/108742/2015; SFRH/BPD/97015/2013.

255. PATRONES DE SUEÑO, DISPONIBILIDAD DE PANTALLAS Y ENTORNO FAMILIAR EN ADOLESCENTES

X. Continente, A. Pérez, A. Espelt, M.J. López

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP; IIB Sant Pau.

Antecedentes/Objetivos: El sueño juega un papel importante en todas las etapas de la vida ya que durante el sueño se producen funciones corporales y actividad cerebral específicas que permiten el desarrollo humano, especialmente en la adolescencia. La privación de sueño se ha asociado a problemas de salud física y mental. El objetivo de este estudio es describir los patrones de sueño en adolescentes y analizar la asociación entre dormir un número insuficiente de horas y la disponibilidad de dispositivos con pantallas y otros factores de entorno familiar.

Métodos: Estudio transversal a partir de una encuesta sobre factores de riesgo en estudiantes de secundaria (FRESC), administrada en 2012 a una muestra representativa de estudiantes de 2º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y 2º bachillerato y ciclos formativos de grado medio (CFGM) de Barcelona. Las principales variables de estudio fueron los patrones de sueño (hora de ir a dormir, hora de levantarse y número de horas de sueño), la disponibilidad de dispositivos (ordenador, videoconsola y televisión (TV)) en la habitación, mirar la TV durante la cena y variables de entorno familiar (relaciones familiares y estructura familiar). Se estimó la asociación entre dormir un número de horas insuficiente (< 8h/día) y distintas variables independientes mediante modelos multivariados de regresión Poisson robusta estratificados por sexo, obteniendo Razones de Prevalencia ajustadas (RPa) y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Se incluyeron 3.492 estudiantes (51,3% chicas) de entre 13 y 19 años. Casi la mitad de los/las estudiantes de ESO y alrededor de un 75% de los/las de 2º bachillerato y CFGM no cumplían las recomendaciones de horas de sueño diarias (≤ 8 h/día). Más de un 80% de los estudiantes disponía de al menos un dispositivo (ordenador, videoconsola o TV) en la habitación. Los adolescentes que disponían de ordenador en la habitación (chicos: RPa = 1,14; IC95%: 1,01-1,28; chicas: RPa = 1,26; IC95%: 1,10-1,44) y que declaraban tener peores relaciones familiares (chicos: RPa = 1,37; IC95%: 1,15-1,63; chicas: RPa = 1,11; IC95%: 1,02-1,25) presentaban una mayor probabilidad de no cumplir las recomendaciones de horas de sueño. En chicos, mirar a menudo o siempre la TV durante la cena (RPa = 1,13; IC95%: 1,02-1,24) y no vivir en una familia biparental (RPa = 1,12; IC95%: 1,01-1,24) también se asociaron a un número de horas de sueño insuficiente.

Conclusiones/Recomendaciones: Un porcentaje elevado de adolescentes duerme menos de lo recomendado, siendo este porcentaje superior entre los jóvenes de más de 17 años. El hecho de disponer de dispositivos con pantallas en la habitación, el uso de éstos y las relaciones familiares deberían tenerse en cuenta en programas preventivos dirigidos a mejorar los hábitos de sueño.

624. ASSOCIAÇÃO ENTRE O ENVOLVIMENTO EM LUTAS E A DURAÇÃO DO SONO EM ADOLESCENTES

S. Soares, J. Araújo, E. Ramos, S. Fraga

EPIUnit, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: Cada vez mais estudos mostram que experiências adversas, como o envolvimento em comportamentos de violência, podem afetar parâmetros biológicos. Contudo os mecanismos associados não são conhecidos. Alterações no padrão e na duração do sono poderão ser um dos mecanismos que explicam o efeito do envolvimento em violência. O objetivo deste estudo é avaliar a associação entre o envolvimento em lutas físicas e a duração do sono numa amostra de adolescentes.

Métodos: O EPITeen é uma coorte de base populacional de adolescentes nascidos em 1990 e recrutados em 2003/2004, e reavaliados em 2007/2008. A informação sobre as características sociais, demográficas e comportamentais foi recolhida através de questionários autoadministrados. Nesta análise foram incluídos 2426 adolescentes avaliados aos 17 anos, e, com informação completa para as variáveis de interesse. Foi avaliado o envolvimento em lutas físicas no ano anterior à entrevista e tendo em conta a distribuição da frequência foi classificado em nunca vs pelo menos uma vez. A duração de sono (< 8h vs = 8 horas) foi estimada através da hora a que se deita e a hora a que se levanta. Foi usada regressão logística binária para calcular os odds ratio (OR) e os respetivos intervalos de confiança a 95% (IC95%).

Resultados: Aos 17 anos, 34,2% dos adolescentes referiram ter estado envolvidos em lutas físicas pelo menos uma vez no último ano, e 31,3% referiu dormir < 8h por noite. Os adolescentes que reportam envolvimento em lutas físicas foram os que dormiam menos horas (OR = 1,41; IC95% 1,18-1,69). Após ajuste para a educação dos pais e retenção escolar, o envolvimento em lutas físicas manteve-se significativamente associado com menor duração de sono (OR = 1,33; IC95% 1,11-1,61). No entanto, após ajuste adicional para consumo de substâncias, inatividade física, ver televisão ou jogar computador à noite, a estimativa de associação atenuou e perdeu significância estatística (OR = 1,06; IC95% 0,86-1,31).

Conclusiones/Recomendaciones: Este estudo mostra que o envolvimento em lutas está associado com menor duração do sono, embora esta relação pareça ser mediada por outros fatores comportamentais. Estes resultados enfatizam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar que capacite os adolescentes para a importância de estilos de vida saudáveis e com estratégias de combate e prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente o envolvimento em lutas físicas.

Financiación: UID/DTP/04750/2013; SFRH/BD/108742/2015; SFRH/BD/78153/2011; SFRH/BPD/97015/2013.

111. EL DESARROLLO DE NIÑOS MAPUCHE EN ZONAS DE CONFLICTO INDÍGENA: EL CASO DE LA ARAUCANÍA EN CHILE

A. Alarcón, S. Muñoz

Universidad de La Frontera.

Antecedentes/Objetivos: La región de la Araucanía se ubica a 600 km sur de la capital de Santiago de Chile, y contiene al grupo indígena más numeroso del país: los Mapuche. Desde los años 2000 ha sido una zona de gran conflicto étnico por lo que se denomina "zona roja". La región presenta los indicadores de salud y desarrollo más bajos del país. Los niños mapuche, particularmente rurales, crecen en un ambiente complejo de pobreza y riesgo político, que afecta su desarrollo general. Hay evidencias que señalan un peor comportamiento de los niños mapuche ante la evaluación del desarrollo psicomotor en comparación con los niños chilenos. Este estudio tiene por objetivos: 1) recuperar la visión que padres, madres y cuidadores tienen de los conflictos que enfrentan como familia para el crecimiento de sus hijos, e 2) identificar los hitos de desarrollo y bienestar más relevantes desde el punto de vista cultural.

Métodos: Estudio etnográfico con 60 familias mapuche con hijos de 0 a 4 años. Se realizó observación participante de las actividades cotidianas de cuidado y juego con los niños; y entrevistas a madres, padres y cuidadores. Estas fueron grabadas, transcritas y analizadas con software Atlas.ti6.0.

Resultados: Se dividen en dos áreas: a) la primera se relaciona con aspectos políticos globales que padres y cuidadores consideran afectan el desarrollo general de los niños mapuche, es decir una descripción del contexto, b) la segunda, muestra los aspectos específicos de desarrollo que desde la perspectiva cultural deberían ser evaluados en el crecimiento y desarrollo de los niños.

Conclusiones/Recomendaciones: Se plantea que, a) el gobierno chileno no ha sido eficaz en la resolución de los conflictos interétnicos (hay descontento y críticas sobre la forma de abordar los temas mapuche); b) segundo, se señala que las pautas con que son evaluados los niños mapuche no son apropiadas para dar cuenta de temas culturales importantes; y c) hay aspectos culturales más importantes de evaluar que no se encuentran en los instrumentos de evaluación más universal (chileno).

Financiación: FONDECYT 1150833.

CO38. Promoción y educación para la salud

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 09:30 a 11:30 h

Aula 0.2

Modera: Blanca Botello Díaz

290. VULNERABILIDAD SOCIAL E IMPLEMENTACIÓN DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD EN LA CIUDAD DE ZARAGOZA: REFLEJO DE UNIVERSALISMO PROPORCIONAL

S. Santos, J. Gallego, J.R. Ipiens, P. Aliaga, M. Bueno, E. Ferrer, P. Muñoz, M. Plumed, B. Vilches

DG de Salud Pública, Aragón; SARES Zaragoza; SARES Huesca; SARES Teruel.

Antecedentes/Objetivos: En 2015 la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS), fundada en 2009, comprende 134 centros educativos acreditados como Escuelas Promotoras de Salud (EPS), el 25% de centros de educación obligatoria en Aragón. Para reducir el gradiente social se deben emprender acciones universales, con una escala e intensidad proporcional al nivel de desventaja y necesidad (M. Marmot). El estudio pretende conocer la relación entre la demanda de acreditación como EPS y vulnerabilidad social en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de la ciudad de Zaragoza en 2015.

Métodos: Estudio observacional sobre distribución de EPS y variables de vulnerabilidad social en las ZBS en la ciudad de Zaragoza en 2015. Las variables se obtuvieron del último censo disponible (2001): porcentaje de desempleo, nivel de instrucción insuficiente (analfabetos, sin estudios o con estudios primarios incompletos) en diferentes edades, trabajadores manuales y eventuales y población con estudios superiores. Se incluyen dos variables del registro RAEPS: ZBS y EPS acreditadas. Se realiza descripción general de variables, correlación de Pearson y estimación del riesgo (OR Mantel-Haenszel) entre el porcentaje de EPS y las variables de vulnerabilidad significativas ($p < 0,05$).

Resultados: Zaragoza ciudad tiene 181 centros de educación obligatoria y 44 están acreditados como EPS. La ciudad se divide en 33 ZBS. La mediana del porcentaje de EPS por ZBS es 22,2% (0-50%). Cada ZBS presenta una mediana de 11,6% población desempleada (7,5-15,3), 54,1% trabajadores manuales (21,6-77,3), 85% trabajadores eventuales (74,4-88,6), 29,2% instrucción insuficiente en mayores de 16 años (7,6-49,3), 9,2% instrucción insuficiente en jóvenes (16-29 años) (3-25,5%), y 22,8% población con estudios superiores (9,3-49,9). Se encuentra una correlación positiva significativa ($p < 0,05$) entre el porcentaje de EPS por ZBS y porcentaje de desempleados (coeficiente de Pearson 0,34) y porcentaje de instrucción insuficiente en mayores de 16 años (coeficiente de Pearson 0,36). La estimación del riesgo muestra una relación significativa entre mayor porcentaje de EPS y mayor porcentaje de desempleo (OR 7,2; IC95% 1,5-33,5) y con mayor porcentaje de población con instrucción insuficiente en mayores de 16 años (OR 9,6; IC95% 1,6-56,9).

Conclusiones/Recomendaciones: Los datos sugieren que la demanda de acreditación como EPS en la ciudad de Zaragoza es mayor en aquellas zonas con mayor desempleo y menor nivel de estudios, variables reflejo del nivel de vulnerabilidad social. Las EPS promueven una educación inclusiva que fomentan la equidad y constituyen un buen modelo de universalismo proporcional.

913. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL CENTRO DE RECURSOS DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

A.B. Maldonado Cárceles, M. González Ros, A. Lozano Polo, F. Martínez Moreno, J.J. Gutiérrez García, M.J. Esteban Segura, C.P. Durán Fernández-Delgado, B. Carpe Carpe, A. Lozano Olivar, et al

Servicio de Promoción y Educación para la Salud, Consejería de Sanidad, Región de Murcia; Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: El Centro de Recursos (CR) del Servicio de Promoción y Educación para la Salud es una unidad que proporciona asesoría y apoyo documental a profesionales y población general. Responde a un objetivo del Plan de Educación para la Salud (EpS) en la Escuela conjunto de las Consejerías de Sanidad y Educación. El objetivo del estudio es evaluar la utilización del CR por los centros docentes adscritos al Plan y conocer el perfil del usuario y su evolución.

Métodos: Se administró un cuestionario, con 4 de los ítems sobre la utilización del CR, por e-mail a los 353 centros adscritos al Plan en el curso 2010-2011. Los centros se clasificaron en colegios, institutos y concertados. Para el análisis de los usuarios que consultaron al CR, se revisó el registro de atención al usuario de enero 2012 a diciembre 2015. Se valoró: tipo de usuario, medio de contacto, solicitud, escenario de intervención y tema. Se calcularon porcentajes en el análisis descriptivo y para detectar diferencias significativas se realizó un test de ji-cuadrado mediante SPSS v18-20.

Resultados: La tasa de respuesta al cuestionario fue del 62,9%. El 69,5% conocen la existencia del CR y el 52,1% lo han utilizado. El 57,1% de los docentes consideraron que los materiales respondían a sus necesidades. El motivo más frecuente de utilización del CR fue para consulta (75,9%). No se detectaron diferencias significativas por tipo de centro. El número de consultas total fue de 744. El método de contacto más frecuente fue la atención personalizada (50,5%) seguido del e-mail (25,8%) y vía telefónica (23,7%). Los docentes (26,5%), sanitarios (22,3%) y agentes de salud (15,9%) fueron los que más consultaron. La principal solicitud fue de materiales (76%) siendo los Servicios Sanitarios y Sociales el principal ámbito de intervención. Los temas más solicitados fueron EpS (24%), tabaco (18%), enfermedades (14%) y alimentación (13%). Se detectaron diferencias en el perfil del usuario y en el tipo de contacto a lo largo del periodo investigado, predominando el docente sobre el sanitario y la atención personalizada sobre la telemática ($p < 0,001$).

Conclusiones/Recomendaciones: Los docentes conocen y valoran positivamente el CR, así como los materiales facilitados. La existencia del CR facilita el acceso a materiales educativos y de sensibilización de cara a desarrollar actividades de promoción y EpS. El sistema de registro permite identificar el perfil de usuarios y adaptar las acciones de difusión en los distintos ámbitos de actuación.

399. LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE COHESIÓN SOCIAL

T. Plazaola, A. Uranga, C. Virto, J. Ajuriagojeaskoa, N. Errasti, S. Garciandia, I. Dorronsoro, J. Herrero, I. Benítez

Comarca de Salud Pública Tolosa Goierri; Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa; Osakidetza; Ayuntamiento de Ordizia; Nagusilan.

Antecedentes/Objetivos: La salud comunitaria (SC), basada en una concepción social e integral de la salud, busca mejorar la salud de la

población mediante la participación de distintos sectores en la toma de decisiones sobre la salud. Se describe un programa de SC, basado en la práctica de caminar en grupo, desplegado en municipios de Gipuzkoa en el periodo 2012-16.

Métodos: Se describe el abordaje intersectorial, intergeneracional, participativo e integrador, del programa de intervención comunitaria de promoción de actividad física en mayores y colectivos vulnerables. Se enumeran los agentes locales clave impulsores y dinamizadores de la iniciativa (Ayuntamiento: deportes, servicios sociales, urbanismo, medio ambiente; Servicios de Salud: Atención Primaria, salud mental, Salud Pública; Centros escolares; Asociaciones ciudadanas: de mayores, mujeres, personas con discapacidad, inmigrantes, comerciantes) y su papel en la gestión de la: a) logística (recorridos, señalética, logo y nombre, dípticos, tarjetas de seguimiento); b) difusión local (prensa, radio, tv); c) actividades de socialización (tentempié post-caminata). Mediante material diseñado ad hoc, los servicios sociales y sanitarios prescriben las marchas en consulta. Según cronograma trimestral se programan las salidas y los agentes clave responsables de la marcha semanal. Se está desarrollando un estudio cualitativo para valorar la percepción de los organismos colaboradores y de la población participante sobre los efectos en el bienestar individual y colectivo y en la cohesión social.

Resultados: El programa promueve salidas semanales para caminar en grupo. Está vigente en 21 municipios y en proceso de implantación en 6 más. Por la heterogeneidad de los municipios, la participación en las marchas es desigual (mediana: 45 personas/salida semana). La implicación de los agentes clave es muy importante y la participación es mayor en los municipios en los que el tejido asociativo es más activo, como Tolosa y Ordizia con una media de 130 personas/salida. La participación femenina en las marchas y en la organización es superior a la masculina (65% y 35%, respectivamente). La oportunidad de socialización, ligado al tentempié post-caminata es uno de los aspectos más positivamente valorados por los participantes. Por otra parte, alumnos de los centros escolares actúan como voluntarios en la marcha.

Conclusiones/Recomendaciones: La actividad física en grupo contribuye a mejorar la salud, a la vez que favorece la integración y cohesión social. La salud comunitaria, basada en el trabajo participativo de distintos sectores, debe estar contemplada en las políticas de salud.

316. HÁBITOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DIANA DEL PROGRAMA SALTA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

M.D. Lasheras Carbajo, E. Jiménez Buitrago, C. Estrada Ballesteros, S. Mayorgas Torralba, M.I. Sillero Quintana, A. Martínez Serrano, B. Zorrilla Torras

Servicio de Salud Pública Área 9; Servicio de Salud Pública Área 7; Servicio de Promoción de la Salud; Servicio de Promoción de la Salud; Coordinación de Áreas de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Madrid participa en el proyecto europeo OPEN (prevención de obesidad en adolescentes) con el programa de intervención comunitaria SALTA en Humanes de Madrid (HM). La población diana son los adolescentes de 12 a 16 años y familias. Objetivo: caracterizar mediante encuesta la población adolescente de HM en relación a actitudes y hábitos sobre actividad física (AF) y uso de pantallas, para diseñar las intervenciones teniendo en cuenta las desigualdades de género y evaluar su eficacia al finalizar el proyecto.

Métodos: Se adaptan contenidos de práctica de AF y uso de pantallas de la encuesta SIVFRENT-J, en forma de cuestionario autoadministrado de 41 preguntas. El trabajo de campo se desarrolla en la primera quincena de junio de 2015 en los centros de educación secundaria de HM a todos los alumnos de 1º a 3º de ESO. Se realiza un análisis

descriptivo mediante el paquete estadístico SPSS v21, y la comparación de variables con el cálculo de χ^2 .

Resultados: La tasa de respuesta es de 88,32% (N = 537). El 50,6% son varones y las edades están comprendidas entre 12 y 17 años. El 91,2% residen en el municipio de HM y el 13,78% han nacido fuera de España. El 71,3% de los chicos y el 45,6% de las chicas ($p < 0,001$) realizan AF vigorosa o intensa 4 o más veces a la semana. Existen también diferencias significativas por sexo en la práctica de AF en los demás niveles de frecuencia e intensidad. El 44,0% de los chicos y el 51,8% de las chicas emplean, en días lectivos, más de dos horas de ocio en tiempo de pantalla, mientras que los fines de semana estos porcentajes aumentan al 74,3% de los chicos y 84,6% de las chicas. El 77,86% de los chicos consideran que su habilidad físico-deportiva es buena o muy buena frente al 40,38% de las chicas ($p < 0,05$). Existen diferencias significativas entre las razones que tienen los chicos para practicar AF frente a las de las chicas: "disfrutar de la competición" (10,66% vs 3,77% $p = 0,002$) y "perder o controlar peso" (18,75% vs 34,72% $p < 0,001$). El 57,7% de los chicos está satisfecho o muy satisfecho con su imagen corporal frente al 35,22% de las chicas y no se observan diferencias por cursos ni por edad.

Conclusiones/Recomendaciones: Las chicas practican menos AF, ejercicio y deporte que los chicos; Refieren tener peor habilidad físico-deportiva y están menos satisfechas con su imagen corporal. Estos resultados nos obligan a priorizar en el proyecto las acciones dirigidas a promover la AF entre las chicas, teniendo en cuenta sus motivaciones y barreras.

Financiación: DGSANCO.

783. INTERVENCIONES EN PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: FRECUENCIA DE REALIZACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS A LOS PROFESIONALES

C. García-Riolobos, M. Esteban-Vasallo, M.F. Domínguez-Berjón, A.C. Zoni, J. Astray-Mochales

Dirección General de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La Atención Primaria (AP) es un marco idóneo para la realización de intervenciones para la prevención primaria del cáncer. El objetivo fue valorar la frecuencia de realización de intervenciones individuales, grupales y comunitarias relacionadas con la prevención primaria del cáncer y los factores asociados a una mayor frecuencia de su ejecución en AP en la Comunidad de Madrid.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se envió un cuestionario online sobre prevención de cáncer a una muestra aleatoria (N = 3.586) de profesionales de AP. Se recogió información sobre sexo, edad, profesión, tiempo trabajado, formación específica postgrado, importancia atribuida a la AP en prevención del cáncer, capacitación propia percibida para realizar consejo eficaz en salud y frecuencia de realización de intervenciones preventivas frente al cáncer. Se realizó un análisis descriptivo. Los factores asociados a realizar las distintas intervenciones 'Muchas veces/siempre' se determinaron mediante regresión logística bi- y multivariante calculando sus odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: La participación alcanzó el 39,4%, un 45,0% eran enfermeros/as (E) y 55,0% médicos/as de familia (MF). La intervención realizada más frecuentemente fue el consejo personalizado (82,2%, E: 83,3 vs MF: 81,3%), seguido por la intervención grupal (17,1%, E: 26,4 vs MF: 9,5%, $p < 0,001$) y la comunitaria (13,7%, E: 21,7 vs MF: 7,2%, $p < 0,001$). Al estratificar por profesión en enfermería se asoció el consejo individual frecuente con la adecuada capacitación (OR: 3,50, IC95%: 1,91-6,41), y las intervenciones grupales y comunitarias frecuentes con una alta importancia atribuida a AP en prevención del cáncer (OR: 2,21, IC95%: 1,06-4,64 y OR: 3,39, IC95%: 1,32-8,70 respectivamente). En MF el consejo frecuente se asoció a la adecuada capacitación (OR:

3,22, IC95%: 2,07-4,99) y a una alta atribución de importancia a AP en prevención del cáncer (ORa: 2,39, IC95%: 1,05-5,43), las intervenciones grupales frecuentes se asociaron a la formación específica (ORa: 2,15, IC95%: 1,30-3,56) y a la capacitación (ORa: 2,96, IC95%: 1,38-6,33), y las comunitarias también a la formación específica (ORa: 2,08, IC95%: 1,18-3,67) y a la capacitación (ORa: 2,96, IC95%: 1,24-7,05).

Conclusiones/Recomendaciones: Las intervenciones grupales y comunitarias se realizan poco y mayoritariamente por enfermería. La confianza en la propia capacitación y en la importancia de AP en la prevención del cáncer, así como en MF la formación específica, son factores determinantes para una mayor frecuencia de su realización, por lo que deberían ser potenciados.

799. DETECCIÓN DE NECESIDADES DE LOS ADOLESCENTES EN EL PROGRAMA SALTA DE PREVENCIÓN DE OBESIDAD

M.I. Sillero Quintana, S. Mayorgas Torralba, M.D. Lasheras Carbajo, E. Jiménez González Buitrago, C. Estrada Ballesteros, A. Martínez Serrano, I. Wijers, B. Zorrilla Torras

Sub. Promoción Prevención EpS, DG de Salud Pública, Consejería de Sanidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El proyecto de intervención comunitaria SALTA Humanes de Madrid (HM) perteneciente a la red europea de prevención de obesidad (OPEN), en su fase de diseño, ha llevado a cabo una investigación participativa para lograr la implicación de la población diana (adolescentes de 12 a 16 años) en la detección de problemas y diseño de acciones. El objetivo es identificar las dificultades, necesidades y propuestas de los adolescentes de HM en el desarrollo de hábitos saludables y promover su participación mediante técnicas de dinamización y motivación.

Métodos: Taller de investigación-acción de 2 sesiones de 3h 30' de duración con 4 dinámicas participativas que recogen información sobre AF y hábitos de alimentación: obstáculos y ventajas de la práctica de AF, propuestas para el incremento de la práctica de AF. Se llevó a cabo con una muestra de conveniencia de 80 adolescentes: paritaria respecto al sexo y con representación de la diversidad cultural del alumnado de 1º a 4º de educación secundaria (ESO) de los centros educativos de HM. Se realizan 4 talleres con 2 grupos de 1º y 2º y 2 grupos de 3º y 4º.

Resultados: Los adolescentes reconocen los beneficios de la AF para la salud pero su principal motivación para su práctica es la diversión, el desahogo y pasar tiempo con amigos. Reclaman el fomento de actividades no competitivas y valoran el papel de los progenitores como agente motivador. Apuntan como limitaciones/barreras a la AF: coste económico de material deportivo y clases, infraestructuras exigüas y escasa variedad en oferta de actividades, además de percepciones subjetivas como sentir pereza o vergüenza, la falta de tiempo y el clima. Las chicas encuentran barreras añadidas asociadas al género: el escaso apoyo para practicar deportes y miedo a sufrir agresiones si se practica en solitario. Además refieren un sentimiento de vergüenza relacionado con el pudor y auto percepción de falta de habilidad para la AF. No existe conciencia de beneficios asociados a la alimentación saludable y no entra en sus preocupaciones.

Conclusiones/Recomendaciones: La transformación de los hábitos en adolescentes requiere políticas integrales que impliquen al ayuntamiento (mejora de infraestructuras y de variedad de actividades), a los centros educativos, esencialmente ampliar la oferta actividades en educación física: (p.e. baile y utilización de música), a las familias (mayor implicación y participación activa en la AF) y a los adolescentes (superación de barreras internas y externas). Destaca la necesidad de romper estereotipos de género como factor ineludible para el fomento igualitario de la práctica de ejercicio físico.

Financiación: Grants for proposals 2012 under the second Health Programme (2008-2013) DG SANCO.

186. PHOTOVOICE VILLADERO: UN ESTUDIO PARTICIPATIVO SOBRE LA ALIMENTACIÓN A TRAVÉS DE LA FOTOGRAFÍA

J. Díez, P. Conde, M. Sandín, M. Urtasun, R. López, J.L. Carrero, J. Gittelsohn, M. Franco

Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá; CMS Villaverde, Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; Johns Hopkins School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: Photovoice es una metodología de investigación-acción participativa basada en la fotografía. En este estudio, vecinas y vecinos de Villaverde fotografiaron, discutieron y analizaron su entorno alimentario con el objetivo de entender que características estructurales y sociales del entorno alimentario afectan a la dieta. Villaverde es uno de los Distritos con indicadores socio-económicos y de salud más bajos de Madrid.

Métodos: La identificación y análisis del entorno alimentario se realizó mediante la técnica Photovoice. Participaron 24 residentes, hombres (10) y mujeres (14). Se formaron 4 grupos, que se reunieron semanalmente, durante un mes y medio, para debatir y analizar las fotografías realizadas por ellos/as. Los/as participantes codificaron las categorías, que se reagruparon después mediante la estrategia analítica de aproximación sucesiva.

Resultados: Los/as participantes realizaron 163 fotos, de las que seleccionaron 47 como las que mejor representaban las 30 categorías extraídas y discutidas en cada uno de sus grupos. Obtuvimos cinco macro-categorías: 1) comer con moderación; 2) diversidad cultural; 3) comercios de alimentación; 4) relaciones sociales; y 5) crisis económica y pobreza. Los/as participantes se involucraron en todas las fases del estudio, generando una interesante reflexión sobre su entorno alimentario. El proyecto ha potenciado el tejido social existente en la zona, creándose nuevos vínculos entre ciudadanía, servicios de prevención y promoción de la salud, y decisores políticos. Otros resultados a destacar son la redacción de 4 artículos científicos, así como la edición de un fotolibro. Se realizó una exposición con 31 fotografías de los participantes, expuesta ya en dos centros culturales del Distrito, así como en la sede del Ayto. de Madrid. También creamos un vídeo explicativo, y una aplicación cartográfica interactiva para aumentar la visibilidad e impacto.

Conclusiones/Recomendaciones: El Centro Madrid Salud de Villaverde, vecinos/as, y el grupo de investigación HeartHealthyHoods hemos trabajado juntos para entender uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas como es la alimentación. Los resultados han generado un mayor conocimiento del entorno alimentario, que permitirá mejorar el diseño de estrategias preventivas poblacionales, incluyendo la participación ciudadana en la detección de fortalezas y barreras de su entorno.

Financiación: Fundación MAPFRE y ERC-2013-StG-336893.

CO39. Salud sexual y reproductiva

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 09:30 a 11:30 h

Aula 1.1

Modera: Glòria Pérez Albarracín

273. TRABAJO SEXUAL: DISTINTAS REALIDADES, DISTINTAS NECESIDADES

C. Folch, L. Ferrer, A. Morales-Carmona, C. Sanclemente, J. Casabona

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (CEEISCAT)/ASPC; Stop Sida; Àmbit Prevenció; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Describir el perfil socio-demográfico y conductual de los hombres, mujeres y mujeres transexuales que ejercen el trabajo sexual en Cataluña, así como identificar necesidades específicas de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Métodos: Estudio A: Estudio transversal realizado en 2011 en mujeres trabajadoras de sexo (MTS) reclutadas en calle, pisos y clubs (n = 394). Estudio B: Trabajadores/as sexuales masculinos (TSM) (n = 53) y mujeres transexuales (TST) (n = 64) que se realizan la prueba rápida del VIH en Stop Sida (2014-15). Criterios de inclusión: Tener más de 18 años, VIH negativo/a y dar consentimiento informado.

Resultados: El porcentaje de < 25 años fue del 23,4% en MTS, 45,3% en TSM y 31,3% en TST. Más del 90% de MTS y TST eran inmigrantes, siendo este porcentaje del 76,9% en TSM. La prevalencia de consumo de drogas con los clientes (últimos 12 meses) fue del 82,7% en TSM y del 98,3% en TST, respectivamente. El 22,4% de las TS afirmó haber consumido drogas en alguna ocasión durante los últimos 6 meses. Las mujeres TST declararon un mayor número de clientes/semana (60,9% más de 20), en comparación con las MTS y los TSM (9,1% y 5,8%). El uso inconsistente del preservativo con clientes fue reportado por el 10% de las MTS (últimos 6 meses) y el 47% de los TSM y 25% de las TST, respectivamente (últimos 12 meses). El 13,6% de las MTS habían sufrido alguna agresión sexual en la vida y el 10,9% y 31,2% de los TSM y las mujeres TST habían sido discriminado/as por su identidad/orientación sexual. La prevalencia auto-declarada de ITS (últimos 12 meses) fue: 4,9% en MTS, 28,8% en TSM y 7,8% en TST.

Conclusiones/Recomendaciones: El trabajo sexual se caracteriza por su heterogeneidad y por incluir un elevado porcentaje de personas de origen extranjero. Será clave garantizar el acceso universal a los servicios integrales de prevención y promoción de la salud sexual en este colectivo, así como abordar aspectos de violencia y/o discriminación que pueden incrementar su vulnerabilidad frente al VIH/ITS. Especial atención se debería tener para TSM y TST ya que presentan un menor uso del preservativo, elevado consumo de drogas, así como elevada prevalencia auto-declarada de ITS, coincidiendo con la mayor prevalencia de VIH que se ha observado en estas poblaciones.

303. PREVALENCIA DE VIH Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES EN LA RM, CHILE

V. Stuarda, J.M. Manríquez, J. Belmar, B. Carbajal, C. Folch, A. Montoliu, J. Casabona

Programa de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: En Chile, la Región Metropolitana (RM) tiene una de las tasas más altas de VIH/Sida (50×100.000 hab). Las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) debido a su mayor exposición al VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), han sido identificados como grupos vulnerables para la infección, así como poblaciones de "difícil acceso". En el contexto de un estudio bioconductual, los objetivos de este trabajo fueron determinar la prevalencia de VIH en MTS en la RM y describir los factores conductuales, sociodemográficos y clínico-epidemiológicos de esta población.

Métodos: Estudio transversal. La población fueron MTS que viven en la RM. Una muestra de 370 MTS mayores de 18 años se seleccionó mediante el método Time Location Sampling (TLS) en locales nocturnos y calle. Para determinar la prevalencia del VIH se utilizó la prueba rápida Ora Quick® ADVANCE Rapid HIV 1/2 Antibody Test. Se desarrolló un cuestionario anónimo con variables clínico-epidemiológicas, conductuales y sociodemográficas. Las características cuantitativas se describieron utilizando mediana y rango intercuartílico (IR), y las cualitativas mediante porcentajes. Se consideraron todos los aspectos éticos.

Resultados: La prevalencia de VIH fue de 0,0%. Aprox. el 30% (n: 109) de las MTS fueron extranjeras. La mediana de edad fue de 31 años (19-79). Más del 70% consumió alcohol durante la semana y un 60,3% algún tipo de droga. La mediana de edad de inicio al TS fue de 23 años (RI: 19-28). Un 97% usó condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con sus clientes. Con las parejas estables en su mayoría (> 90%) no habían utilizado condón en sus relaciones sexuales de los últimos 6 meses. Un 17,8% recibió condones en centros de salud sexual el último año y un 37,8% no se ha realizado nunca un control de salud sexual (SS). El 11,9% refiere haber tenido una ITS alguna vez, de estas, un 20,5% el último año. El 24,6% de las mujeres nunca se habían realizado un cribado para cáncer cervicouterino (PAP).

Conclusiones/Recomendaciones: La prevalencia de VIH encontrada en MTS fue más baja de lo esperado pero acorde a la encontrada en otros países de la región, tanto en población chilena como extranjera. El alcohol y las drogas pueden aumentar la vulnerabilidad de estas mujeres frente al VIH/ITS. Las medidas preventivas primarias no son cubiertas por el sistema sanitario, además el acceso a los servicios de SS es limitado. Se hace necesario contemplar en la política pública las necesidades relacionadas con los derechos sexuales de las MTS.

Financiación: FONDECYT – 11140021 Bio-behavioral surveillance for HIV/AIDS in hard-to-reach populations in the Metropolitan Region of Santiago, Chile.

808. PROGRAMA SAUNAS DE BARCELONA: LA VULNERABILIDAD DE LOS TRABAJADORES SEXUALES

P. García de Olalla, C. Jacques Aviñó, S. Martín, E. Díez, M. Fernández, M. Santoma, L. Roldán, A. de Andrés, J.A. Caylà

Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona; Servei de Programes i Intervencions Preventives, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El Programa Saunas es una intervención de base comunitaria que ofrece pruebas rápidas de VIH, sífilis, hepatitis C y vacunación de hepatitis A y B a hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). Se describen las características de los usuarios contactados entre el 2007 y el 2015, se comparan según sean trabajadores del sexo (TS) o no y se determina la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH.

Métodos: Las pruebas se realizaron en 6 saunas gay, lugares en que los HSH pueden tener contactos sexo-sociales. Los resultados se entregaron en la Agència de Salut Pública de Barcelona donde se realizaba un counseling y se recogían datos sociodemográficos y sobre conducta sexual. Se realizó un análisis descriptivo, un análisis bivariado entre los TS y no TS mediante chi cuadrado, U Mann Whitney y odds ratio con intervalos de confianza del 95% (IC95%). Las variables significativas fueron incluidas en el modelo de análisis multivariado y se calcularon las OR ajustadas (ORa).

Resultados: Se realizaron 2.764 pruebas a 1.902 hombres de los cuales 548 (28%) eran TS. La edad mediana de los usuarios contactados fue de 33 años, el 43% había nacido en España, un 42% tenía estudios secundarios y el 11% se identificó como heterosexual. De los TS, un 42% no tenía tarjeta sanitaria y el 27% no se había realizado nunca la prueba del VIH. Entre los no TS un 9,4% (128 personas) fueron nuevos diagnósticos de VIH y un 8,7% (47 personas) entre los TS (p: 0,6). El análisis multivariado mostró que los TS eran más jóvenes (ORa: 8,6; IC: 6,4-11,6), había predominio de extranjeros (ORa: 27,5; IC: 16,7-45,1), con estudios primarios (ORa: 3,8; IC: 2,5-5,6), se autodefinían más como heterosexuales (ORa: 3,4; IC: 2,3-4,9) y tenían menos probabilidades de recoger los resultados de las pruebas (ORa: 2,8; IC: 1,7-4,8).

Conclusiones/Recomendaciones: Los TS son más jóvenes que los usuarios de saunas gay que no ejercen trabajo sexual. También son mayoritariamente inmigrantes y tienen mayor barrera en el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, la proporción de detección de

nuevas infecciones de VIH no difiere entre los TS y no TS. La intervención permite acceder a una población socialmente vulnerable.

563. INFLUENCIA DEL PAÍS DE NACIMIENTO MATERNO SOBRE LA ATENCIÓN Y RESULTADOS DEL EMBARAZO EN LA COMARCA DEL PONIENTE ALMERIENSE

E. Martínez García, M.C. Olvera Porcel, M.D. Pozo Cano, I. Salcedo Bellido, R. Olmedo Requena, A. Bueno Cavanillas

Hospital de Guadix; FIBAO Almería; Departamento de Enfermería, Universidad de Granada; Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Las diferencias en los resultados del embarazo entre las poblaciones inmigrantes residentes en los países industrializados respecto a las autóctonas están ampliamente documentadas y podrían, en parte, ser explicadas por los cuidados obstétricos recibidos, aunque aún son pocos los estudios que los han analizado, sobre todo en España. El objetivo del estudio fue valorar los indicadores de calidad de la atención prenatal y obstétrica en función del país de nacimiento materno y su asociación con resultados obstétricos.

Métodos: Estudio retrospectivo de serie de casos de las mujeres que dieron a luz en el Hospital de Poniente de Almería (El Ejido) entre los años 2000-2010. Criterios de inclusión: partos simples, fetos vivos al inicio del parto, presentación cefálica y no cesáreas electivas. País de nacimiento materno agrupado en: España, Magreb, Este de Europa, Subsáhara, Latinoamérica y Resto del Mundo. Variables de estudio: edad materna, paridad, morbilidad pre y gestacional, adecuación del control prenatal (índice APNCU-1M), edad gestacional al parto, inicio y terminación del parto, analgesia epidural, episiotomías, desgarros, peso del recién nacido y morbilidad materna severa (MbMS). Análisis: estadística descriptiva y análisis bivalente de cada variable con el país de nacimiento y posteriormente modelos de regresión logística multivariantes para los principales resultados obstétricos, calculándose odds ratios e intervalos de confianza al 95%.

Resultados: La muestra estuvo conformada por 22.319 partos (39% de extranjeras). Las mujeres del Este de Europa (OR = 6,22; IC95% 5,58-6,96) y magrebíes (OR = 5,89; IC95% 5,33-6,52) muestran mayor riesgo de control prenatal inadecuado respecto a las españolas. El riesgo más elevado de parto instrumental lo muestran las magrebíes (OR = 1,45; IC95% 1,26-1,66), mientras subsaharianas (OR = 2,45; IC95% 1,99-3,03) y latinoamericanas sufren más cesáreas (OR = 1,61; IC95% 1,30-2,00). Las magrebíes (OR = 2,05; IC95% 1,48-2,85) y sobre todo latinoamericanas presentan más riesgo de MbMS (OR = 4,15; IC95% 2,61-6,59), estando la terminación del parto fuertemente asociada a este resultado.

Conclusiones/Recomendaciones: En la comarca del poniente almeriense la calidad de la atención prenatal y obstétrica es diferente en función del país de nacimiento, y ésta influye en los resultados obstétricos. Las extranjeras suelen estar en desventaja, por lo que es necesario implantar estrategias que traten de disminuir, o eliminar dichas diferencias.

425. INGESTA DE YODO DURANTE EL EMBARAZO, FUNCIÓN TIROIDEA MATERNA Y DESARROLLO NEUROPSICOLÓGICO A LOS 4-5 AÑOS DE EDAD

M. Murcia, L. González, A. Tardón, J. Ibarlucea, M. Guxens, M. Espada, J. Vioque, J. Julvez, M. Rebagliato

CIBERESP; UMI FISABIO-UJI-UV; Universidad de Oviedo; Subdirección de Salud Pública, Gipuzkoa; ISGlobal, CREAL, Barcelona; Laboratorio de Salud Pública, Bilbao; Universidad Miguel Hernández.

Antecedentes/Objetivos: Una ingesta de yodo adecuada durante el embarazo es esencial para el ajuste de la función tiroidea materna al aumento en los requerimientos. Sin embargo, resultados previos en

mujeres embarazadas españolas de la cohorte INMA cuestionaron la efectividad y seguridad de la suplementación con yodo en áreas yodo-suficientes o con deficiencia leve. Tanto la deficiencia como el exceso de yodo pueden alterar la función tiroidea materna, y ello influir en la adecuada maduración del sistema nervioso central del feto. El objetivo de este estudio es analizar la asociación de la ingesta de yodo y la función tiroidea materna durante el embarazo con el desarrollo neuropsicológico de los niños en edad preescolar.

Métodos: La población de estudio incluyó 1.803 pares de madres-niños/as del estudio multicéntrico de cohortes INMA, reclutados entre 2003 y 2008, con evaluación del desarrollo neuropsicológico a los 4-5 años mediante las escalas McCarthy. La ingesta de yodo por dieta, sal yodada y suplementos fue estimada mediante cuestionarios en el 1^{er} y 3^{er} trimestre de la gestación. Se determinaron las yodurias y los niveles de TSH y T4 libre en suero en la primera mitad del embarazo. La presencia de patologías tiroideas (diagnóstico previo y toma de medicamentos durante el embarazo) se obtuvo mediante cuestionarios. Se ajustaron modelos de regresión lineal por sub-cohorte y se combinaron mediante meta-análisis.

Resultados: La ingesta de sal yodada, yodo por suplementos y los niveles de yoduria maternos no mostraron asociación con el desarrollo neuropsicológico. Se observó una asociación inversa entre la ingesta de yodo por dieta y la escala motora ($\beta = -0,96$; IC95%: -1,62, -0,30; por 100 $\mu\text{g}/\text{día}$). Considerando los 2 principales grupos de alimentos aportadores de yodo (lácteos y pescado), la relación se observó con el consumo de lácteos y, específicamente, leche. Los niveles de hormonas tiroideas no se asociaron con el desarrollo neuropsicológico. La presencia de patologías tiroideas previas no tratadas durante el embarazo (3,2%) se asoció con menores puntuaciones en las escalas verbal y de la memoria.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados de este estudio no muestran una asociación entre la toma de suplementos de yodo durante el embarazo y el desarrollo neuropsicológico de los niños a los 4-5 años de edad. Los resultados apoyan la conveniencia de la vigilancia del estatus tiroideo a lo largo del embarazo en mujeres con diagnóstico previo. La asociación observada con el consumo de leche durante el embarazo requiere mayor investigación.

Financiación: FIS-FEDER, CIBERESP.

419. ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE EXPOSICIÓN A MERCURIO DURANTE EL EMBARAZO Y CRECIMIENTO FETAL EN LA COHORTE INMA

C. Iñiguez, F. Ballester, M. Murcia, A. Fernández-Somoano, M. Guxens, M. Basterrechea, C. Rodríguez-Dehli, A. Lertxundi, S. Llop

UMI FISABIO-Universitat Jaume I-Universitat de València; CIBERESP; Departamento de Enfermería, Universitat de València; Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa; ISGlobal, Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL); Hospital San Agustín de Avilés; Universidad del País Vasco; Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: La exposición prenatal a mercurio se ha relacionado con una reducción del peso al nacer. Sin embargo, ningún estudio ha evaluado su relación con el crecimiento fetal en el embarazo, cuyo compromiso es relevante para el desarrollo y la salud en edades posteriores. Estudios en población española indican que la exposición a mercurio es relativamente alta y que el consumo de algunas especies de pescado juega un importante papel. El objetivo de este estudio es analizar la relación de los niveles de mercurio en sangre de cordón con el desarrollo fetal a través de la biometría fetal.

Métodos: Se incluyeron 1.867 mujeres embarazadas y sus hijos, en su etapa fetal, de las cohortes de Asturias, Gipuzkoa, Sabadell y Valencia. En cada trimestre de embarazo (semanas 12, 20 y 34) se midió el diámetro biparietal (DB), la longitud del fémur (LF) y la circunferencia abdominal (CA). Se obtuvieron estimadores de tamaño y crecimiento

fetal ajustando por factores constitucionales. Se analizó la asociación entre niveles de mercurio y desarrollo fetal mediante regresión lineal en cada cohorte y posterior meta-análisis, ajustando por variables sociodemográficas, dieta y otras exposiciones relacionadas con crecimiento fetal como tabaquismo y contaminación atmosférica.

Resultados: En el análisis combinado, duplicar los niveles de mercurio en sangre de cordón se asoció con una reducción, estadísticamente significativa, del 2.4% en DB en la semana 12 de gestación. También se observaron reducciones cercanas al 2%, aunque sin alcanzar la significación estadística, en el crecimiento de DB y CA entre las semanas 20 a 34 y en los tamaños respectivos en semana 34.

Conclusiones/Recomendaciones: La exposición prenatal a mercurio se asocia con reducciones en el crecimiento fetal. Es necesaria más investigación sobre los efectos relacionados con la exposición a mercurio durante el embarazo, así como sobre el papel del consumo de pescado en dicha relación. Se deben mantener las recomendaciones sobre consumo de pescado en población vulnerable encaminadas a reducir la exposición a mercurio, así como desarrollar acciones preventivas eficaces para evitar contaminación ambiental por mercurio y el control de la exposición a través de los alimentos.

Financiación: FIS-FEDER (11/01007, 11/02591, 11/00178, 13/1944, 13/02429, 13/02032, 14/00891, 14/01687), Miguel Servet-FEDER (CP15/0025, MS13/00054).

661. WOMEN'S EXPERIENCES OF MENSTRUATION IN RURAL COMMUNITIES IN UGANDA. A POSITIVE DEVIANCE STUDY

J. Ábalo, G. Ortiz-Barreda, M. Carrasco-Portiño

Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway; MC Venues Research Group, Department of Health Promotion and Development, Bergen, Norway & PhD Program of Public Health, University CES, Colombia; Department of Obstetrics and Puericulture, University of Concepción, Chile.

Antecedentes/Objetivos: Menstruation is considered a taboo topic that girls and women are not permitted to discuss with peers or family members. It makes them suffer silently with menstrual needs. In Uganda, poor access to adequate information and menstrual products force rural women to resort to dirty pieces of old clothing and coils of soft leaves. All these are regarded ineffective, in-hygienic and uncomfortable to absorb their menstrual flow and expose them to reproductive health problems. In 2014, the Ministry of Education and Sports funded and supported a menstrual campaign, but only those living in urban and peri-urban areas have benefited. Using the Positive deviance approach (PD) that focuses on positive deviants within the community and uses their unique solutions to bring about sustainable behavioural and social change, this study aimed to explore women's experiences of menstruation and use/access to available resources in rural communities in Uganda.

Métodos: In a qualitative study in 2015 conducted in three villages -Nawango/Bule/Mpanga-, data were collected through semi-structured in-depth audiotaped interviews, and observations. Participants were 33 women [aged 19-35] in households. Interviews lasted 30-90 minutes and data were analysed using thematic network analysis.

Resultados: 23 Non-PD and 10 PD women were identified on the basis of reported and observed reproductive health practices. All women managed menstrual blood mainly through dried banana leaves, old pieces of clothes wrapped in polythene bags, unprocessed cotton wool and pieces of old bedsheets due to restrict access to adequate menstrual products. PD women were able to maintain good hygienic practices by washing the old pieces of cloths and using tender banana stems despite having no access to clean water. PD women learnt how to make hygienic sanitary pads from the health center during antenatal and immunisations, from traditional birth attendants during childbirth and follow-ups, and from female leaders.

Conclusiones/Recomendaciones: PD was effective in identifying particular unique practices among women and girls who face vast challenges related to menstrual issues. Lack of access to resources and inadequate governmental attention to menstrual health inequalities expose women and girls to unhealthy menstrual practices. There is need for future studies to understand the menstrual health behaviours, practices and biases in rural communities.

879. EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN SEXUALIDAD EN EL MUNDO: UNA UMBRELLA REVIEW

M. Carrasco-Portiño, K. López-Saavedra, F. Alarcón-Cuevas, M.J. Montecinos-Vallejos, Y. Contreras-García

Departamento de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Concepción, Chile; Grupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Es necesario fortalecer las iniciativas en el fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas a través de programas de intervenciones educativas en sexualidad, especialmente en población adolescente escolarizada. Sin embargo, no existe consenso sobre el tipo de intervenciones educativas más efectivas para crear políticas basadas en la evidencia, por tanto, se evaluará la calidad de la evidencia científica sobre las intervenciones educativas en sexualidad.

Métodos: Revisión sistemática de revisiones sistemáticas que evaluarán intervenciones educativas en sexualidad población de 6 a 24 años, publicadas desde el año 2000. Bases de datos: Pubmed, Cochrane Library, ERIC y LILACS. Idiomas: inglés, español y portugués. Palabras clave: Sex Education, Teens, Adolescents, Young Adults, Child, High Schools, Secondary Schools, Middle Schools. Se analizaron las características generales de las revisiones (origen de autoría, experticia de la revista y autores/as, país de origen) y características específicas de la revisión (tipo de estudios que incluían, tipo de población, tipos de intervención, temas incluidos en el programa educativo, tipo de evaluación de la intervención, años de publicación de los estudios incluidos e idioma de los mismos).

Resultados: Tras la búsqueda y aplicando filtros (tipo de artículo, resumen disponible, fecha de publicación e idioma) se obtuvieron 1.828, de los cuales se excluyeron 1.820 (no revisiones sistemáticas, sin resumen, no son intervenciones o no evaluaban la calidad de la revisión entre otros) se obtuvo 8 artículos. Estas revisiones se publicaron desde Reino Unido (5/8) y Estados Unidos (4/8) aunque las intervenciones se realizaban en países no desarrollados. La población de estudio entre los 10 a 19 años. Las temáticas incluidas eran: VIH/Sida, métodos anticonceptivos, embarazos adolescentes no deseados, uso de preservativo, educación por pares, ITS. Se realizaron entre 1966 y 2009. El 64% de las intervenciones evaluadas obtuvieron resultados positivos respecto a su objetivo. Los resultados sobre efectividad son muy heterogéneos: Desde no retardan la edad de inicio de las relaciones sexuales hasta disminuir considerablemente la tasa de embarazo no deseado.

Conclusiones/Recomendaciones: Más de la mitad de las intervenciones evaluadas no son efectivas, y aquellas que no presentan eficacia se debe a que se enfocan a un ámbito específico sin considerar la integralidad de la acción. Por tanto, la evidencia sugiere deberían que deberían combinarse estrategias educativas y con efectivos servicios de salud sexual y reproductiva para mejorar indicadores.

188. CONOCIMIENTO Y USO DE CONTRACEPCIÓN EN LA POBLACIÓN GITANA DE DOS BARRIOS DE BARCELONA

A. Asensio, L. Nebot, E. Díez, L. Estruga, G. Pérez

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB); CEPS Salut (Associació per la Prevenció i la Promoció de la Salut); Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).

Antecedentes/Objetivos: Existen pocos estudios en nuestro medio sobre el uso de contracepción en la comunidad gitana. Se describe y compara el conocimiento y uso de métodos contraceptivos de la población gitana y la no gitana en el marco de un programa comunitario de consejo contraceptivo desarrollado en dos barrios de Barcelona con proporción elevada de esta comunidad.

Métodos: Estudio cuantitativo descriptivo transversal y estudio cualitativo descriptivo-exploratorio de tipo etnográfico. En el primero se utilizó la información basal de las mujeres y hombres entrevistados en el programa SIRIAN residentes en los barrios de Bon Pastor y Baró de Viver de Barcelona (2011-14). Mediante un cuestionario se recogió información sociodemográfica y de contracepción. Se comparó el conocimiento y el uso de contracepción y de servicios sanitarios de las dos comunidades según sexo con pruebas de χ^2 . En el estudio cualitativo se realizó un muestreo teórico de población gitana y de profesionales de la salud. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con un guión a cinco hombres y cinco mujeres de etnia gitana y a tres profesionales sanitarios. Se grabaron y transcribieron las entrevistas. Los textos se codificaron y agruparon en categorías. Se obtuvo consentimiento informado.

Resultados: En el estudio cuantitativo participaron 99 personas gitanas y 735 no gitanas. La comunidad gitana tenía menos estudios y mayor paridad que la no gitana (G: 18,1% NG: 4,6%, $p < 0,001$), cuestiones emergidas también en las entrevistas. La población gitana tenía menos conocimientos sobre los métodos anticonceptivos que la población no gitana. Las mujeres utilizaban con mucha mayor frecuencia la ligadura de trompas (G: 19,9% NG: 4,8%, $p < 0,001$) y el implante (G: 5,2% NG: 1,1%, $p < 0,05$) y, los hombres, el coitus interruptus (G: 31,8% NG: 12,8%, $p < 0,05$), prácticas asimismo señaladas en el estudio cualitativo. Aunque las personas gitanas participantes en el estudio cualitativo se manifestaron contrarias a la interrupción voluntaria del embarazo, en el estudio cuantitativo las dos comunidades la utilizaban en porcentajes similares (G: 19,5% vs NG: 16,9%, $p < 0,628$).

Conclusiones/Recomendaciones: En relación a la población no gitana, la comunidad gitana utiliza con mayor frecuencia métodos contraceptivos de larga duración y coitus interruptus, y tiene menos conocimientos contraceptivos. Se recomienda incidir en los dos últimos aspectos en los programas preventivos comunitarios y asistenciales para fortalecer sus derechos sexuales.

526. ADOLESCENT PREGNANCY AND USE OF REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES IN GHANA. A SALUTOGENIC APPROACH

C. Worna, E. Darkwah, G. Ortiz Barreda, M. Carrasco Portiño

Department of Health Promotion and Development, UBergen, Norway; Department of Health Promotion and Development-MC Venues in Health, Gender and Social Justice Research Group, UBergen, Norway & PhD Program of Public Health, University CES, Colombia; Department of Obstetrics & Puericulture, University of Concepcion, Chile.

Antecedentes/Objetivos: Adolescent pregnancy (AP) is a significant public health problem. In 2011, 32% of adolescents in Ghana were exposed to unintended pregnancies. Despite the health consequences, AP contributes to the perpetuation of the poverty cycle. Several studies focused on problems associated with AP, but few look at how some pregnant adolescent thrive in the midst of distressing circumstances as a results of their pregnancy and motherhood. Salutogenic approach is a relevant tool that focusses on the conditions leading to the wellbeing and factors associated with successful coping. The aim was to explore the experiences of pregnant adolescents and their utilization of reproductive health services in the Volta Region in Ghana.

Métodos: Qualitative methodology and phenomenological design were used. Data were collected between Jun-Sep in 2015 through in-

depth interviews [6 key informants (Queen Mothers/Health personnel/teacher/NGO officer); 11 adolescents (6 pregnant, 5 mothers)] and 2 focus group [only the adolescent]. Interviews lasted 30-90 minutes and were audio taped. The transcribed data were coded and a thematic network analysis was used.

Resultados: From our participants' perspective, 5 stressors emerged: a) Severe economic/financial constraints due to poverty and lack of support before/after pregnancy, b) Educational/schooling difficulties due to stigma, shame and lack of economic resources, c) Loneliness/experiences of physical abuse from parents and boy-friends, d) Experiences of social rejection as pregnancy brings shame over their families and it is not culturally acceptable, e) Inadequate information about adolescent sexual reproductive health services [ASRH]. Also 2 resources were identified: a) Social support from midwives, female teachers and family members, b) Existence of government policy initiatives, traditional birth attendants and other actors that played a role facilitating the use of ASRH services, educational programs by pregnant adolescents.

Conclusiones/Recomendaciones: Pregnancies expose the adolescent to multiple stressful life events as a result of financial challenges, early/single motherhood, unemployment, unfriendly environments but have fewer resources to deal with these stressors. The interaction of stressors and the lack/inadequate information about ASRH also influences the use of this services which can impact on the health of these adolescents and their unborn/infants children. Social support offered by health professional and other communities actors contribute to promoting health of pregnant adolescents.

CO40. Enfermedades crónicas

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 09:30 a 11:30 h

Aula 1.2

Modera: Francisco Javier Guillén Enríquez

334. GRAVEDAD DE COMORBILIDAD Y RIESGO DE MUERTE EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS

I. Wijers, A. Ayala, C. Rodríguez-Blázquez, A. Rodríguez-Laso, V. Rodríguez-Rodríguez, M.J. Forjaz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Instituto de Salud Carlos III (REDISSEC, CIBERNED); Universidad Europea de Madrid; CSIC-Centro de Ciencias Sociales y Humanas.

Antecedentes/Objetivos: En la escala Disease Burden Morbidity Assessment (DBMA) los pacientes valoran el impacto de una lista de problemas crónicos de salud en las actividades de vida diaria, como medida de gravedad de la comorbilidad centrada en el paciente. La relación entre escalas "convencionales" de comorbilidad, como el índice de comorbilidad de Charlson, ha sido muy estudiada, pero sobre la asociación entre la DBMA y la mortalidad aún no existe evidencia. Este estudio pretende analizar la supervivencia y el riesgo de la mortalidad a 4 años según la gravedad de la comorbilidad medida a través de la DBMA.

Métodos: Se usó una muestra de 707 personas de 65 años o más que participaron en el Estudio longitudinal envejecer en España (ELES-PS 2012). Los datos de mortalidad se obtuvieron a través del Índice Nacional de Defunciones 4 años después de realizar el estudio. Se aplicó la DBMA, un cuestionario en que se mide el impacto de 21 problemas crónicos de salud preguntando para cada uno en qué me-

dida limita las actividades habituales, en una escala de 1 (nada) a 5 (mucho). La escala se transformó a través del análisis Rasch en una medida lineal (rango: 0-47), y se categorizó en 3 niveles según terciles: bajo, moderado y alto. Se calcularon curvas de supervivencia de Kaplan-Meier para cada uno de los niveles, y se compararon a través de una regresión de Cox ajustando por edad y sexo.

Resultados: La edad media de la muestra fue de 74,2 (desviación típica DT = 6,6) años y 57,0% eran mujeres. Los participantes reportaron un número medio de 3,2 (DT = 2,4) problemas crónicos de salud, y un valor medio en la escala lineal de la DBMA de 8,8 (DT = 4,8). Después de 4 años, 43 de las 707 personas habían fallecido (6,1%). El método de Kaplan-Meier mostró una supervivencia de 0,97 para el impacto de comorbilidad bajo, 0,95 para el moderado y 0,92 para el alto impacto de comorbilidad. Las personas con alto impacto de la comorbilidad presentaron un riesgo de morir (Hazard ratio, HR) 2,60 veces mayor que las personas con un impacto bajo (IC95% = 1,12-6,06; $p = 0,027$). Comparando el impacto moderado con el bajo, no se encontró ninguna diferencia significativa ($p = 0,35$). Se cumplió el criterio de riesgos proporcionales ($\chi^2 = 2,91$; $p = 0,57$).

Conclusiones/Recomendaciones: La gravedad de la comorbilidad, medida con la DBMA, aumenta el riesgo de muerte de las personas mayores de 65 años. Esta relación sugiere que la DBMA es útil en estudios como medida de la comorbilidad, siendo una escala sencilla de utilizar que añade un aspecto importante al concepto de las múltiples enfermedades crónicas: la percepción del paciente mismo.

Financiación: Ministerio de Economía e Innovación, Plan Nacional I-D, Ref: CSO2011-30210-C02-01.

595. DOLOR CRÓNICO EN MAYORES DE 50 AÑOS: ESTUDIO DE SALUD, ENVEJECIMIENTO Y JUBILACIÓN EN EUROPA (SHARE)

M. Cimas, A. Ayala, J. Forjaz

Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: El dolor crónico es considerado una enfermedad y no únicamente un síntoma. La relación del dolor crónico con la fragilidad, el impacto en las actividades de la vida diaria y el elevado coste socioeconómico, convierten al dolor crónico en un grave problema de salud pública. Los adultos mayores son especialmente vulnerables pero los datos de prevalencia de dolor crónico varían mucho según los estudios. El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia y los factores asociados al dolor crónico articular y/o de espalda en mayores de 50 años.

Métodos: Los datos utilizados procedían de la oleada 5 de la encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa (SHARE) realizada en 2013 en la que participaron 64.280 personas mayores de 50 años de 14 países europeos e Israel. Se analizaron la prevalencia del dolor crónico articular y/o de espalda definido como dolor presente en los últimos seis meses, la intensidad y la localización. Se realizó un modelo de regresión logística multivariante para estimar los posibles factores asociados.

Resultados: La edad media de la muestra fue de 67,1 años (DE: 10,1), el 55,4% eran mujeres. La prevalencia de dolor crónico articular y/o de espalda fue del 35,6% (IC95% 34,8-36,4). El 55,7% referían que la intensidad del dolor era moderada y un 23,3% grave. Las localizaciones más frecuentes fueron la espalda (62,6%) y las rodillas (45,39%). El país que presentó menor prevalencia de dolor crónico articular y/o de espalda fue Suiza (18,6% IC95% 17,1-20,1) mientras que Francia fue el país con mayor prevalencia (45,5%, IC95% 43,2-47,8). En el modelo multivariante ajustado por países, el dolor crónico articular y/o de espalda se asoció a ser mujer (OR = 1,4; IC95% 1,2-1,5), tener entre 50-59 y 60-66 años (OR = 1,3; IC95% 1,1-1,5 y OR = 1,2; IC95% 1,1-1,4 respectivamente) al compararlos con los mayores de 75 años, estar desempleado (OR = 1,3; IC95% 1,02-1,7) tomando como referencia a

las personas que trabajan, con depresión (OR = 1,2; IC95% 1,05-1,3), con obesidad (OR = 1,3; IC95% 1,1-1,4) frente a normopeso, tener mayor número de enfermedades crónicas, caídas, problemas para dormir, una o más limitaciones para la movilidad, una o más limitaciones para las actividades de la vida diaria y mala salud autopercebida.

Conclusiones/Recomendaciones: El dolor crónico articular y/o de espalda en población mayor de 50 años es alarmantemente frecuente, especialmente en las mujeres, con grandes diferencias en función del país de residencia. Es necesario que las políticas de salud y los gestores sanitarios prioricen las medidas necesarias para el desarrollo de estrategias dirigidas a mejorar la prevención y el manejo del dolor crónico en la población de adultos mayores en Europa.

388. MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR ENFERMEDAD INTESTINAL EN ESPAÑA. ASOCIACIÓN CON LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

A. Fernández Chávez, N. López Fresneña, J. Aranz Andrés

Hospital Ramón y Cajal.

Antecedentes/Objetivos: Describir la mortalidad y morbilidad de la enfermedad isquémica intestinal. Analizar la relación entre la enfermedad isquémica intestinal y los factores de riesgo vascular. Analizar el efecto de los riesgos competitivos entre cardiopatía isquémica y la enfermedad isquémica intestinal.

Métodos: Estudio ecológico de series temporales. Variables dependientes: casos diagnosticados de enfermedad isquémica intestinal (EII). Defunciones por EII. Variables independientes: edad; mortalidad por cardiopatía isquémica (expresado en logaritmo base 2); factores de riesgo cardiovasculares: HTA, DM, obesidad, colesterol, tabaquismo; Número de camas disponibles en hospitales por cada año. El periodo para el estudio descriptivo fue de 1997 al 2013. Para la mortalidad: 1992-2013. Se analizó la asociación entre, por un lado, la morbilidad o mortalidad por EII y por el otro, los factores de riesgo cardiovascular y el riesgo competitivo de la mortalidad cardiaca isquémica, mediante modelos mixtos de regresión de Poisson, de efectos fijos y aleatorios, introduciendo el año como variable de efecto aleatorio.

Resultados: Las tasas específicas por edad de la morbilidad por EII se incrementaron durante el periodo estudiado. La tasa específica por edad de la mortalidad empezó a disminuir a partir del 2008. Las tasas ajustadas por edad fueron superiores para las mujeres. En varones, la Razón de Tasa de Incidencia (IRR) de la mortalidad por cardiopatía isquémica en relación con la morbilidad EII ajustada a las variables explicativas fue de 0,89, IC95%: 0,83-0,96. Lo que significa que por cada disminución de la mitad de la mortalidad por cardiopatía isquémica se produjo un aumento del 11% de la morbilidad por EII. En el caso de las mujeres la IRR fue de 0,71, IC95%: 0,65-0,79. En varones el IRR de la mortalidad por cardiopatía isquémica en relación con la mortalidad por EII, ajustada por las variables explicativas, fue de 1,39, IC al 95%: 1,22-1,59. Lo que significa que por cada aumento del doble de la mortalidad por cardiopatía isquémica se produjo un aumento del 39% de la mortalidad EII. En las mujeres el IRR fue de 1,25, IC95%: 1,08-1,46.

Conclusiones/Recomendaciones: La EII ha sufrido un aparente incremento de los casos diagnosticados. Las defunciones por EII han disminuido ligeramente desde el 2008 hasta el 2013. La EII es una enfermedad ha sido más frecuente en mayores de 70 años. Existe una asociación negativa, entre la morbilidad por EII y la mortalidad por cardiopatía isquémica. Que podría implicar que un aumento de la morbilidad estaría relacionado a una disminución de las defunciones por cardiopatía isquémica. Existe una asociación positiva entre la mortalidad cardiaca isquémica y la mortalidad por EII. Se recomienda continuar con estudios que valoren la letalidad de la EII.

910. UTILIDAD DE LAS CURVAS ROC EN LA DETECCIÓN ECOGRÁFICA DE DISFUNCIÓN DEL ACCESO VASCULAR DE HEMODIÁLISIS

A.B. Maldonado Cárceles, J. García Medina, A.M. Torres Cantero

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario Reina Sofía; Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia; Unidad de Radiología Vascular Intervencionista, Hospital General Universitario Reina Sofía.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad renal crónica supone un importante problema de salud pública. El acceso vascular (AV) se convierte en la línea de vida de los pacientes en estadios finales que se someten a hemodiálisis. Su disfunción debida a estenosis se convierte en una de las causas más importantes de morbimortalidad de estos pacientes, convirtiéndose fundamental el adecuado seguimiento y detección de sus complicaciones mediante técnicas diagnósticas. El objetivo del estudio es determinar el rendimiento diagnóstico de las curvas ROC de parámetros ecográficos en la detección de estenosis en AV nativo de hemodiálisis.

Métodos: Estudio transversal de 99 pacientes que acudieron consecutivamente a la consulta de la Unidad de Radiología Vascular Intervencionista para valoración de su AV nativo entre enero y marzo de 2015. Se realizó un estudio ecográfico por un radiólogo experto que valoró la presencia de estenosis y los valores de flujo e índice de resistencia (IR). El análisis ROC determinó el área bajo la curva (ABC) y los puntos de corte óptimos con mayor sensibilidad (S) y especificidad (E). Valores de ABC superiores a 0,5 se consideraron con capacidad de discriminar entre presencia y ausencia de estenosis. Se utilizó el programa estadístico SPSS v20.

Resultados: La prevalencia de estenosis detectada ecográficamente fue del 58%. El rendimiento diagnóstico de los parámetros ecográficos flujo e IR fue significativo para ambos (p -valor = 0,012 y $p < 0,001$ respectivamente). El ABC tomó valores de 0,65 para flujo [intervalo de confianza (IC) al 95%, 0,54-0,78] y 0,71 en IR (IC95%, 0,61-0,81). Con respecto a los puntos de corte, la S del 100% se consiguió en 2.150 ml/min para flujo y 0,44 en IR. Para obtener una E del 100% el punto de corte se situaría en 311,5 ml/min y 0,72 para flujo e IR.

Conclusiones/Recomendaciones: Ambos parámetros ecográficos permiten discriminar independientemente entre estenosis y ausencia de estenosis en el AV nativo de hemodiálisis. El IR mostró ser mejor prueba diagnóstica en este estudio, sin embargo no hubo diferencias significativas con respecto al flujo. No se obtuvo ningún punto de corte óptimo con elevada S y E.

134. EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON MEDIANTE ESCALAS GENÉRICAS Y ESPECÍFICAS

C. Rodríguez-Blázquez, P. Martínez-Martín, M. Merello

Instituto de Salud Carlos III y CIBERNED; Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea (FLENI); Grupo Validación de la Versión Española MDS-UPDRS.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad de Parkinson (EP) cursa con trastornos motores y síntomas no-motores que evolucionan en el tiempo y generan discapacidad progresiva. La evaluación de la discapacidad se realiza mediante escalas aplicadas por profesionales o por autoevaluación. El objetivo de este estudio es analizar (1) la correlación entre cinco escalas para discapacidad en EP frecuentemente utilizadas, tanto específicas (Schwab and England [SES], ítem Discapacidad del Índice de Impresión Clínica de Gravedad de la EP [CISI-PD-d], MDS-UPDRS Parte II) como genéricas (Índice de Barthel [IB], Escala Rápida de Evaluación de Discapacidad [ERED]), y (2) su rendimiento frente a otros parámetros de gravedad de la EP.

Métodos: Estudio observacional, internacional, en 451 pacientes consecutivos con EP sin demencia. Aparte las escalas mencionadas se

aplicaron las otras secciones de la MDS-UPDRS y del CISI-PD, el estadiaje de Hoehn y Yahr (HY), y la Impresión Clínica Global-Gravedad (ICG-G). Se utilizaron coeficiente de correlación de Spearman y tests de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para comparaciones.

Resultados: La edad (media $\pm$ DE) de los pacientes fue $65,10 \pm 10,7$ años; 55,2% eran varones; la duración de la EP fue $8,66 \pm 6,32$ años y la dosis equivalente diaria de levodopa (DEDL), $757,59 \pm 490,19$ mg. La correlación entre escalas varió de $[0,75]$ (CISI-PD con IB) a $[0,87]$ (MDS-UPDRS Part II con ERED). Las escalas de discapacidad no correlacionaron con la edad al comienzo de la EP, débil a moderadamente con la DEDL, moderada a estrechamente con la duración de la EP, $[0,45-0,58]$ y fuertemente con las subescalas motoras y no motoras de la MDS-UPDRS (excepto el IB, $[0,57-0,62]$). La correlación con el HY fue $[0,67-0,81]$ y con el ICG-G, $[0,67-0,89]$, mostrando el IB los coeficientes más bajos.

Conclusiones/Recomendaciones: El IB resultó, en conjunto, menos asociado a otros parámetros de la EP. Las otras cuatro escalas mostraron estrechas correlaciones entre sí y con otras medidas de gravedad de la EP.

216. IMPACTO DE LA COMORBILIDAD SOBRE LA SUPERVIVENCIA EN TRES LOCALIZACIONES DE CÁNCER: CÁNCER DE MAMA, COLORRECTAL Y DE PULMÓN

O. Parés-Badell, M. Banqué, M. Sala, X. Castells, F. Macià

Servicio de Epidemiología y Evaluación, Instituto de Investigación del Hospital del Mar (IMIM); Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Antecedentes/Objetivos: Una elevada proporción de los pacientes con cáncer sufren enfermedades comórbidas que pueden afectar al momento del diagnóstico, las opciones de tratamiento y la mortalidad. Objetivo: evaluar el impacto de la comorbilidad medida según el Índice de Charlson (IC) sobre la supervivencia, comparando tres cánceres con patrones de comorbilidad y pronóstico dispares.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes diagnosticados de cáncer de mama ($n = 3.193$), colorectal ($n = 2.670$) y pulmón ($n = 2.410$) del Registro de tumores del Hospital del Mar entre los años 2000-2014. Se unió la información del Registro con la información de comorbilidad obtenida del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) para calcular el IC (0, 1, 2 o 3). Se calcularon las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier para cada localización según el IC, comparándolas con el log-rank test. Se calcularon: 1) hazard ratio (HR) de supervivencia y 2) razones de tasas de mortalidad a los 1,3 y 5 años. Ambos ajustados por sexo, edad, IC, tipo de primera consulta, estadio, tratamiento y periodo de diagnóstico, utilizando modelos de regresión de Cox.

Resultados: El impacto de la comorbilidad sobre la supervivencia se observó en todos los cánceres, aunque la magnitud del efecto varió según el pronóstico de la localización. Las pacientes con cáncer de mama, con mayor supervivencia, presentaron menor prevalencia de comorbilidad (IC = 1 34,4%) comparado con los pacientes con cáncer de colon ((IC = 1 48,2%) y pulmón (IC = 1 65,5%). Sin embargo, la comorbilidad estuvo significativamente relacionada con una disminución en la supervivencia, siendo mayor la magnitud del efecto a mayor IC (HR IC > 1 1,46; 1,19-1,79 y HR IC > 3 2,33; 1,76-3,08). En el caso de los cánceres colorectal y de pulmón esta asociación se evidenció solo a partir de IC mayores a 3 (HR 1,39; 1,13-1,70 y HR 1,22; 1,06-1,40 respectivamente). El efecto de la comorbilidad sobre la tasa de mortalidad en cáncer de mama se mantuvo a 1, 3 y 5 años de supervivencia mientras que en pulmón el efecto no fue estadísticamente significativo en ningún caso.

Conclusiones/Recomendaciones: La comorbilidad tiene un impacto sobre la supervivencia distinto en función de la localización del tumor. Así, en el cáncer de mama niveles bajos de comorbilidad son predictores de la supervivencia. En cambio, en cánceres con baja supervivencia como el cáncer de pulmón son necesarios mayores niveles de comorbilidad para observar un impacto. Los estudios clínicos y

las guías de práctica clínica deberían incluir pacientes mayores y con más comorbilidades en sus estimaciones y las decisiones clínicas deberían tener en cuenta los pacientes holísticamente.

465. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES POR CONSULTA, TRINIDAD-CASANARE, COLOMBIA, 2012-2014

O. Castañeda-Porras, O. Segura, A.Y. Parra Rodríguez

Segura Morón & Castañeda Asesores en Salud Ltda; Red Salud Casanare ESE.

Antecedentes/Objetivos: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las condiciones crónicas de salud agrupan a las enfermedades de larga duración, de progresión lenta; y, son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud por su magnitud, su contribución a la mortalidad general, la incapacidad prematura y, por la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Objetivo: establecer la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en el municipio de Trinidad (Casanare) durante el periodo 2012-2014.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo mediante búsqueda activa institucional de los datos secundarios consignados en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) procedentes del municipio de Trinidad. Las variables a estudio fueron: sexo, edad, zona de residencia habitual, área de servicios y diagnóstico de ECNT según la Lista 6/67-CIE10 OMS/OPS para ECNT. Análisis mediante el uso de estadística descriptiva, medidas de frecuencia absoluta y relativa, de tendencia y dispersión con el paquete estadístico Epi-Info® 7.1.15.

Resultados: El 11,6% (1.032/8.934) de los registros correspondían a ECNT; distribuidos por año así: 2012 (317; 30,7%), 2013 (299; 29,0%) y 2014 (416 (40,3%); por área: urbana 757 (73,3%), rural 230 (22,2%), sin datos 45 (4,3%); por sexo: hombres 466 (45,2%) y mujeres 566 (54,8%); promedio de edad $40 \pm 25,8$, rango = 0,2-106; razón hombre/mujer 4:5. La prevalencia de enfermedades por sistema fue: respiratorio 301 (29,1%), aparato digestivo 253 (24,5%), sistema circulatorio 186 (18,0%), endocrinas, nutricionales y metabólicas 57 (5,5%), aparato genitourinario 155 (15,0%), trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos 29 (2,8%), sistema osteomuscular y del tejido conectivo 20 (1,9%); hematológico/anemia 11 (1,1%), sistema nervioso 10 (1,0%), oncológico/neoplasias 6 (0,6%), genético/malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 4 (0,4%).

Conclusiones/Recomendaciones: Se evidencia un incremento en el número de personas atendidas durante el período a estudio con predominio del sexo femenino y el servicio de urgencias. Para determinar la magnitud y seguir la evolución de las ECNT y sus determinantes, caracterizadas por presentar durante un periodo de tiempo y previamente a su aparición determinados factores de riesgo comportamentales y biológicos, se recomienda la vigilancia de estas condiciones en aras de definir prioridades a mediano y largo plazo para la Salud Pública local.

Financiación: Contrato de prestación de servicios profesionales No. 478 de 2015 celebrado entre Red Salud Casanare ESE y SMC-AS Ltda.

749. MULTIMORBILIDAD Y CAPACIDAD FUNCIONAL DESPUÉS DE UNA INCAPACIDAD TEMPORAL POR TRASTORNO MENTAL

M. Ubalde-López, I. Arends, J. Almansa, G. Delclos, D. Gimeno, U. Bültmann

CISAL-Centro de Investigación en Salud Laboral; CIBER en Epidemiología y Salud Pública; IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas); Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University; University Medical Center Groningen; The University of Texas Health Science Center at Houston, School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: Los trastornos mentales son preocupantes en la población trabajadora por su elevada prevalencia y porque dificultan el desarrollo del trabajo sano y productivo. Frecuentemente estos trastornos coexisten con otras condiciones crónicas de salud (multimorbilidad) que pueden limitar la capacidad funcional. En este estudio se evalúa el impacto longitudinal de la multimorbilidad en la capacidad funcional de trabajadores que se reincorporan al trabajo después de una incapacidad temporal por un trastorno mental.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo de un año de seguimiento de 156 trabajadores que volvieron al trabajo después de una incapacidad temporal por trastorno mental. Se calculó un índice de multimorbilidad basado en condiciones de salud al inicio del seguimiento, ponderadas por su severidad. La capacidad funcional se midió al inicio, así como a los 3, 6 y 12 meses utilizando el Work-role Functioning Questionnaire. Se evaluó el impacto de la multimorbilidad sobre trayectorias de capacidad funcional identificadas mediante un análisis de clases latentes.

Resultados: El 44% de los individuos tenía multimorbilidad. Se identificaron cuatro trayectorias de capacidad funcional en el trabajo: una (12% de los individuos) mostró puntuaciones crecientes en la capacidad funcional durante el seguimiento, mientras que las otras tres mostraron trayectorias estables de puntuación baja, media y alta (23%, 41% y 25%, respectivamente). La multimorbilidad no fue un factor pronóstico para la probabilidad de pertenecer a ninguna de las trayectorias. Sin embargo, en la trayectoria ascendente, la puntuación fue inferior para aquellos trabajadores con una multimorbilidad alta al inicio del seguimiento. El incremento en una unidad en el índice de multimorbilidad implicó una reducción de 1.4 puntos en la capacidad funcional en el trabajo ($p < 0.001$).

Conclusiones/Recomendaciones: La multimorbilidad tiene un efecto negativo en la capacidad funcional en el trabajo de individuos que vuelven al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal por trastorno mental.

Financiación: Plan Estatal de I+D+i 2013-2016, ISCIII-Subdirección General de Evaluación, Fomento de la Investigación (Grant PI 13/00749) y FEDER.

213. COMORBILIDAD Y CÁNCER. RESULTADOS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON CÁNCER DE COLON-RECTO, MAMA Y PULMÓN DEL REGISTRO DE TUMORES DEL HOSPITAL DEL MAR (2000-2014)

M. Banqué, O. Parés, M. Sala, X. Castells, I. Collet, X. Villanueva, C. Hernández, M. Bonilla, F. Macià

Servicio de Epidemiología y Evaluación, Instituto de Investigación del Hospital del Mar (IMIM).

Antecedentes/Objetivos: Existe una elevada prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas en el diagnóstico de cáncer. La presencia de comorbilidad podría influir en el proceso diagnóstico del tumor adelantando el diagnóstico de éste, o bien retrasándolo por minimización de los efectos. Objetivos: describir la prevalencia de comorbilidad en el momento del diagnóstico de tres localizaciones tumorales (mama, colon y pulmón) y analizar la asociación entre esta con las características y el proceso diagnóstico del tumor.

Métodos: Se identificaron un total de 8.273 pacientes del Registro de Tumores del Hospital del Mar con cáncer primario de colon y/o recto (2.670), mama (3.193) y pulmón (2.410) diagnosticados en el periodo 2000-2014. Se utilizó el Conjunto Mínimo de Bases de Datos (CMBD) para la obtención de la comorbilidad y cálculo del Índice de Charlson (IC) de 0, 1, 2 y = 3. El diagnóstico de cáncer a estudio no se contempló en el cálculo del IC (tampoco las metástasis). Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables a estudio y prevalencia de comorbilidades. Las diferencias en las proporciones de cada covariable se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: La prevalencia de comorbilidad en el momento del diagnóstico fue de 65,5% para el cáncer de pulmón, de 48,2% para el cáncer colorrectal (CCR) y de 34,4% en pacientes con cáncer de mama. Las enfermedades más prevalentes fueron las mismas para las tres localizaciones aunque en distintos porcentajes: diabetes mellitus sin lesión órganos diana fue la más frecuente en CCR (33,5%), presencia de otro tumor maligno en mama (40,9%) y enfermedad pulmonar crónica en pulmón (56,7%). Según el coeficiente Chi cuadrado existe una asociación significativa entre el grado de comorbilidad con el sexo (excepto en mama, mayor prevalencia en hombres), edad avanzada, tipo de primera consulta al centro (urgencias, programada) y elección de tratamiento (oncológico radical versus paliativo). En cuanto al estadio en el momento del diagnóstico, alrededor del 50% de las mujeres fueron diagnosticadas en estadios in situ o I independientemente del grado de comorbilidad sin detectar diferencias significativas. En cambio, en cáncer de CCR y pulmón, la proporción de estadios más avanzados fue mayor que estadios menos avanzados en pacientes sin comorbilidad, existiendo diferencias significativas entre presencia de comorbilidad y estadio en CCR ($p < 0,01$) y pulmón ($p < 0,01$).

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados muestran que el efecto de la comorbilidad varía según la edad, el sexo y tipo de primera consulta, y que la presencia de esta se asocia de manera distinta al estadio del tumor en el momento diagnóstico.

222. EVOLUCIÓN TEMPORAL DEL PORCENTAJE DE ALTAS HOSPITALARIAS POR PATOLOGÍAS CRÓNICAS SIN EPISODIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Millán Ortuondo, F. Aizpuru Barandiaran, A. Apiñaniz Fernández de Larrinoa, A. Etxagibel Galdos, M. Mateos del Pino

Subdirección de Asistencia Sanitaria, Osakidetza, País Vasco; Unidad de Investigación de Araba, Osakidetza, País Vasco; Comarca Araba, Osakidetza, País Vasco.

Antecedentes/Objetivos: La mejora en la coordinación y comunicación entre niveles asistenciales para el manejo de la patología crónica debería traducirse en una adecuada transición/comunicación entre niveles asistenciales tras el alta hospitalaria. Un reflejo de esta mejora sería la disminución del porcentaje de altas por patologías crónicas sin episodio en Atención primaria (AP). Este trabajo presenta la evolución de ese porcentaje de altas por EPOC, ICC y DM sin episodio por estas patologías en la historia de AP entre 2010 y 2014.

Métodos: Estudio transversal en el que se consultaron retrospectivamente las bases de datos administrativas de Osakidetza de AP y hospitalización (2010-2014). Población a estudio: altas en hospitales públicos (Osakidetza) con diagnóstico principal de EPOC (CIE9 4911; 4912; 4918; 4919; 492; 4932; 494; 496), ICC (CIE9 39891; 428x; 4280; 4281; 42820; 42822; 42823; 42830; 42832; 42833; 42840; 42842; 42843; 4289; 40211; 40291; 40201; 40401; 40411; 40403; 40413; 40491; 40493) y DM (CIE9 250x). Se incluyeron sólo las altas con destino a su domicilio habitual. Se excluyeron altas con fallecimiento durante el ingreso o en los 30 días posteriores al alta y en personas menores de 40. Para cada año se determinó el porcentaje de altas que 30 días después en AP no constaba al menos un episodio con la patología crónica que había generado el ingreso. El efecto del tiempo se evaluó mediante modelos de regresión logística en cada una de las 3 patologías.

Resultados: En el 4,9% de las 5.035 altas por DM, el 17,6% de las 18.514 altas por EPOC y el 24,4% de las 25.231 altas por IC no constaba la patología crónica en la historia de AP. Salvo en DM (OR 0,99-1,19), en EPOC (OR 1,02-1,08) e IC (OR 1-1,04) hay un aumento anual aunque muy leve en el porcentaje de altas acompañadas de episodios en AP. Otros factores como la edad (menor registro en los menores de 60 años en las 3 patologías, $p < 0,01$), sexo (menor registro en mujeres en

EPOC, OR 0,37-0,44) y el área sanitaria ($p < 0,001$) se asocian al porcentaje de registro en la historia de AP.

Conclusiones/Recomendaciones: Existe un registro desigual en AP según patología, Organizaciones sanitarias, sexo y edad. El porcentaje de altas por patologías crónicas que tienen al menos un episodio abierto en AP tiende a ser mayor a lo largo del tiempo, tal vez reflejo de una mejor coordinación comunicación entre niveles. Parte de los resultados podrían estar influenciados por la manera en la que los médicos de AP codifican o registran las patologías. Disponer de distintos registros electrónicos además de AP permite una mejor aproximación de las verdaderas prevalencias de las personas con patologías crónicas.

CO41. Vacunas (II)

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 09:30 a 11:30 h

Aula 1.4

Modera: Javier Díez Domingo

819. ESTIMACIÓN DE LOS EFECTOS DE DIVERSAS ESTRATEGIAS DIRIGIDAS A AUMENTAR LA COBERTURA VACUNAL ANTIHEPATITIS A EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN BARCELONA

S. Martín, M.G. Carrasco, E. Díez, P. García de Olalla, S. Manzanares, C. Jaques

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) presentan un riesgo elevado de infección por hepatitis A relacionado con algunas prácticas sexuales. En Barcelona, como en otras ciudades europeas, en la década de 2000 se produjeron brotes de hepatitis A en este colectivo. Para prevenirlos, y ante la disponibilidad de una vacuna de alta efectividad, desde 2003 la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), con participación comunitaria, lleva a cabo y promueve la vacunación selectiva antihepatitis en HSH. Asimismo, en 1998 se inició en Cataluña un programa piloto de vacunación antihepatitis A y B en escolares de 12 años. Se estima el alcance total y específico de cada estrategia en la cobertura vacunal del colectivo de HSH de 18 a 49 años entre 1998 y 2015.

Métodos: Estudio descriptivo de las coberturas vacunales anuales según estrategia. Las estrategias desarrolladas son: 1) vacunación sistemática a los escolares de 12 años (1998-2015); 2) vacunación en espacios de encuentro sexual gay y en el centro de vacunación de la ASPB (2003-2015); 3) campaña de promoción de la vacunación antihepatitis A y B en HSH en los 66 centros de atención primaria (CAP) de la ciudad (2011); y 4) vacunación en una conocida ONG de atención a HSH (2013-2015). Se utilizaron los registros de vacunación de cada dispositivo. Se estimaron las cohortes escolares vacunadas mayores de 18 años considerando que la vacunación escolar alcanzó un 80% del alumnado. Las poblaciones de hombres de 18 a 49 años se obtuvieron del padrón municipal y el porcentaje de HSH de Barcelona se calculó a partir del límite superior de la estimación de la Encuesta de Salud de Barcelona 2011 (4,7%); se estimaron 16.920 HSH. Las coberturas se calcularon mediante los porcentajes de HSH vacunados respecto a la población estimada de HSH.

Resultados: Durante el periodo se vacunaron mediante la vacunación escolar 7.843 niños que ahora serían jóvenes HSH; en los espacios de encuentro sexual y en la ASPB se vacunaron 3.761 HSH; y en la ONG, 800. No se pudieron obtener datos de los efectos en la vacunación de HSH de la campaña de comunicación en los CAP por la inexis-

tencia en el registro del grupo de transmisión de los pacientes. Con la combinación de todas las estrategias se vacunaron 12.404 HSH, lo que supone una cobertura vacunal del 73%.

Conclusiones/Recomendaciones: Las estrategias combinadas de vacunación sistemática y a colectivos de riesgo llega a alcanzar relativamente buenas coberturas vacunales. Se deben mantener y reforzar ambas estrategias. Se recomienda estudiar el impacto de estas estrategias en los brotes y la incidencia anual de casos en HSH.

631. COBERTURA VACUNAL Y COMORBILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DOS DEPARTAMENTOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

M.C. Leal, V. García Román, J.L. Duro, M.J. Gil, P. Guaraz, J. Tuells

Cátedra Balmis de Vacunología, Universidad de Alicante; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Vinalopó.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar las tasas de vacunación de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y conocer su comorbilidad asociada en dos departamentos de salud de la Comunidad Valenciana, Vinalopó y Torrevieja.

Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal para determinar la cobertura vacunal de pacientes con ERC diagnosticados en la Unidad de Diálisis y su comorbilidad asociada. Obtenida la selección, se identificó la cobertura vacunal a través del Registro Vacunal de la Conselleria de Sanitat (RVN) y el diagnóstico de otras patologías crónicas a través de la historia clínica informatizada. Para realizar el análisis de la cobertura vacunal y la influencia de factores sobre la no vacunación, se incluyeron las variables tipo de vacuna (gripe 2014-2015, VHB, neumococo), país de origen (España, Otros), sexo y edad (< 40, 41-60, > 60 años).

Resultados: Un total de 269 pacientes diagnosticados de ERC fueron incluidos en el estudio, el 36,8% en Vinalopó y el 63,2% en Torrevieja. Las coberturas vacunales son ligeramente superiores en Vinalopó, gripe 81,8%, VHB 80,8%, neumococo 77,8% frente a 73,5%, 71,6%, 32,1% en Torrevieja respectivamente. Según variable país de origen, las coberturas en nacidos en España fueron: gripe 82,9%, VHB 71,0%, neumococo 55,4% frente a 58,8%, 86,8%, 32,4% en población nacida en el extranjero respectivamente. Variable sexo; las coberturas en hombres fueron: gripe 76,7%, VHB 75,6%, neumococo 47,2% frente a 76,5%, 74,1%, 54,1% en mujeres respectivamente. Variable edad; coberturas en < 40 (62,5%, 75,0%, 37,5%), 41-60 (71,9%, 80,7%, 54,4%), > 60 (78,6%, 73,5%, 48,5%) frente a gripe, VHB, neumococo respectivamente. Comorbilidad asociada: más del 90% de los pacientes con ERC tenían Hipertensión Arterial y alrededor del 50% eran diabéticos, fumadores o cardiopatas.

Conclusiones/Recomendaciones: Las coberturas vacunales son mejorables, especialmente al considerar a los pacientes con ERC un grupo de riesgo de enfermedades prevenibles mediante vacunación. El desarrollo de nuevas estrategias de comunicación dirigidas a este colectivo resulta fundamental para su abordaje.

529. ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL FRENTE A HEPATITIS A Y SU EFECTIVIDAD A LOS 15 AÑOS DE SU INTRODUCCIÓN EN MELILLA

D. Castrillejo Pérez, A.A. Gómez Anés

Consejería de Presidencia y Salud Pública, Dirección General de Sanidad y Consumo, Servicio de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: Melilla introdujo la vacunación frente a la hepatitis A en calendario en el año 2000, a los 15 y 24 meses de

edad junto un catch-up a los que tenían 13 años, por ser una zona con altas tasas de incidencia. Tras quince años de la implementación se pretende analizar los cambios observados y calcular la efectividad vacunal.

Métodos: Analizar las tasas de Incidencia de casos de hepatitis A en Melilla, en el periodo prevacunal (1997-2000) y en el periodo posvacunal (2007-2015) y el porcentaje de reducción entre ambos periodos. Calcular las tasas de incidencia y sus IC95% en las cohortes vacunadas (población que ha recibido dos dosis de vacuna) frente a las no vacunadas en el periodo 2007-2015 y calcular la eficacia del programa de vacunación entre cohortes vacunadas y cohortes no vacunadas usando la fórmula $EV = 1 - RR$. Los casos son los declarados (EDO) al sistema de vigilancia y las poblaciones se calculan con las cifras del INE. Análisis estadístico realizado con EPIDAT.

Resultados: La tasa de incidencia de hepatitis A en Melilla en el periodo pre-vacunal 1997-2001 es de 144,87 casos por 100.000 habitantes. Tras la introducción de la vacuna la tasa de incidencia en el periodo 2007-2015 cae hasta 10,76 casos por 100.000 h, con una reducción de las tasas del 92,57%. En el periodo 2007-2015 se observaron 73 casos en las cohortes no vacunadas (496.517 personas-tiempo) y 1 caso con una dosis de vacuna administrada en las cohortes vacunadas (191.148 personas-tiempo). El cálculo personas-tiempo para cada una de las cohortes fue corregido de acuerdo con las coberturas de vacunación. Hubo 5 casos dentro de las cohortes vacunadas que no estaban vacunados. El riesgo relativo (RR) fue de 0,0356. La eficacia vacunal (EV) fue del 96,44% (EV 0,9644, IC95%: 0,74-0,99). Si tenemos en cuenta la cobertura vacunal, la fracción preventiva de hepatitis A resultante sería del 89,5%.

Conclusiones/Recomendaciones: La introducción de la vacuna en el calendario vacunal de Melilla muestra que la disminución de las tasas de incidencia de hepatitis A llega hasta el 92,6%, teniendo en la actualidad cohortes vacunadas hasta los 27 años de edad. Además de la vacuna, hay que tener en cuenta otros factores en la disminución de la incidencia de hepatitis como la mejora del control sobre las aguas de consumo, sobre los alimentos, sobre los establecimientos y sobre la venta ilegal especialmente bivalvos, sin olvidar el papel atribuible a la inmunidad de grupo y a la protección indirecta que produce evitar casos en niños que transmiten la enfermedad más fácilmente.

480. VACUNACIÓN FRENTE A LA TOS FERINA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS: IMPACTO INICIAL SOBRE LA ENFERMEDAD EN LA CIUDAD DE VALENCIA

R. Ferrer Estrems, A. Míguez Santiyán, R. Guaita Calatrava, K. Villatoro Buongiorno, A. Salazar Cifre

Servicio de Medicina Preventiva, CHGUV; Sección de Epidemiología del Centro de Salud Pública de Valencia, DGSP.

Antecedentes/Objetivos: El incremento de casos de tos ferina, acaecido desde el final de la década pasada en Europa y Norteamérica, ha propiciado la puesta en marcha de diversas estrategias para el control de la diseminación de la enfermedad. El importante impacto que la infección por Bordetella pertusis supone para los niños menores de un año aconsejó la adopción de la vacunación en mujeres embarazadas durante el último trimestre de su embarazo. Dicha vacunación se inicia, en nuestro territorio, en enero 2015. El objeto de este trabajo es determinar el impacto de dicha estrategia desde la vigilancia de salud pública.

Métodos: Se recuperaron las encuestas de tos ferina notificadas entre la semana 1 de 2011 y la semana 52 de 2015 al sistema de Análisis de Vigilancia Epidemiológica en nuestro ámbito geográfico (urbano, mayor de un millón de habitantes). Se depuraron los errores diagnósticos y las sospechas no confirmadas. Se comparó la distribución de edades, meses y años, del periodo previo a la vacunación ges-

tacional, 2011-2014, con el periodo de aplicación de la misma en 2015. Contrastamos la media edad mediante pruebas paramétricas, t-Student y F-Snedecor; y las proporciones mediante ji cuadrado.

Resultados: Durante el periodo 2011-2014 se confirmaron 324 casos de tos ferina, en 2015 fueron 243. El fenómeno más destacable es el desplazamiento de edades afectadas, la edad media pasó de 11,14 años a 17,37; y las medianas de 3 a 12 años (desviación estándar 20,28 y 17,88). De igual modo la proporción de menores de 1 año pasó de 125 casos (38,6%) en 2011-2014 a 36 casos (14,8%) diferencia significativa ($p < 0,001$) que podría resumir varias interacciones. Entre los menores de un año se produjo, igualmente, un desplazamiento de la edad de inicio de síntomas medida en meses. Así en el periodo 2011-14 los casos presentaron una media de 2,46 meses, en 2015 de 3,44 meses (desviación estándar 2,4 y 3,0). El porcentaje de casos en niños de 0 y 1 mes de vida pasó del 45,7% en 2011-14 al 36,1% en 2015. El impacto de la tos ferina se desplazó al grupo de edad de 10 a 14 años, 32,1% en 2015 frente al 12% del periodo anterior.

Conclusiones/Recomendaciones: El desplazamiento de las cohortes de afectados por Tos ferina durante el primer año de vida, pone de manifiesto el impacto positivo de la vacunación a las embarazadas durante 2015 y, al mismo tiempo, muestra claramente la limitada efectividad y escasa duración de la inmunidad de la vacuna acelular para contener la circulación de la enfermedad en el conjunto de la población, especialmente en el grupo de edad de 10 a 14 años, en el que la inmunidad inducida con la dosis de refuerzo administrada a los 6 años apenas mantiene una mínima capacidad protectora en estas cohortes de edad.

698. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ACELULAR FRENTE A TOS FERINA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑOS 2001-2014

P. Latasa Zamalloa, L. García Comas, I. Rodero Garduño, M. Ordobás Gavín, A. Arce Arnáez, J.C. Sanz Moreno, D. Barranco Ordóñez, A. Estirado Gómez, M. Garrido Estepa

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Dirección General de Salud Pública; Instituto de Salud Carlos III, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Antecedentes/Objetivos: La tos ferina (TF) es una enfermedad altamente transmisible que afecta especialmente a lactantes, en los que puede ser muy grave. La vacunación es la estrategia preventiva más eficaz para el control de la transmisión. En la Comunidad de Madrid (MD) las dosis recomendadas en el calendario de vacunación infantil son de vacunas acelulares desde el año 1999. El objetivo de este estudio es estimar la efectividad de vacunación (EV) de las vacunas acelulares según número de dosis y tiempo transcurrido desde la última dosis.

Métodos: Se incluyeron en el estudio los casos de TF con fecha de nacimiento comprendida entre enero del 2001 y diciembre del 2014 notificados al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de la MD en el periodo 2001-2014. La EV se calculó mediante el método de cribado. El estado vacunal de los casos y la cobertura vacunal se obtuvieron consultando el Sistema de Información Vacunal de la MD. Las dosis administradas se consideraron válidas si habían transcurrido al menos los 15 días necesarios para generar una respuesta inmune entre la fecha de vacunación y la fecha de inicio de síntomas. Se consideró como tiempo de seguimiento el tiempo transcurrido entre la fecha de última dosis y la fecha de inicio de síntomas y se categorizó como seguimiento a corto (1 año) y a largo plazo (12 años). Se calculó la EV para al menos 1, 2, 3, 4 y 5 dosis, según el tiempo de seguimiento. El nivel de confianza fue del 95%.

Resultados: Se registraron 3.053 casos de TF. El 74% de los casos disponían información de vacunación. A corto plazo, la EV con una

pauta de = 3 dosis fue del 91,5% (IC95%: de 0% a 93,5%), con una pauta de = 4 dosis del 97,3% (IC95%: de 0% a 98,1%) y con una pauta de = 5 dosis del 99,5% (IC95%: de 0,10% a 99,7%). A largo plazo la EV con una pauta de = 3 dosis fue del 62,8% (IC95%: de 54,7% a 69,5%), con una pauta de = 4 dosis del 69,5% (IC95%: de 62,6% a 75,1%) y con una pauta de = 5 dosis del 86,0% (IC95%: de 82,2% a 88,9%).

Conclusiones/Recomendaciones: La EV aumenta con el número de dosis y disminuye con el tiempo de seguimiento. La EV estimada no es suficiente para alcanzar el umbral de inmunización que interrumpa la transmisión de la enfermedad, lo que plantea la necesidad de nuevas estrategias de vacunación para proteger a los niños menores de 6 meses.

694. EFECTIVIDAD DE LAS VACUNAS CONJUGADAS FRENTE AL NEUMOCOCO EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑOS 2007-2014

P. Latasa Zamalloa, L. García Comas, M. Ordobás Gavín, A. Arce Arnáez, D. Barranco Ordóñez, J.C. Sanz Moreno, A. Arce Arnáez, E. Insúa Marisquerena, M. Garrido Estepa

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Dirección General de Salud Pública; Instituto de Salud Carlos III, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Antecedentes/Objetivos: La vacuna conjugada neumocócica 7-valente (VCN7) se incluyó en el calendario infantil de la Comunidad de Madrid (MD) en noviembre de 2006, recomendándose a nacidos a partir del 1 de noviembre de 2004. En junio de 2010 fue sustituida por la vacuna conjugada 13-valente (VCN13), que en julio de 2012 se excluyó del calendario, manteniéndose para grupos de riesgo. El objetivo de este estudio evaluar la efectividad (EV) de ambas vacunas en la MD.

Métodos: Se incluyeron los casos de enfermedad neumocócica invasora (ENI) notificados al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de la MD nacidos entre 2007 y 2014. La EV se estimó empleando el método de Broome. Se calculó la EV para la pauta completa, global y según tipo de vacuna. En menores de 6 meses se consideró vacunación completa la primovacuna con dosis de recuerdo, en niños de 7 a 24 meses la administración de 2 dosis y en niños > 24 meses la administración de 1 dosis. En menores de 6 meses se analiza además la EV de la primovacuna sin dosis de recuerdo. El nivel de confianza fue del 95%. Los datos vacunales se obtuvieron del Sistema de Información Vacunal de la MD.

Resultados: Se incluyeron 661 pacientes en el estudio. De ellos, 320 (48,4%) presentaban vacunación completa, 122 (18,5%) primovacuna, 101 (15,3%) no estaban vacunados y 118 (17,9%) estaban vacunados de forma incompleta. La EV global fue del 86,3% (IC95%: 74,0% a 92,8%), siendo 93,6% (79,2% a 98,0%) con la VCN7 y del 78,9% (46,6% a 91,6%) con la VCN13. Para ambas vacunas, la vacunación completa en menores de 6 meses tiene una EV del 100%, mientras que la primovacuna sin dosis de recuerdo es del 85,4% (IC95%: de 20,9% a 97,3%) para la VCN7 y del 61,2% (IC95%: de 0% a 86,8%) para la VCN13. Para la población infantil de 6 a 24 meses, la EV es del 95,85 (78,51 a 99,2) para la VCN7 y del 71,43 (0 a 97,62) para la VCN13. Para el grupo de edad de 25 a 59 meses, la EV es del 100% para la VCN7 y no es calculable por la falta de observaciones para la VCN13.

Conclusiones/Recomendaciones: La VCN7 presenta mayor EV que la VCN13. Sólo la vacunación completa en menores de 6 meses muestra la misma EV para los dos tipos de vacunas. Además, para ambas vacunas, la vacunación completa tiene mayor EV que la primovacuna sin recuerdo, por lo que es de destacar la relevancia de esta dosis. Las diferencias en las EV de ambas vacunas podrían deberse a las diferencias en el tamaño y el tiempo de seguimiento de las cohortes, así como al distinto nivel de circulación del neumococo en los periodos de administración de las respectivas vacunas.

919. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIpal FRENTE A A(H1N1)pdm09 EN MITAD DE LA EPIDEMIA 2015-2016 EN ESPAÑA

A. Gherasim, F. Pozo, S. de Mateo, C. Delgado-Sanz, J. Oliva, A. Larrauri, et al

Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP; Centro Nacional de Microbiología.

Antecedentes/Objetivos: El virus A(H1N1)pdm09 predominó en España durante gran parte de la onda epidémica gripal de la temporada 2015-16. Nuestro objetivo fue estimar la efectividad de la vacuna (EV) antigripal frente a casos confirmados de gripe atendidos en las consultas centinela de atención primaria del Sistema centinela de Vigilancia de gripe en España (ScVGE) y buscar nuevas evidencias en la relación de la EV con el patrón de circulación de cepas de gripe.

Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles negativos con datos del ScVGE entre las semanas 50/2015 y 09/2016 (7 diciembre-6 marzo). Hemos estimado la EV en población total y por grupos de edad (< 15, 15-64 y > 64 años) frente a la infección confirmada con A(H1N1)pdm09 con un retraso entre la toma de muestras y el inicio de síntomas < 8 días. Se utilizaron modelos de regresión logística, calculándose la EV como 1-Odds Ratio, ajustando por edad e inicio de síntomas (como variables continuas), sexo, enfermedad crónica, y red centinela. Para la caracterización genética de las cepas A(H1N1)pdm09 se secuenció el fragmento HA1 del gen que codifica la hemaglutinina.

Resultados: Hemos incluido en el estudio 1209 casos de gripe confirmados con A(H1N1)pdm09 y 1045 controles negativos; 94% de los pacientes fueron menores de 64 años. La EV ajustada fue 40% (IC95%: 13-59), 35% (IC95%: -80-77) y 53% (IC95%: 24-71) en población general, en < de 15 años y en 15-64 años, respectivamente. No se pudo estimar la EV en mayores de 64 debido al tamaño pequeño de muestra. El análisis de sensibilidad incluyendo solo los pacientes a los que se tomó muestra 4 días o menos desde el inicio de síntomas ofreció una EV similar (38%, IC95%: 15-55). El Centro Nacional de Microbiología caracterizó 218 y 37 virus de A(H1N1)pdm09 genética y antigénicamente, respectivamente, resultando similares a la cepa vacunal A/SouthAfrica/3626/2013. Todos los virus caracterizados genéticamente pertenecieron al grupo 6B; 186/218 se incluyeron dentro del subgrupo 6B.1 caracterizado por dos mutaciones adicionales S162N y I216T, pero sin cambios antigénicos respecto a la cepa vacunal.

Conclusiones/Recomendaciones: Nuestros resultados sugieren una protección moderada significativa frente a A(H1N1)pdm09 especialmente en el grupo de 15-64 años en una temporada con cepas circulantes concordantes con la cepa vacunal. Al ser preliminares, estos resultados se deben confirmar al final de la temporada, sin embargo subrayamos la importancia de la vacunación antigripal en la población general.

567. EFETIVIDADE DA VACINA ANTIGRIpal NA ÉPOCA 2015-2016 EM PORTUGAL: RESULTADOS DO PROJETO EURO-EVA

V. Gómez, A.P. Rodrigues, R. Guiomar, P. Pechirra, P. Conde, P. Cristóvão, I. Costa, B. Nunes, A. Machado

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP.

Antecedentes/Objetivos: O projeto EuroEVA é a componente portuguesa do estudo multicêntrico I-MOVE e pretende obter estimativas da efetividade da vacina antigripal (EVA) durante e após a época de gripe. Desde a época de 2008-09, Portugal e outros países europeus, têm implementado um protocolo comum, utilizando um desenho de estudo caso-controlo teste negativo (CCTN). Os resultados apresentados correspondem à implementação do estudo na época 2015-16, que tinha como objetivo obter estimativas preliminares da EVA para a população geral e indivíduos com 60 e mais anos.

Métodos: Utilizou-se um delineamento CCTN, onde os casos, indivíduos com síndrome gripal (SG) e com diagnóstico laboratorial positivo para o vírus da gripe, foram comparados com os controles, SG e diagnóstico laboratorial negativo para gripe. Os participantes foram selecionados entre os doentes de SG (definição europeia) observados em consulta de cuidados de saúde primários. A informação epidemiológica foi obtida através de questionário e o diagnóstico laboratorial foi efetuado por RT-PCR em exsudados da nasofaringe. De entre a amostra de casos selecionou-se uma amostra aleatória para caracterização genética. A EVA foi estimada através de 1- odd ratio de estar vacinado nos casos vs controles, ajustado para idade, presença de doença crónica e mês de início de sintomas, através de regressão logística não condicional.

Resultados: Entre as semanas 50/2015 e 9/2016, foram recrutados 289 indivíduos com SG, dos quais, 105 eram casos de gripe e 181 controles. Em 104 casos foi detetado o vírus da gripe do tipo A (98% do subtipo A(H1)pdm09) e em 1 caso foi detetado o vírus do tipo B, da linhagem Victoria. Foram selecionados aleatoriamente e geneticamente caracterizados 19 casos de A(H1)pdm09. Todos os vírus pertenciam ao grupo genético A/South Africa/3626/2013 (6B), contendo 84,2% destes pertenciam ao novo subgrupo 6B.1. Relativamente à vacina antigripal, a sua cobertura era de 11,1% nos casos, face a 22,6% nos controles, o que correspondeu a uma EVA bruta de 57,3% (IC95% 8,2%; 81,4%). Após ajustamento para confundimento, a EVA em 2015-16 foi de 40,4% (IC95%: -37,2%; 74,2%) e 71,5% (IC95%: 4,8%;91,5%), respetivamente na população geral e nos indivíduos com 60 e mais anos.

Conclusiones/Recomendaciones: A EVA ajustada situou-se entre os 40% (população geral) e os 72% nos indivíduos com 60 e mais anos. Realça-se que as EVA ajustadas não apresentaram significado estatístico e que a dimensão da amostra foi reduzida. Porém, a moderada EVA estimada para a população geral está concordante com as estimativas do estudo multicêntrico I-MOVE e outras estimativas internacionais.

Financiación: ECDC e Horizonte 2020.

266. INTERFERENCIA ENTRE DISTINTOS TIPOS DE VACUNAS ANTIGRIpALES DURANTE TEMPORADAS SUCESIVAS

I. Martínez-Baz, M. Guevara, I. Casado, N. Álvarez, A. Navascués, L. Barrado, J. Chamorro, M. Torres, J. Castilla

Instituto de Salud Pública de Navarra; CIBERESP; IdiSNA; Complejo Hospitalario de Navarra; Hospital García Orcoyen; Hospital Reina Sofía de Tudela.

Antecedentes/Objetivos: Estudios recientes han sugerido que la vacunación frente a la gripe en temporadas previas podría influir en la efectividad de la vacuna antigripal de la temporada actual. En Navarra, la vacuna antigripal de subunidades se utilizó por primera vez en la temporada 2014/15, mientras que en temporadas anteriores se había utilizado la vacuna de virus fraccionados. El objetivo fue estimar la efectividad de la vacuna antigripal en la temporada 2014/15 y el efecto residual de la vacunación de las 2 temporadas previas.

Métodos: Se tomó frotis a los pacientes con síndrome gripal hospitalizados y a los que consultaron a médicos de la red centinela de atención primaria durante la temporada de gripe 2014/15. El estado de vacunación actual y previa de los casos confirmados para gripe mediante PCR fue comparado con los que resultaron negativos a gripe. La vacunación y fecha se obtuvieron del registro de vacunas, y se consideraron inmunizados 14 días tras la vacunación. El efecto de las vacunas actual y previas fue evaluado en 4 categorías: no vacunado en las 3 temporadas, vacunado solo en las temporadas previas, vacunado solo en la temporada actual, y vacunado en las 3 temporadas. La efectividad de la vacuna (EV) se analizó mediante regresión logística ajustando por sexo, edad, enfermedades crónicas, dispositivo asistencial y periodo de calendario. La EV se calculó como (1-OR)x100.

Resultados: De los 1.213 frotis, 619 (51%) fueron positivos a gripe: 52% de gripe A(H3N2), 46% gripe B y 2% de A(H1N1). La EV de la vacuna de subunidades en la temporada actual fue de 19% (IC95%: -13, 42), 2% (IC95%: -47, 35) para prevenir casos de gripe A(H3N2) y 32% (IC95%: -4, 56) frente a gripe B. La EV para prevenir casos confirmados de gripe fue 67% (IC95%: 17, 87) para los vacunados solo en las temporadas previas, 42% (IC95%: -31, 74) para los vacunados solo de la vacuna actual, y de 38% (IC95%: 8, 58) para los vacunados en las tres temporadas. Las mismas estimaciones para prevenir casos de gripe A(H3N2) fueron 47% (IC95%: -60, 82), -54% (IC95%: -274, 37) y 28% (IC95%: -17, 56), y para prevenir casos de gripe B fueron 82% (IC95%: 19, 96), 93% (IC95%: 45, 99) y 43% (IC95%: 5, 66) respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: Estos resultados sugieren un considerable efecto residual de la vacunación en las temporadas previas, baja efectividad de la vacuna antigripal de subunidades en la temporada 2014/15, y una posible interferencia entre la vacuna de subunidades actual y las vacunas de virus fraccionados previas.

Financiación: Proyecto I-MOVE-plus del programa Horizon 2020 (Agreement 634446); Proyecto I-MOVE (ECDC/2014/026); Fundación La Caixa; ISCIII (PI12/00087 y CM15/00119).

263. COMPARACIÓN DEL EFECTO DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL PARA PREVENIR CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALIZACIONES

I. Martínez-Baz, I. Casado, L. Barrado, J. Díaz-González, A. Navascués, M.T. Ortega, A. Zabala, C. Ezpeleta, J. Castilla

Instituto de Salud Pública de Navarra; CIBERESP; IdiSNA; Complejo Hospitalario de Navarra; Hospital García Orcoyen; Hospital Reina Sofía de Tudela.

Antecedentes/Objetivos: Los estudios que vienen evaluando la efectividad de la vacuna (EV) antigripal se centran en la prevención de casos confirmados de gripe en atención primaria u hospitalizados, y pocos han analizado ambos efectos en una misma población. El objetivo fue evaluar y comparar la EV antigripal para prevenir consultas en atención primaria y hospitalizaciones con gripe confirmada.

Métodos: Realizamos un estudio de caso-control negativo en Navarra durante 5 temporadas, 2010/11 a 2014/15. Se tomó frotis para confirmación de gripe por PCR a todos los pacientes con síndrome gripal hospitalizados, y a los que consultaron a médicos de la red centinela de atención primaria. Los casos fueron los confirmados para gripe, y controles los negativos en la PCR. Se consideraron inmunizados 14 días tras la vacunación. La EV se analizó mediante regresión logística ajustando por sexo, edad, enfermedades crónicas, dispositivo asistencial, periodo de calendario y temporada. Se estimó el efecto vacunal en función del dispositivo asistencial, estratificando por edad y subtipo de virus. La EV se calculó como $(1 - \text{odds ratio}) \times 100$. Se compararon los casos de gripe confirmados de hospital con los de primaria en cada estrato.

Resultados: De los 4.727 frotis, 2310 (49%) fueron positivos a gripe: 46% de gripe A(H3N2), 30% de A(H1N1) y 24% de B. 2725 fueron pacientes de atención primaria y 2002 pacientes hospitalizados. La EV global para prevenir consultas de atención primaria fue de 33% (IC95%: 9, 50) y 37% (IC95%: 19, 50) en pacientes hospitalizados. En personas ≥ 65 años las estimaciones de la EV fueron de 31% (IC95%: -40, 66) y 31% (IC95%: 6, 49) respectivamente. La EV en la prevención de casos de gripe A(H1N1) en atención primaria resultó de 57% (IC95%: 26, 75) y de 46% (IC95%: 19, 64) en hospital. Para prevenir gripe B las estimaciones resultaron del 50% (IC95%: 15, 71) y 52% (IC95%: 23, 70) respectivamente. La vacuna no mostró efecto significativo en la prevención de casos de gripe A(H3N2) (15% (IC95%: -9, 33)). La comparación del estado de vacunación entre pacientes de atención primaria y hospitalizados no mostró diferencias estadísticamente significativas (OR = 1,22; IC95%: 0,88-1,69).

Conclusiones/Recomendaciones: Estos resultados sugieren un efecto de la vacuna antigripal similar entre los pacientes ambulatorios y hospitalizados. Se encontró un efecto moderado para prevenir casos de gripe A(H1N1) y B, y un efecto vacunal menor para prevenir gripe A(H3N2).

Financiación: Proyecto I-MOVE-plus del programa Horizon 2020 (Agreement 634446); Proyecto I-MOVE (ECDC/2014/026); Fundación La Caixa; ISCIII (PI12/00087 y CM15/00119).

SESIÓN DE PÓSTERS

CP25. Brotes epidémicos (II)

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 9:30 a 11:30 h

Pantalla 1

Moderadora: María del Carmen Montaña Remacha

107. BROTE DE ORIGEN ALIMENTARIO POR LISTERIA EN EL PAÍS VASCO

J. Artieda, V. de Castro, O. Mokoroa, R. Santamaría, J. Karkamo, M. Escudero, M. Basterrechea, Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa

Servicio de Epidemiología; Laboratorio de Salud Pública; Unidad de Sanidad Alimentaria; Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: La listeriosis está causada por *Listeria monocytogenes* (LM), se transmite principalmente por vía digestiva a través de alimentos contaminados y en un 5% se manifiesta en forma de brotes. En algunos grupos vulnerables puede producir enfermedad grave con una letalidad del 30%. En agosto de 2013 se asistió a un aumento de casos que se mantuvo hasta febrero de 2014. En este trabajo se describen las investigaciones llevadas a cabo para identificar la fuente de infección y las medidas de control adoptadas.

Métodos: Estudio descriptivo: persona, espacio, tiempo. Fuentes: Sistema de Información Microbiológica. Encuesta epidemiológica. Investigación ambiental y alimentaria. Estudio microbiológico, tipado mediante PCR y análisis de los aislados mediante electroforesis de su ADN en campo pulsado (PFGE) tras digestión con el encima *Ascl*. Definición de caso: persona domiciliada en la CAPV que entre enero de 2013 y abril de 2014 presentó una infección confirmada por laboratorio de LM del grupo 3 y con patrón I por PFGE, y antecedente de consumo de foie o derivados 60 días antes de enfermar.

Resultados: En el periodo de estudio se notificaron 83 casos de listeriosis y 27 cumplieron con la definición de caso: 11 fueron listeriosis del embarazo, 5 listeriosis neonatales y 11 correspondieron a otras formas de listeriosis; 7 fueron hombres y 20 mujeres con un rango de edad (recién nacido a 81 años); 9 casos residían en Araba, 7 en Bizkaia y 11 en Gipuzkoa. El primer caso se presentó en agosto de 2013 y el último en febrero de 2014 y el 50% de casos se agruparon entre los meses de enero y febrero. Los resultados de la encuesta identificaron como alimentos de riesgo a productos derivados del foie de ave (OR: 18,00 (IC95%: 3,40-95,20); $p = 0,000$), de distintas marcas pero que habían sido elaborados por la misma empresa. La investigación analítica de los alimentos detectó recuentos elevados de LM (foie de pato: $5,2 \times 10.000$ ufc/g). El estudio molecular de las cepas de las muestras clínicas y alimentarias resultaron idénticas genotípicamente (grupo 3 por PCR y patrón I por PFGE). Como medida de control se envió notificación a la red de alerta procediéndose a la retirada del mercado de los distintos lotes de los productos implicados.

Conclusiones/Recomendaciones: La creación de un grupo multidisciplinar y la remisión de todas las cepas aisladas, tanto clínicas como alimentarias, al Laboratorio Nacional de Referencia fue clave para el diagnóstico y conocimiento de la extensión del brote y para el establecimiento de las medidas de control.

106. DESCRIPCIÓN DE UN CLUSTER POR LISTERIOSIS EN MUJERES EMBARAZADAS DEL PAÍS VASCO

J. Aritieda, L. Álvarez, L. Etxebarrartun, E. Alonso, B. Moreno, C. Oria, D. Coll, Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa

Servicio de Epidemiología; Laboratorio de Salud Pública; Unidad de Sanidad Alimentaria; Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: La listeriosis es una enfermedad producida por *Listeria monocytogenes* (LM) que habitualmente se manifiesta como un cuadro febril leve y en algunos grupos como los recién nacidos, embarazadas, ancianos e inmunodeprimidos es una causa importante de septicemia y meningoencefalitis. A partir de agosto de 2013 se asistió en la CAPV a un aumento de casos de listeriosis y en octubre se inició el estudio del brote. En este trabajo se presenta la investigación del brote y las medidas de control establecidas.

Métodos: Estudio descriptivo: persona, espacio, tiempo. Fuentes: Sistema de Información Microbiológica. Definición de caso: persona domiciliada en la CAPV que entre enero de 2013 y enero de 2014 presentó una infección confirmada por laboratorio de LM que pertenecía al grupo 3 y por PFGE al patrón Ia. Encuesta epidemiológica. Investigación ambiental y alimentaria. Estudio microbiológico y tipado mediante PCR de las muestras en el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) y adscritas a grupos genómicos según la nomenclatura recomendada por el ECDC. Adicionalmente los aislados fueron analizados mediante electroforesis de su ADN en campo pulsado (PFGE) tras digestión con el encima *AscI* siguiendo protocolos ya descritos previamente.

Resultados: De 50 cepas de LM notificadas en 2013, 14 pertenecían al Grupo 3 y presentaban idéntico patrón molecular identificado como pulsotipo Ia. Este clúster agrupó a 14 casos, 5 listeriosis del embarazo, 5 listeriosis neonatales y 4 correspondieron a otras formas de listeriosis; 6 fueron hombres y 8 mujeres un rango de edad (recién nacido a 85 años) y con una distribución geográfica de, 4 casos de Araba, 3 de Bizkaia y 7 de Gipuzkoa. El primer caso se presentó en marzo y el último en diciembre de 2013 y el 50% de casos se agruparon entre los meses de agosto y septiembre. Los resultados de las encuestas pusieron de manifiesto como alimento de riesgo productos cárnicos cocidos y loncheados; el estudio microbiológico detectó listeria en 6 muestras alimentarias (inferior 110 ufc/g) y el estudio de PFGE no identificó similitud entre las cepas de LM clínicas con las cepas alimentarias.

Conclusiones/Recomendaciones: En este cluster un 71% de los casos correspondían a mujeres embarazadas y sus neonatos y este es un colectivo de alta vulnerabilidad. Por lo tanto, es sumamente importante la toma de medidas preventivas en este grupo especial como: la educación sanitaria de estas personas, así como de los profesionales sanitarios que atienden a estos colectivos.

668. BROTE DE ESCABIOSIS EN PERSONAL SANITARIO

R. Valencia, J.A. Martín-Hernández, A.M. Cazalla, A. Buenestado, J.M. Cisneros, M. Conde

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: Ante sospecha de escabiosis en tres profesionales sanitarios (PS) en abril de 2014 se inicia investigación. Objetivo: describir las actuaciones realizadas para la investigación y manejo de un brote de infestación en PS.

Métodos: Estudio descriptivo con las dimensiones persona-tiempo-lugar. Definiciones utilizadas: caso sospechoso (CS): presente clínica en periodo de incubación y tenga relación con la planta afectada; caso probable (CP): criterios clínicos (surcos acarínicos). Brote: afectación de ≥ 2 en institución de alto riesgo. Periodo incubación (PI): 2-6 semanas. Se realizó búsqueda retrospectiva del caso fuente entre PS y pacientes teniendo en cuenta el PI incubación. Fuentes de información: historia clínica digital, la historia de salud laboral de PS, e información proporcionada por los responsables de la Unidad afectada.

Resultados: Se han detectado 3 CS en PS, 2 de ellos son CP en auxiliares de enfermería mujeres de planta de hospitalización. El primer caso comienza con síntomas 01/03/14 y el último 9/04/14. Ambas comparten lugar de trabajo y taquilla. Se detectan 2 casos secundarios al primero en convivientes familiares. Se detectó un paciente con diagnóstico de escabiosis atendido previamente al PI (alta en abril 2013). Durante el PI se detectó un paciente sospechoso aunque durante todo el ingreso estuvo bajo precauciones de contacto para evitar transmisión de infección por microorganismo multiresistente, se solicita valoración dermatológica que descarta diagnóstico. No hubo casos previos en PS. Hipótesis de contagio: infestación tras la atención continuada a un paciente con escabiosis que ha pasado desapercibido durante el ingreso y transmisión cruzada al compartir taquilla. Se declara el brote al sistema de vigilancia epidemiológica de Andalucía y los casos de PS como enfermedad profesional. Se ha realizado información a todo el PS de la Unidad sobre la situación, mecanismos de transmisión y medidas a adoptar. Se realiza limpieza terminal de superficies de descanso comunes de PS de la Unidad así como de la taquilla afectada. Se indica tratamiento a los casos y medidas de actuación ante las ropas personales de los mismos. Se mantiene la vigilancia activa hasta finalización del último PI sin detectarse nuevos casos.

Conclusiones/Recomendaciones: Ante un brote de infestación en PS es prioritaria la información adecuada al PS que puede estar involucrado para evitar generar alarmas y detectar precozmente nuevos casos. A pesar de no haberse identificado la fuente, las medidas adoptadas fueron eficaces para el control del brote.

656. ABORDAJE DE UNA CRISIS DE SALUD PÚBLICA MEDIANTE EQUIPOS DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARES

R. Valencia, A. Morillo, J.A. Martín-Hernández, M.C. Torrejón, L.A. Gómez, L. Camacho, J. Praena, A.M. Cazalla, J.M. Cisneros, et al

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: En agosto 2014 la Organización Mundial de la Salud declara la enfermedad por el virus Ébola (EVE) como alerta de Salud Pública mundial. Comenzando diferentes líneas de trabajo para dar respuesta en nuestros centros sanitarios. Presentamos la experiencia en un centro hospitalario de referencia para todo el sistema sanitario autonómico para prepararse ante el ingreso de casos confirmados/sospechosos por EVE.

Métodos: Análisis de la situación de partida define grandes necesidades: adquisición de habilidades por los profesionales sanitarios (PS) en el manejo de nuevos equipos de protección individual (EPI), actuaciones protocolizadas, adaptaciones locales de protocolos autonómicos y nacionales, adquisición del material específico y adecuación de instalaciones. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con PS referentes de los Servicios/Unidades implicados que de forma simultánea va abordando las siguientes líneas de actuación: Formación y entrenamiento del personal en bioseguridad. Desarrollo de protocolos clínicos para manejo de casos y sus muestras, de protocolos de limpieza y de protocolos de actuación del equipo. Adecuación de instalaciones y de equipamiento. Se define como un elemento nuclear en el manejo de esta crisis la creación de un equipo de asistencia al caso (Equipo EVE) multidisciplinar y comprometido que contenga

todas las disciplinas sanitarias/no que puedan ser necesarias en el manejo de los casos.

Resultados: Creación del Equipo EVE con 59 profesionales entre limpieza, celadores, auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos, y con diferentes roles, (asistenciales, diagnóstico y formadores/supervisores). Formación mediante 57 talleres de octubre a diciembre del año 2014, junto con 55 horas de formación acreditada en 2015, y talleres de reciclaje pre/post periodo estival, además de formación en manejo del EPI ventilado. Elaboración de protocolos junto con equipamiento correspondiente para garantizar la prestación de una asistencia con nivel de bioseguridad adecuado. Modificaciones necesarias para adecuar las instalaciones de forma que garantizaran la bioseguridad. Realización de una simulación de traslado por equipo de emergencias de un caso sospechoso a finales de 2014 y atención a un caso sospechoso durante cuatro días sin incidencias mayores en febrero de 2015.

Conclusiones/Recomendaciones: La EVE requiere tanto diseño de actuaciones a nivel central como la adecuación de las mismas a nivel local. Ante situaciones de gran incertidumbre, el compromiso de los profesionales y su implicación en el diseño y adecuación de protocolos es clave.

430. BROTE DE PSITACOSIS ASOCIADO A AGAPORNIS

E. Gil Montalbán, I. Roderio Garduño, G. Fagundez Machain, A. Arce Arnaez, J. Sánchez Díaz, M. Ordobas Gavín, M.J. Esteban Niveiro

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; Hospital Universitario 12 de Octubre.

Antecedentes/Objetivos: La psitacosis es una zoonosis causada por la bacteria *Chlamydophila psittaci* (C. psittaci) que se transmite a los seres humanos por vía respiratoria a partir de secreciones nasales, excretas, tejidos y plumas de aves infectadas. No es necesario contacto prolongado para contraer la infección. El cuadro clínico es variable y ocasionalmente puede ser grave. En enero de 2016 se notificó en la Comunidad de Madrid una sospecha de brote de psitacosis relacionado con aves (agapornis) procedentes de una pajarería. El objetivo principal de este trabajo es describir las características del brote y las actuaciones realizadas.

Métodos: Se realizó encuesta clínica y epidemiológica de los afectados y se recogieron muestras de suero, analizadas en el Centro Nacional de Microbiología, para confirmar el diagnóstico de psitacosis. Se consideró caso confirmado, de acuerdo a los criterios del CDC, la presencia de clínica compatible y la seroconversión de anticuerpos IgG frente a C. psittaci, mediante técnicas de inmunofluorescencia indirecta (IFI) o fijación de complemento (FC), con aumento de al menos 4 títulos en 2 muestras de suero obtenidas en fase aguda y fase convaleciente, separadas al menos 2 semanas. Paralelamente, se revisaron los registros en la pajarería de la Comunidad de Madrid donde se adquirieron las aves sospechosas y en el criadero de origen en Andalucía. Se realizó aislamiento y observación de las aves y análisis de laboratorio para confirmación.

Resultados: Los casos han sido 3 hombres y 1 mujer de entre 20 y 57 años; 3 de ellos eran propietarios de la pajarería. Se han identificado 11 personas expuestas, 4 en el domicilio de los dueños de la pajarería y 7 en el domicilio del otro caso (tasa de ataque: 36,4%). Dos casos requirieron ingreso hospitalario en UCI por cuadro de sepsis grave secundaria a neumonía, y otros 2 en el Servicio de Neumología por neumonía intersticial. Se han confirmado 3 casos por seroconversión (IFI y FC). De las 26 muestras de animales analizadas, 5 (19,2%) presentaron pruebas positivas, 4 en aves presentes en la tienda durante la inspección y 1 en un agapornis incautado en el domicilio de uno de los enfermos. Los resultados de las determinaciones microbiológicas realizadas a las aves en el criadero fueron positivos no concluyentes a psitacosis.

Conclusiones/Recomendaciones: Es importante la pronta detección y notificación de las sospechas de brotes de psitacosis al sistema de vigilancia para identificar la fuente de la infección e implantar las medidas de control y preventivas adecuadas. Se requiere la coordinación entre distintas instituciones implicadas en el control epidemiológico y veterinario de este problema.

292. BROTE DE ENDOFTALMITIS NOSOCOMIAL TRAS INYECCIÓN INTRAVÍTEA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL

C. Marín Estrada, E. Figueroa Murillo, M. Guardia García, M.L. Martín Vicente, J. Vázquez Blanco

Hospital Universitario Puerto Real.

Antecedentes/Objetivos: La complicación más devastadora de los procedimientos de inyección intravítrea es la endoftalmitis infecciosa. La frecuencia descrita de endoftalmitis como evento adverso relacionado con los procedimientos de inyección intravítrea es de un 0,029-0,2%. En diciembre de 2015, Oftalmología notificó a Medicina Preventiva la existencia de tres casos de endoftalmitis infecciosa tras la administración en un mismo día de inyecciones intravítreas. En el presente trabajo se describen las investigaciones epidemiológicas realizadas para el estudio del brote y las medidas establecidas para su control.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los casos según características de persona, tiempo y lugar analizando las variables: edad, sexo, factores de riesgo, motivo de intervención, fecha de intervención, medicamento administrado, fecha de diagnóstico de endoftalmitis, fecha de cultivo y resultado microbiológico. Se hizo búsqueda retrospectiva de casos y vigilancia activa de nuevos casos. Se revisaron los procedimientos de preparación de la medicación en farmacia y de administración de la medicación intraquirófano.

Resultados: Los tres casos fueron sometidos a inyecciones intravítreas el mismo día en el quirófano 2 del Hospital de día quirúrgico, lugar donde se realiza habitualmente. El total de inyecciones administradas ese día fue de 15. El intervalo entre el procedimiento y el diagnóstico clínico fue de 4 días en el primer caso, 6 días en el segundo y 8 días en el tercero. La edad media de los casos fue de 72 años, 2 mujeres y 1 hombre. A dos de los casos se le administró ranibizumab y al tercero bevacizumab. Todos los casos eran inmunodeprimidos y solo en uno se aisló un *Staphylococcus aureus* sensible.

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque las causas que originaron el brote no fueron concluyentes, se detectaron algunos elementos susceptibles de mejora en cuanto al cumplimiento de las medidas de prevención de infección. De esta forma se reforzó el cumplimiento estricto de los estándares de preparación de inyecciones oftálmicas en cabina de flujo laminar mediante técnica aséptica: manipulación aséptica de los preparados, normas de vestimenta (uso de bata, gorro, mascarilla quirúrgica, guantes), adecuada higiene de manos y uso de guantes. Se programaron controles de esterilidad de las monodosis, previos a su administración y del ambiente controlado en la campana. Se intensificaron las medidas preventivas intraquirófano, llevando a cabo la preparación prequirúrgica del paciente dentro del quirófano, para respetar el tiempo recomendado de actuación de los antisépticos, así como la higiene de manos y cambio de guantes entre pacientes y el mantenimiento del campo estéril con la preparación de kits individuales estériles.

12. BROTE DE TULAREMIA EN PALENCIA (2014)

M.L. Mateos Baruque, E.M. Vián González, J. de la Puente Callejo, M.J. González Megido, M.C. Andrés Puertas

Servicio Territorial de Sanidad de Palencia, Sección de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: La tularemia es una zoonosis que se manifestó por primera vez en Castilla y León en forma de brote en 1997 con 602 casos debido, fundamentalmente, al contacto con liebres siendo las personas más afectadas las amas de casa que manipulaban las liebres y los cazadores. En 2004 se produjo en Zamora un pequeño brote de 13 casos por contacto con cangrejos y en 2007 tuvimos otro gran brote con 534 casos en el que la mayoría se infectó por inhalación de partículas contaminadas, especialmente, agricultores y jardineros. En los brotes más amplios, fue Palencia la provincia con más casos (151 en 1997 y 278 en 2007). El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas del brote de tularemia ocurrido en Palencia en 2014.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Se siguieron las pautas del protocolo de tularemia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León y de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica 2013. Se cumplimentó encuesta epidemiológica específica para tularemia recogiendo variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio y factores de riesgo posiblemente asociados a la enfermedad. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Se notificaron 88 casos de tularemia entre las semanas 26 y 50 de 2014 (pico entre las semanas 31 y 33) en el área conocida como Tierra de Campos (mayoritariamente, Villada, Villarramiel y Paredes de Nava). La edad media fue de 52,6 años (rango: 13-82 años) con un 40% de los casos en edades entre 41 y 60 años y con predominio de hombres (76,1%). Las formas clínicas fueron: tifoidea (43,2%), úlcero-glandular (25%), orofaríngea (11,4%), ganglionar (11,4%), neumónica (8%) e intestinal (1,1%). 14 personas requirieron ingreso hospitalario. Se confirmaron 58 casos por serología y, además, en 5 pacientes se aisló *Francisella tularensis* holoarctica en exudado de úlceras. Los factores de riesgo más comunes fueron contacto con roedores (40,9%), manipulación de cangrejos (29,5%), manipulación de paja y heno (18,2%), contacto con animales como perros, gatos, caballos y aves (18,2%) y trabajos relacionados con la jardinería y la hortofruticultura (14,8%).

Conclusiones/Recomendaciones: Parece que existe un asentamiento de la *Francisella tularensis* en la región, capaz de producir brotes explosivos en coincidencia con la sobrepoblación de alguno de sus hospedadores, en particular, liebres, roedores de campo y cangrejos de río. Se continuará con la vigilancia de esta enfermedad a nivel clínico, epidemiológico y ambiental, especialmente, en zonas sensibles como Tierra de Campos. Es preciso continuar con recomendaciones preventivas en el ámbito de la salud laboral, dirigidas a aquellas personas con profesiones que tienen exposición medioambiental.

501. BROTE DE *SALMONELLA* TYPHIMURIUM EN UN CENTRO ESCOLAR DE BIZKAIA, 2015

R. Santamaría Zuazua, J. Bidaurrázaga Van Dierdonck, J.A. Kárkamo Zuñeda, I. Marcellin Gurtubay, I. Perales Palacios, E. Hernández Arricibita, S. Herrera León

Unidad de Epidemiología, Subdirección de Salud Pública de Bizkaia; Unidad de Microbiología, Laboratorio de Salud Pública de Bizkaia; Comarca de Salud Pública Margen izquierda/Encartaciones, Subdirección de Salud Pública de Bizkaia; Laboratorio de Microbiología, Hospital Universitario de Cruces; Unidad de Enterobacterias, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: A principios de marzo de 2015 se declararon tres casos de salmonelosis, dos por *Salmonella* serotipo typhimurium y un tercero por *Salmonella* enterica sin especificar serotipo, escolarizados en el mismo centro. El trabajo describe la investigación epidemiológica del brote.

Métodos: Se definió caso como persona relacionada con el centro escolar y sintomatología gastrointestinal en los meses de febrero y

marzo y con aislamiento de *Salmonella typhimurium* (caso confirmado) o *Salmonella enterica* (caso probable) o con causa no filiada (caso compatible). Se realizó búsqueda activa de casos a partir de los aislamientos de *Salmonella typhimurium* en el Sistema de Información Microbiológica y por las ausencias de niños y/o trabajadores del centro escolar por sintomatología gastrointestinal en los meses de febrero y marzo. Se encuestó a los casos y se enviaron muestras al laboratorio de referencia (Majadahonda) para su caracterización. Se inspeccionaron las condiciones higiénico-sanitarias del centro.

Resultados: Se detectaron 28 casos (14 confirmados, 1 probable, 13 compatibles). El brote duró 48 días; el patrón de aparición de casos fue compatible con una transmisión persona-persona. Las condiciones higiénicas del comedor eran adecuadas y las muestras testigo de alimentos resultaron negativas. No había animales de compañía en el centro. En los aseos, el secado de manos se realizaba con una única toalla de tela que compartían todos los niños de una clase. Once de las trece cepas enviadas al laboratorio de referencia revelaron un origen común: *S. typhimurium* variante monofásica (4,5,12:i:-) fagotipo PNR pulsotipo XbaI.0089/BlnI.00X.

Conclusiones/Recomendaciones: Brote de gastroenteritis por *Salmonella typhimurium* con 28 afectados en un centro escolar. La distribución temporal fue compatible con una transmisión persona-persona. Se identificó como factor de riesgo la utilización de toallas de tela, por lo que se recomendó su sustitución por toallas de papel desechables.

788. BROTES POR *SALMONELLA* TYPHIMURIUM VINCULADOS AL CONSUMO DE SALCHICHAS DE CERDO

V. García Ortúzar, M.L. Gutiérrez Martín, A. Zancajo Villa, A. Sánchez Cánovas, S. Herrera León, A.M. García Fulgueiras

Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; Centro Nacional de Microbiología.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se observa una disminución de *S. enteritidis* como causa de intoxicación alimentaria y un aumento de *S. typhimurium*, siendo este agente actualmente responsable del 25% de los casos de *Salmonella* en humanos en la UE (EFSA J. 2015;13(12):4329). El objetivo de este estudio es describir los brotes por *S. typhimurium* vinculados a productos del cerdo en la Región de Murcia en el periodo 2006-2015, los serotipos aislados, alimentos implicados y factores de riesgo asociados.

Métodos: Revisión de brotes por *Salmonella* y *S. typhimurium* notificados en los últimos 10 años en la Región de Murcia. La evidencia sobre alimentos vinculados proviene tanto del estudio epidemiológico como de pruebas microbiológicas y caracterización de las cepas. Los factores contribuyentes se estudiaron mediante inspección en origen.

Resultados: En el decenio 2006-2015 se confirmaron 89 brotes por *Salmonella*, 20% por *S. typhimurium*, 38% por *S. enteritidis*, 4,5% otros serogrupos y 37,5% *Salmonella* sp. El consumo de productos de cerdo se relacionó con 9% de estos brotes y en 5 (62,5%) se identificó *S. typhimurium* como agente etiológico. El 100% de estos 5 brotes se asoció al consumo de salchicha, fresca (60%) o seca (40%). Cuatro brotes fueron de ámbito general, productos elaborados en carnicería (2) fábrica de embutido (2) y uno de ámbito familiar (matanza). Se afectaron 54 personas, mediana de 11 casos por brote, rango 2-21, con 10 hospitalizaciones. El 55,5% eran mujeres. El 39,6% eran < 15 años, 41,5% de 15 a 64 y 13,2% = 65 años. El CNM caracterizó muestras de 4 brotes e identificó en todos ellos *S. typhimurium* 4,12:i:1,2 y diferentes fagotipos (FT193, FT138, FTU311, antibiograma AmpATeSu y pulsotipo XbaI.2173). En 3 se identificó la misma cepa en afectados y alimentos y en uno, en alimento y manipulador expuesto. El 100% se relacionaron al consumo de salchichas poco cocinadas o poco curadas. La inspección del establecimiento elaborador (4/5 brotes) detectó

como factores contribuyentes el uso de materia prima contaminada además de otros como conservación inadecuada a temperatura ambiente, utensilios contaminados e insuficiente limpieza.

Conclusiones/Recomendaciones: El 62,5% de brotes por salmone-lla vinculados a productos del cerdo en el periodo analizado se originaron por *S. typhimurium* y el 100% de ellos se asociaron al consumo de salchicha seca poco curada o salchicha fresca poco cocinada. La legislación europea sobre productos cárnicos del cerdo exige ausencia de salmonella antes de entrar en el circuito alimentario pero no existe regulación sobre tiempo de secado. Es necesario explorar métodos adicionales que aseguren el consumo seguro de estos productos, especialmente de aquellos consumidos en crudo.

902. BROTE HÍDRICO POBLACIONAL DE SHIGELOSIS EN UN MUNICIPIO RURAL

E. Torres Butrón, M.L. Villena Machuca, E. Salamanca Rivera, A.M. Fonseca Lavado, I. Fernández Rodríguez, I. Gálvez Franco, M.C. Vega Castaño, M.D. del Toro López, A. Hernández Jiménez

Distrito Atención Primaria Aljarafe-Sevilla Norte; UGC Alcalá del Río; UGC Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Hospital Universitario Virgen Macarena; UGC Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen Macarena.

Antecedentes/Objetivos: La shigelosis en España ha presentado un marcado descenso en las décadas recientes, siendo la tasa anual en 2013 de 0,4 por 100.000 habitantes. El mecanismo de transmisión es fecal-oral. La infección puede ocurrir por contacto persona-persona o por la ingestión de alimentos o agua contaminados. La transmisión a través de los alimentos no es frecuente en los países industrializados frente al contacto directo, pero cuando se produce, se asocia con grandes brotes. El objeto del estudio fue investigar y controlar un brote de gastroenteritis por *Shigella sonnei* que afectó a residentes y visitantes de un municipio rural declarado en septiembre de 2015.

Métodos: Se realizó definición de caso, búsqueda activa de casos y controles, encuestas epidemiológicas, solicitud de muestras biológicas, investigación ambiental y coordinación de todas las actuaciones y agentes implicados. Se llevó a cabo un estudio observacional con las variables de tiempo, lugar y persona, enfermedad y agente y factores de riesgo asociados.

Resultados: Se contabilizaron 378 casos de shigelosis en personas residentes o visitantes de un municipio rural de Sevilla, ocurrido entre las semanas 37 y 42 de 2015. La curva epidémica fue de tipo holomión-tico. El 52% eran hombres, con un rango de edad de 0 a 96 años (media-na: 25). El 90% son habitantes del mismo municipio (tasa ataque: 6,8%); el resto procede sobre todo de la provincia de Sevilla, aunque algunos son de otras comunidades autónomas. El 4% precisó ingreso hospitalario y todos evolucionaron favorablemente. Se realizó copro-cultivo en muestras de 98 casos (26%) aislándose *Shigella sonnei* en 73 (19%). Se pautó tratamiento antibiótico y se recomendaron medidas higiénico-sanitarias (lavado de manos y limpieza y desinfección de superficies). Los análisis de muestras de agua evidenciaron un alto grado de contaminación orgánica en fuentes no controladas sanitaria-mente del municipio afectado. El agua de la red de abastecimiento no presentó deficiencias. Se clausuraron todas las fuentes de agua no controlada del municipio. Tras implantar las medidas de control se cons-tató una disminución brusca de casos.

Conclusiones/Recomendaciones: Se confirma brote hídrico de shigelosis cuya causa fue el consumo de agua contaminada proceden-te de fuentes no controladas sanitariamente de un municipio rural. El origen pudo ser una mezcla de aguas residuales con el veneno que alimenta dichas fuentes. El consumo local generalizado de agua no controlada provocó la alta incidencia de casos. Las medidas de control han sido eficaces de forma inmediata.

802. BROTES DE ESCABIOSIS EN GALICIA EN EL PERIODO 2010-2014

M.J. Purriños Hermida, A. Pousa Ortega, A. Malvar Pintos

Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia.

Antecedentes/Objetivos: La escabiosis humana se presenta en forma de brotes en instituciones sanitarias o de cuidados de ancianos donde, si no se detecta con rapidez y se tratan casos y contactos, di-funde fácilmente debido a la estrecha relación entre usuarios y cuida-dores. El objetivo del estudio fue describir las características de los brotes de escabiosis notificados en Galicia en el período 2010 a 2014.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo. Se revisaron la base de datos de brotes y los informes finales de brotes de escabiosis. Se reco-gieron las siguientes variables: tipo de centro, número de expuestos, número de afectados, síntomas, duración del brote expresada en se-manas, y retraso diagnóstico, que se definió como el número de sema-nas entre la fecha de identificación del caso que indica el brote y la fecha de inicio de síntomas del caso más antiguo tras la investigación. Se calcularon porcentajes para las variables cualitativas y la media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas. Se compa-raron las proporciones mediante el test de ji-cuadrado. Para la reco-gida y análisis de la información se utilizaron Excel y Epidat 4.0.

Resultados: En el periodo, se notificaron 15 brotes, representando el 14% de los brotes no alimentarios (incluida agua de bebida), y los segundos en importancia tras los de gastroenteritis en brotes no ali-mentarios. Todos los brotes fueron de sarna clásica. El máximo de brotes notificados, 6, fue en el año 2013. Las residencias de mayores fueron la institución más frecuentemente afectada, con 11 brotes, im-plicando uno de ellos, además, a trabajadores de un hospital donde ingresó uno de los casos, y de una mutua que consultó a los trabajado-res de este hospital. Los 4 restantes ocurrieron en una lavandería in-dustrial, en una escuela universitaria, en una residencia de discapacitados y en una familia. La media de personas expuestas, en el total de brotes, fue de 162 (DE 90) y la de casos de 28 (DE 25). En las residencias de mayores, el número de casos fue de 364, con una tasa de ataque en residentes del 17% y en trabajadores del 23%, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,006$). Prurito, pápulas y eritema se observaron en el 100% de los casos, la observación de surcos varió entre el 0% y el 8% de los casos, excepto en un brote que se observaron en el 90%. La duración media de los brotes fue de 14 se-manas (DE 12 semanas) y el retraso diagnóstico fue de 11 semanas (DE 8 semanas).

Conclusiones/Recomendaciones: Destaca el número elevado de brotes en residencias de mayores, la duración y el retraso diagnóstico en los brotes. Esto llevó a desarrollar un protocolo de vigilancia y con-trol de la escabiosis para instituciones con cuidadores. La identifica-ción temprana de los casos y la instauración del tratamiento curativo y preventivo evitaría la difusión de la enfermedad en estas institucio-nes.

892. INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN MUJERES INTERVENIDAS DE CESÁREA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Morillo, C. Salamanca, S. Rodríguez, L. Huroz, A. Cazalla, M. Conde

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en Obstetricia son causa importante de morbilidad y morta-lidad, siendo las más frecuentes las de localización quirúrgica. Obje-tivo: describir la incidencia de infecciones del sitio quirúrgico relacionadas con las intervenciones por cesárea en una Unidad de Obstetricia de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio prospectivo de 344 mujeres intervenidas de cesárea, realizadas durante el cuarto trimestre de 2015 en un hospital universitario de tercer nivel. Se han calculado la incidencia acumulada y densidad de incidencia de infección del sitio quirúrgico detectada, ajustados por nivel de riesgo quirúrgico (calculado a partir de riesgo ASA, grado de contaminación de cirugía y duración de la intervención).

Resultados: Se han estudiado 344 mujeres (porcentaje global de partos por cesárea del 24,8% en el periodo de estudio) con una edad mediana de 33 años (rango intercuartílico 29-37), diagnosticándose un total de 11 infecciones del sitio quirúrgico (incidencia 3,2%), que desagregadas por índice de riesgo, suponen: 5 infecciones en las 254 intervenciones de riesgo 0 (incidencia 2,0%); 6 infecciones en las 83 de riesgo 1 (incidencia 7,2%), y ninguna infección en las 7 cesáreas de índice de riesgo 2. No se describieron cesáreas con índice de riesgo 3. Estas incidencias son superiores a las descritas por el estudio PIRASOA de infección nosocomial en Andalucía del año 2014 (2,6%), aunque en comparación con los datos obtenidos en otros hospitales del mismo nivel, las cifras están más en consonancia con la media. Todas las infecciones se diagnosticaron en los primeros 15 días tras la infección (mediana 10 días; mínimo: 5, máximo 15). La distribución según el tipo de infección fue: órgano-espacio 27,3%; superficial y profunda 36,4%, respectivamente. El microorganismo más frecuentemente aislado fue *Enterococcus faecalis* en 4 casos (en otros 4 casos no se realizó cultivo microbiológico).

Conclusiones/Recomendaciones: Dado el elevado porcentaje de partos por cesárea en nuestro hospital y las infecciones detectadas en el periodo de estudio, resulta de especial relevancia la vigilancia epidemiológica periódica de la infección del sitio quirúrgico derivada de dicha práctica, lo que contribuirá a un mejor conocimiento de los factores de riesgo asociados y la puesta en marcha de medidas dirigidas a reducir su incidencia.

578. HISTORIA DE LA PRÁCTICA EPIDEMIOLÓGICA EN ESPAÑA (1900-1975)

L. Mariño Gutiérrez

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La epidemiología como disciplina moderna se introdujo en España en el siglo XX. Solamente dos autores: Martínez Navarro y Morabia han estudiado la evolución de los métodos en epidemiología. El propósito del trabajo es estudiar, a partir de las publicaciones de la época (siglo XX), la introducción de las innovaciones conceptuales y metodológicas que conformaron la epidemiología moderna. La hipótesis planteada es que el dominio del paradigma microbiano, en la práctica epidemiológica, retrasó la introducción de la epidemiología como disciplina científica moderna.

Métodos: Se analizan estudios epidemiológicos publicados entre 1900 y 1975. Las publicaciones se localizaron con el Repertorio bibliográfico de López Piñero J.M. y Terraza en 1990, el Portal ISSN y el Catálogo colectivo REBIUN. Para organizar los estudios epidemiológicos se elaboraron fichas de respuesta de información en hojas de cálculo del Excell. En una de ellas (hoja 1) se registraba la información general del brote y de la publicación; en la otra hoja (hoja 2) se registraban los datos que conformaban el análisis epidemiológico.

Resultados: Se han analizado un total de 177 trabajos, de los cuales 159 (el 89,8% del total) fueron publicados en la Rev Sanid Hig Publica, el Bol Tec Dir Gen San. y las revistas publicadas por el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. En los trabajos epidemiológicos en los primeros años del siglo XX los estudios eran descriptivos, con poca información cuantitativa y escaso tratamiento de datos. La epidemiología se encontraba bajo la influencia de la microbiología y con el auge de la clínica y las aportaciones, más que metodológicas, eran nosoló-

gicas y microbiológicas. Es a finales de los años 20 y en los dos primeros de la República cuando se produce una verdadera renovación conceptual y metodológica en el abordaje de los estudios epidemiológicos: la Epidemiología inicia una actividad de análisis y identificación de los problemas sanitarios. Finalizada la Guerra Civil la microbiología volvió a ser la referencia causal de la estrategia del control epidemiológico. A partir de las investigaciones de Pérez Gallardo sobre la epidemiología de la poliomielitis se produjo un nuevo punto de inflexión en la epidemiología al completarlas con estudios virológicos y serológicos.

Conclusiones/Recomendaciones: Se confirma la hipótesis. La renovación metodológica y conceptual más importante en los estudios epidemiológicos se produce en los últimos años de la década de los 20 y primeros años de la década de los 30. Hasta después de 1970 no se incorporan más renovaciones metodológicas en los estudios epidemiológicos.

744. BROTE DE TOS FERINA EN UN CENTRO EDUCATIVO DE UN MUNICIPIO DEL ALJARAFE, SEVILLA

L.M. Rodríguez Benjumeda, E. Torres Butrón, B. Alías Álvarez, F. Chico Rodríguez

Distrito Sanitario Aljarafe y Sevilla Norte.

Antecedentes/Objetivos: La tos ferina es una infección bacteriana del tracto respiratorio causada por *Bordetella pertussis*. Tiene un comienzo insidioso indistinguible de otras infecciones respiratorias leves (fase catarral) con tos irritativa que en una a dos semanas progresa, se vuelve paroxística y puede acompañarse de un estridor inspiratorio característico. Los paroxismos a menudo acaban con la expulsión de mucosidades frecuentemente seguida de vómitos. Por lo general es en la fase de tos paroxística cuando se sospecha el diagnóstico de tos ferina. Los episodios con crisis de tos aumentan tanto en frecuencia como en gravedad y luego van cediendo, aunque la tos puede persistir hasta 6 semanas más. La presentación clínica de la tos ferina varía con la edad y los antecedentes de vacunación, pudiendo ser leve en adolescentes y los adultos y no diagnosticarse. En mayo de 2015 se detecta un brote de casos de tos ferina en un centro docente a partir de la declaración de un caso confirmado por parte del hospital. El presente estudio pretende describir la evolución del brote así como evaluar las intervenciones.

Métodos: Estudio descriptivo del brote, se incluyen variables de tiempo lugar y persona, estado vacunal y complicaciones. La definición clínica de caso es persona que presenta tos durante, al menos, dos semanas con, al menos, uno de estos tres signos: Tos paroxística; Estridor inspiratorio; Vómitos provocados por la tos. En niños menores de un año el presentar episodios de apnea. Se considera caso sospechoso si cumple los criterios clínicos, probable si cumple los criterios clínicos y tiene vínculo epidemiológico con un caso confirmado, y confirmado si cumple los criterios clínicos y de laboratorio.

Resultados: En total son 14 casos, 2 de ellos confirmados por laboratorio y el resto probables. La tasa de ataque es del 18,92%. El 50% son varones y la edad está entre los 9 y los 10 años. El 78,57% había recibido la dosis de vacuna contra la tos ferina de los 6 años. El caso índice no estaba vacunado. La curva de aparición de los casos es típica de transmisión persona a persona. Ninguno de los casos requiere hospitalización. Se aplicaron las medidas según establece el protocolo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.

Conclusiones/Recomendaciones: El brote se detectó de forma tardía, probablemente por la complejidad del diagnóstico ante un cuadro inespecífico en un grupo mayoritariamente bien vacunado. Las medidas implantadas una vez detectado el brote fueron eficaces consiguiendo minimizar el impacto de la enfermedad. Los fallos vacunales encontrados sugieren la necesidad de evaluar la efectividad de la vacuna.

688. BROTE DE GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS G1 EN UNA RESIDENCIA DE TERCERA EDAD

N. Pascual Aguirre, O. Martínez García, D. Almagro Nieves, M.C. del Moral Campaña

Unidades de Gestión Clínica de Salud Pública de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Las gastroenteritis agudas (GEA) por norovirus en población anciana puede ser más grave que en población normal. La actuación ante brotes en residencias debe ser rápida. El 26 de noviembre de 2015 se comunica al Distrito Granada Metropolitano la existencia de 40 casos (vómitos y diarrea con buena evolución) en residentes y trabajadores en una residencia. El primer caso ocurre el 20 de noviembre sucediéndose los casos de forma paulatina. La hipótesis fue transmisión persona a persona y la etiología vírica. Objetivos: describir brote de GEA ocurrido en la residencia de ancianos y analizar qué causas y factores pudieron existir en su origen y propagación.

Métodos: El estudio se centra en una residencia de mayores en un municipio periurbano de Granada. Con la encuesta epidemiológica se registraron variables personales (edad, sexo, síntomas, trabajador/residente), de tiempo (fecha de inicio síntomas, turno en que aparecen) y espacio (planta, habitación, tipo habitación). El total de residentes era de 93 y 70 trabajadores. El periodo epidémico estimado fue del 20 al 28 de noviembre de 2015. Se indicaron medidas preventivas (medidas de higiene, limpieza del establecimiento y monitorización de la aparición de nuevos casos) y se procesaron 2 coprocultivos. Se realizó un estudio descriptivo y de cohortes bidireccional, con inclusión de RR e IC al 95%.

Resultados: La tasa de ataque global fue 44,7%; específicas: 46,23% para los residentes y 5,71% en los trabajadores. En residentes mujeres fue 44,68%. La clínica predominante fue vómitos (59,52%) y diarrea (57,14%). No se encontraron factores de riesgo de enfermar. Tras las medidas preventivas indicadas el día de la declaración surgieron 2 casos. En la curva epidemiológica se observó la transmisión persona a persona. El periodo de incubación estimado fue 24-48h y la clínica fue autolimitada. Los resultados de los coprocultivos fueron positivos a Norovirus G1.

Conclusiones/Recomendaciones: Se confirmó la hipótesis de etiología viral tras los resultados positivos a norovirus. Por la curva epidémica se explica la transmisión persona a persona. La aplicación de las medidas preventivas establecidas, disminuyó la aparición de más casos secundarios. Es conveniente concienciar a estos centros, la conveniencia de declarar la aparición de dos o más casos de gastroenteritis.

CP26. Enfermedades cardiovasculares

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 9:30 a 11:30 h

Pantalla 2

Modera: Ana María Gandarillas Grande

722. DOENÇA ISQUÉMICA DO CORAÇÃO EM PORTUGAL: A EPIDEMIOLOGIA NA RESPOSTA A NECESSIDADES LOCAIS DE SAÚDE

A.C. García, A.P. Rodrigues, R. Carvalho-Fonseca, J. Oliveira, A. Silva, M. Cosme

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; Agrupamento de Centros de Saúde de Almada-Seixal/Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP.

O diagnóstico de saúde, etapa inicial do planeamento em saúde, tem por finalidade identificar necessidades de saúde e de investigação que apoiem a tomada de decisão no controlo de problemas de saúde e seus determinantes. A epidemiologia, ferramenta transversal à prática da saúde pública, suporta a identificação de necessidades de saúde, mas tem uma aplicação mais específica no desenvolvimento de estudos que gerem conhecimento para o controlo específico dos problemas identificados. Pretende-se apresentar um exemplo da aplicação abrangente da epidemiologia ao planeamento local, e consequente definição de políticas locais de saúde orientadas para intervenções adequadas às necessidades da população, efetivas e eficientes. Segundo o Plano Local de Saúde de Almada-Seixal 2013-2016 (PLS 2013-2016), a doença isquémica cardíaca (DIC) foi identificada como o problema de saúde prioritário em Almada e Seixal, dois concelhos contíguos da Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT). As doenças do aparelho circulatório são a causa de morte mais frequente, sendo que Almada, ao contrário do Seixal, apresenta risco de mortalidade superior à média nacional. Também o risco de morte prematura por DIC no sexo masculino (TMP de 41,1/100.000) foi significativamente superior ao risco médio estimado para a RLVT (35,3/100.000) e para o continente (26,8/100.000). Conjugando estes dados com o excesso de mortalidade geral nos homens em Almada em comparação com os do Seixal, no PLS 2013-2016 admite-se que o risco aumentado de morte prematura por DIC nos homens diga respeito aos residentes em Almada. Desconhece-se se o excesso de risco de morte prematura por DIC no sexo masculino em Almada se deve a um excesso de risco de adoecer ou a uma menor sobrevida, dificultando a implementação de ações de prevenção dirigidas aos determinantes envolvidos nas diferentes fases da história natural da DIC. Tendo-se priorizado o estudo dos determinantes da DIC, está em curso um projeto bietápico que inclui um estudo qualitativo através da técnica de focus group, com o objetivo de identificar as perceções dos profissionais de saúde sobre os determinantes da DIC, e um estudo caso-controlo, no qual os casos incidentes de DIC e os controlos serão selecionados na população sob observação da Rede Médicos Sentinela Local. Os resultados da primeira etapa serão usados no questionário a aplicar no estudo caso-controlo. Admite-se que os resultados do projeto permitam adequar às especificidades locais os programas de prevenção e controlo, minimizando o impacto dos determinantes da DIC na população da área de estudo.

966. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN INMIGRANTES ANDINOS VS AUTÓCTONOS EN MADRID

A. Bonilla, E. Escortell, I. Cura, L. Sánchez, A. Díaz, M. Casado, M. Urtasun, M. Franco, Grupo HHH

Grupo de Investigación de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá; Unidad Apoyo a la Investigación, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Madrid; Dirección Técnica de Sistemas de Investigación, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La población inmigrante representa más del 10% en España, Madrid con 19,6% de población nacida fuera ocupa el segundo lugar después de Cataluña. Actualmente la población mayoritaria de extranjeros en Madrid procede de América del Sur (48%), de la cual la mayoría es de alguno de los países andinos de Ecuador, Colombia, Perú o Bolivia. Este grupo representa el 35,5% de la población extranjera en Madrid. El objetivo de este estudio es comparar la prevalencia de enfermedad cardiovascular entre población inmigrante de países andinos y la autóctona de la población asignada a los centros de salud que participan en la cohorte del Proyecto Heart Healthy Hoods (HHH) y analizar la variabilidad por centro.

Métodos: Diseño: Estudio de corte transversal con datos de la historia clínica de Atención Primaria. Población: Hombres y mujeres en-

tre 40 y 75 años, procedentes de España y países andinos (Ecuador, Colombia, Perú o Bolivia) con = 1 año asignados a alguno de los 48 centros de salud participantes en la Cohorte del Proyecto HHH. Variables resultados principales: Infarto de miocardio (IAM) (CIAP K75), Angina (CIAP K74). Enfermedad cerebrovascular (ACV) (CIAP K90), vascular periférica (CIAP K92), HTA (CIAP K86, K87), DM (T90). Variables sociodemográficas: Edad, sexo, país de nacimiento. Análisis estadístico: descriptivo y estimación de la variabilidad mediante regresión logística multinivel.

Resultados: De los 566.140 ciudadanos, el 8,4% (47.316) eran inmigrantes andinos (ecuatorianos 43,1%, peruanos 27,2%, colombianos 19,9%, bolivianos 9,8%). Andinos vs autóctonos: mujeres 57,6% vs 52,9%, edad media 49,62 (DE 7,6) vs 55,69 (DE 10,18); ECV 1,5% vs 4,9%; IAM 0,3% vs 1,5%, angina 0,4% vs 1,2%, ACV 0,4% vs 1%, vascular periférica 0,4% vs 1,4%, HTA 8,2% vs 22,1%, DM 4,8% vs 8,2%. Por grupo etario se observa en ECV: 0,9% vs 1,8% de 40-55 años, 2,9% vs 5,9% de 56 a 65 años, 6,2% vs 11,2% de 66 a 75 años; en DM: 3,3% vs 3,6%; 8,8% vs 9,7% y 15,9% vs 17,7% respectivamente; en HTA: 5,1% vs 9,3%; 16,3% vs 27,2%; 31,5% vs 46,6% respectivamente. Un 11% de la variabilidad en la prevalencia de enfermedad cardiovascular es debida al centro.

Conclusiones/Recomendaciones: La prevalencia de enfermedades cardiovasculares estratificada por grupos de edad es sensiblemente mayor en la población autóctona que en la población inmigrante, salvo en el caso de la DM donde esta diferencia es menor. Existe elevada variabilidad de la prevalencia en función del centro de salud.

421. RESPUESTA A DIEZ AÑOS DE LA COHORTE DEL ESTUDIO DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN CASTILLA Y LEÓN

J.E. Lozano Alonso, T. Vega Alonso, R. Álamo Sanz

Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: El abordaje de los estudios cardiovasculares en España es muy variado. Existen tanto registros hospitalarios como estudios poblacionales, y en estos últimos, el acceso a las personas se puede realizar a través de unidades móviles o con los profesionales sanitarios que tiene asignada la población estudiada. Esta comunicación tiene por objetivo describir la respuesta de una muestra aleatoria de la población general a la participación en un estudio cardiovascular con la intervención directa de los equipos de atención primaria.

Métodos: En 2004 se inició el Estudio de Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León (RECCyL) con una primera fase de diseño transversal para determinar el riesgo cardiovascular en la población de 15 y más años de edad de Castilla y León a través de los principales factores de riesgo. El estudio continuó con el seguimiento de la cohorte a lo largo de 10 años y ha finalizado el trabajo de campo en 2014 con la recogida de la información clínica y epidemiológica de la muestra original. Se describen las tasas de respuesta de la población al inicio y al final del estudio. Se calcula la tasa de información como el porcentaje de la cohorte inicial del que se tiene información clínica, analítica, estado vital y causa de defunción, para discutir la validez y representatividad del estudio de cohorte.

Resultados: En la primera fase del RECCyL en 2004 se lograron captar 4.013 personas de las 4.883 que fueron seleccionadas y localizadas, lo que supuso una tasa de respuesta del 82,2%. En el seguimiento a 10 años de 2014 han intervenido 657 médicos y 622 DUE en 178 EAPs y 167 profesionales en 18 laboratorios. Se han obtenido una media de 5,0 personas por profesional, 47 de ellos superaron las 15 personas captadas. Hasta 2014 hubo 563 fallecidos y 184 bajas por diversas causas. La tasa de respuesta de la población en 2014 ha sido de un 90,2%, consiguiendo la colaboración de 2.813 personas de las 3.096 a las que se le pudo proponer la participación. El 40,5% pertenecían al entorno rural. La tasa de información a los 10 años ha sido de

un 85,1%, al haber obtenido información de 3.416 personas del total de las 4.013 que iniciaron el estudio en 2004.

Conclusiones/Recomendaciones: Los estudios cardiovasculares son abordables a través de los equipos de atención primaria. Esta aproximación consigue una tasa de respuesta elevada en población general, aleatoria y representativa. La implicación de los profesionales de atención primaria incide determinantemente en la tasa de respuesta. En 2004 se consiguió un 82,2% y en 2014, 90,2%, alcanzándose una tasa e información a los 10 años del 85,1% de la muestra inicial.

466. MENSAGENS INSTANTÂNEAS NO APOIO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

N.C. Braga Santiago Lima, E.A. Peixoto, M. Veloso Borges, C.M. Alves Oliveira, Y. Nobrega de Assis Brilhante, F. Fulvio Petrucci, M.A. de Oliveira, M.C. Cardoso Ferreira

Hospital Municipal Santa Isabel-João Pessoa-Paraíba, Brasil.

Antecedentes/Objetivos: Descrever o uso de uma ferramenta de integração entre o Serviço de Cardiologia do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI) por meio de um aplicativo para "smartphones", de forma gratuita e facilmente utilizável, no intuito de dar suporte a indicação de fibrinólise em pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAMCSST) diagnosticados nas Unidades de Pronto Atendimento do Município de João Pessoa (UPAs).

Métodos: Os cardiologistas do Serviço de Cardiologia do Hospital Santa Isabel (SESCARDIO) foram incluídos nos grupos de mensagens das UPAs, a partir daí os plantonistas encaminhavam dados de história clínica e eletrocardiograma (ECG) de pacientes atendidos com quadro clínico compatível com síndrome coronariana aguda (SCA). Os casos eram analisados em conjunto com os cardiologistas, para avaliar a indicação de fibrinólise. Após o tratamento era revisto o ECG e o quadro clínico, sendo então decidido para qual unidade da rede o paciente deveria ser encaminhado.

Resultados: A partir da integração do SESCARDIO (o qual conta com cardiologista/24h) com os plantonistas das UPAs, houve aumento do número de fibrinólises realizadas na rede de urgência e emergência de João Pessoa. Até o momento temos 47 casos, sendo que 81% foram realizados nas próprias unidades de primeiro atendimento, em especial nas UPAs.

Conclusiones/Recomendaciones: No cenário tempo dependente que é o tratamento do infarto, a utilização de uma ferramenta de baixo custo, amplamente disponível, prática e ágil possibilitou a integração dos serviços com melhora do atendimento destes pacientes.

794. CONTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN LA RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN LAS TABLAS DE RIESGO CLÁSICAS

G. Pera, M.T. Alzamora, R. Forés, J.M. Baena

Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: La prevención y el diagnóstico precoz de la enfermedad aterosclerótica es uno de los objetivos esenciales en el campo de las enfermedades vasculares, las cuales representan una elevada morbi-mortalidad en los países desarrollados. Resulta muy importante desarrollar estrategias que permitan identificar a los pacientes ateromatosos en estadios subclínicos y una forma de ello es detectar enfermedad arterial periférica (AP) a nivel de las extremidades inferiores mediante el índice tobillo-brazo (ITB). Las tablas de riesgo cardiovascular como REGICOR permiten detectar a

los individuos con mayor riesgo de sufrir un evento coronario (EC) como ángor o infarto agudo de miocardio. El presente estudio quiere determinar la contribución de la presencia de AP en la reclasificación del riesgo cardiovascular según las tablas de riesgo clásicas como REGICOR.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo ARTPER, poblacional, realizado en la provincia de Barcelona. Se reclutaron 3.786 sujetos > 49 años en 2006-2008 y seguidos mediante visita presencial en 2012-13, llamada telefónica (cada 6 meses) y revisión de historias clínicas. Seguimiento medio 5 años. Se realizó un ITB en condiciones estandarizadas (AP si ITB < 0,9) y se calculó REGICOR (bajo < 5, moderado 5-10, alto > 10). Todos los episodios sospechosos fueron confirmados/descartados por un comité médico. Modelos de regresión de Cox multivariable.

Resultados: Se estudiaron 2.686 pacientes después de excluir a aquellos que en el reclutamiento eran > 74 años, tenían algún evento prevalente, calcificación arterial o algún evento incidente pendiente de revisar. 58% mujeres. En el reclutamiento: edad media 62 años, AP 4,7%, REGICOR moderado 43%, alto 10%. La incidencia de EC fue de 5,4 por 1.000 pacientes-año (intervalo de confianza al 95% (IC95%) 4,2-6,9). En un análisis conjunto REGICOR y AP se relacionaron positivamente y de forma independiente con la incidencia de EC: AP aumentó el riesgo (hazard ratio (HR) = 3,2 (IC95% 1,7-6,0)) y, respecto REGICOR bajo, REGICOR moderado (HR = 3,3 (IC95% 1,7-6,3)) y REGICOR alto (HR = 5,8 (IC95% 2,8-12,3)) también lo aumentaron. La interacción entre AP y REGICOR no fue estadísticamente significativa ($p = 0,98$). Un 28% de los pacientes con AP eran sintomáticos. En estos, el efecto de AP ajustando por REGICOR fue de HR = 2,1 (IC95% 0,5-8,6), mientras que en los asintomáticos el efecto fue mayor, con HR = 3,3 (IC95% 1,6-6,7).

Conclusiones/Recomendaciones: La determinación del índice tobillo-brazo puede mejorar la cuantificación del riesgo de sufrir un evento coronario, complementando el papel de las tablas de riesgo clásicas como REGICOR.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) del Instituto de Salud Carlos III (PI11/00765).

646. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO DE DETERIORO COGNITIVO EN POBLACIÓN MEDITERRÁNEA

C. Razquin, S. Cervantes, M.A. Martínez-González, C. Galbete, Z. Vázquez, F. Guillén-Grima, E. Toledo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra; IdiSNa; CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición, ISCIII; Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario de Navarra; Departamento de Epidemiología Molecular, Instituto Alemán de Nutrición Humana Potsdam-Rehbrücke.

Antecedentes/Objetivos: La hipertensión arterial (HTA) se ha identificado como uno de los factores de riesgo de demencia. Nuevas estrategias de prevención primaria de la demencia -como una mayor adhesión a la dieta mediterránea (DietMed)- que retrasasen en unos pocos años su edad de inicio y progresión supondrían una reducción de millones de casos en el mundo. Se desconoce si la DietMed podría contrarrestar el riesgo de demencia asociado a la HTA. El objetivo fue valorar el efecto modulador de la DietMed en la asociación entre HTA y deterioro cognitivo a lo largo del tiempo.

Métodos: Cohorte prospectiva de 744 graduados universitarios mayores de 55 años del Proyecto SUN. La información sobre factores de riesgo cardiovascular y de estilo de vida y alimentación se recogió mediante un cuestionario basal validado. La función cognitiva se valoró mediante mediciones repetidas del "Telephone Interview of Cognitive Status-modified" (TICS) con 6 años de diferencia (máxima puntuación posible = 54). Se usaron modelos de regresión lineal con el residual del TICS del año 6 sobre el TICS inicial como variable de-

pendiente y HTA como variable independiente. Se aplicaron distintos modelos multivariables para controlar posible confusión por puntuación basal y otros factores. Los análisis se estratificaron por adhesión basal a DietMed.

Resultados: La HTA prevalente se asoció con una peor puntuación en el TICS tras 6 años de seguimiento ($\beta = -0,41$ IC95% = -0,79 a -0,03; $p = 0,04$) en el análisis ajustado por edad, sexo, puntuación basal TICS, genotipo de APOE, enfermedad cardiovascular prevalente, índice de masa corporal, diabetes, tabaco, nivel de estudios, actividad física, adherencia a DietMed y tiempo de seguimiento en la cohorte. El análisis estratificado por baja/alta adhesión a DietMed mostró que el efecto de la HTA sobre la función cognitiva era significativo sólo en los participantes con baja adhesión a este patrón alimentario ($\beta = -0,59$; IC95% = -1,10 a -0,09; $p = 0,02$) y no en aquellos participantes con una alta adhesión ($\beta = -0,25$; IC95% = -0,85 a 0,35, $p = 0,42$). El análisis de la interacción entre la HTA y la adhesión a DietMed mostró un resultado estadísticamente no significativo. El efecto protector de la DietMed sobre el deterioro cognitivo ya fue descrito en este estudio tras dos años de seguimiento.

Conclusiones/Recomendaciones: La HTA se asoció con un mayor riesgo de sufrir deterioro cognitivo en la cohorte de graduados SUN. Una mayor adhesión a la DietMed podría contrarrestar el efecto perjudicial de la HTA.

Financiación: ISCIII PI14/01764.

659. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ANCIANOS

L. Muñoz, V. Torres

Secretaría de Salud del Estado de México; Cevece.

Antecedentes/Objetivos: La hipertensión arterial, la diabetes, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad son los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en México. El objetivo es conocer la prevalencia de los principales factores de riesgo para el desarrollo de éstas enfermedades en ancianos y con ello establecer políticas y estrategias de prevención o modificación de dichos factores.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal; en adultos mayores de 60 y más años de edad. La información deriva del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), encuesta de auto-referencia validada por la Organización Panamericana de la Salud, dirigida a adultos mayores de la zona urbana del municipio de Toluca, que incluye 245 Áreas Geográficas Básicas (AGEB), de las que se seleccionaron 87 que cumplieran con el criterio de contener al menos 200 adultos mayores, en estas AGEB mediante el método estadístico de conglomerados, y en función al número de ancianos de cada uno de ellas, se multiplicó por un valor constante para obtener con ello la cifra de 1,572 personas a encuestar, mismas que se seleccionaron aleatoriamente. Además de las variables mencionadas se incluyó género y los resultados se presentaron en frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Se observó una edad promedio de $71,4 \pm 8,1$ años, con un porcentaje de hombres y mujeres de 41% y 59% respectivamente. Según auto-referencia, el 45,3% de los encuestados padece hipertensión arterial, con predominio del sexo femenino en un 69%, el 28,6% tiene diabetes, también con un predominio femenino de un 62,7%; el 21,1% de los ancianos fuma o ha fumado, el 19,9% consume alcohol habitualmente, el 75,6% es sedentario, también con un predominio femenino con un 63,6% y el 68,5% tienen un IMC superior a 25, con un predominio de las mujeres de un 61,7%. Relacionando los distintos factores de riesgo, se observa que los encuestados con obesidad presentan porcentajes mayores de hipertensión, aquellos con diabetes, presentan un porcentaje mayor de hipertensión y sedentarismo. El sedentarismo es mayor en hipertensos y en obesos. Existe una rela-

ción directamente proporcional entre tabaquismo y alcoholismo, asimismo entre hipertensión y diabetes.

Conclusiones/Recomendaciones: En México la presencia de estilos de vida poco saludables entre los ancianos es común, la mayoría permanecen la mayor parte del tiempo en su hogar sin relacionarse, envueltos en depresión, soledad y agobio de problemas, que les orillan a seguir dietas inadecuadas, a fumar, beber o tener poca actividad física, la alta frecuencia de éstos factores de riesgo es un signo de alarma para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares. Considerar a la perspectiva de género es indispensable al implementar intervenciones dirigidas a ésta población para prevenir o reducir la presencia de los factores citados.

329. CONTROL GLUCÉMICO DE LA DIABETES MELLITUS EN ASTURIAS, 2015

M. Margolles Martins, P. Margolles García, R. Saiz Fernández, I. Donate Suárez, E. García Fernández

Consejería de Sanidad; Universidad del País Vasco; SESPA.

Antecedentes/Objetivos: Dentro de los objetivos de las Estrategia de Salud del SNS en diabetes mellitus (DM), cronicidad, cardiopatía isquémica e ictus está la necesidad de profundizar en el conocimiento de los niveles de DM y de su adecuado control glucémico con el objeto de poder aplicar medidas de promoción y prevención de la salud y factores de riesgo y la asistencia integral así como de evitar las complicaciones micro y macrovasculares derivadas de la enfermedad. Nuestro objetivo es aumentar la información sobre los niveles de seguimiento adecuado de la DM.

Métodos: Estudio poblacional transversal, descriptivo, de la situación de los niveles de adecuado seguimiento de la DM en una CA. Se ha extraído y recogido de la base de datos de AP de toda Asturias la presencia de diagnóstico de DM así como de la última medición de hemoglobina glicosilada (HbA1c), en los sistemas de registro de Atención primaria y especializada de Asturias en 2015. Se han recogido datos personales, y otros factores. Se categorizan los casos en los niveles de < 7% y < 8%. El análisis de la información se realizó con STATA v12. Se analizan a nivel geográfico con mapas realizados con Geodata por ZBS, concejo y Área Sanitaria. Se realizan tablas por grupo etario y sexo.

Resultados: Se obtuvieron últimas mediciones de HbA1c en 159.213 personas de una población de 1.065.000h. De ellas, 93.777 en personas no diabéticas y 65.436 en DM (89,7% del total de personas con DM). Los valores promedio de HbA1c fueron de 5,25 en no diabéticos y de 7,00 en DM. En hombres, estos valores promedio en no diabéticos es de 5,52 en H y en DM de 6,97. En mujeres, en no diabéticas es de 5,52 en H y en DM de 7,01. Los valores promedio en DM de HbA1c más elevados suceden en menores de 30 años (8,1% derivados de una DMT1). A partir de esa edad se estabilizan alrededor de 7% con la mayor frecuencia de DMT2. Usando como criterios de adecuado control el 7% un 59,9% con DM tendrían adecuado control. Por grupos etarios, a mayor edad mejor proporción de buen control glucémico (19% en menores de 14 años, 62% en > 65 años). Las personas con HTA tienen unos niveles de control glucémico mejores. Lo mismo sucede con la presencia de dislipemia debido al mejor control en edades altamente prevalentes. Usando el 8% como cut-off el 81,5% tendrían buen control. Un 81,5% en H y en mujeres. Por grupos etarios, a mayor edad mejor proporción de buen control glucémico. Las personas con HTA tienen unos niveles de control glucémico mejores (82,6% vs 79,7%). Lo mismo sucede con la presencia de dislipemia debido al mejor control en edades altamente prevalentes. Se realiza un cuadro con percentiles de los de HbA1c por sexo, grupo etario.

Conclusiones/Recomendaciones: Gracias a este estudio se ha logrado profundizar en el conocimiento del control glucémico a través de la HbA1c y DM en Asturias.

283. RELACIÓN ENTRE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y LA GLUCOSA PLASMÁTICA CON LA RIGIDEZ ARTERIAL MEDIANTE PROPENSITY SCORE

I. Caverro Redondo, C. Álvarez Bueno, D.P. Pozuelo Carrascosa, M. Garrido Miguel, J. Muñoz Pinilla, L. Muñoz de Morales Romero, J. Miota Ibarra, P. Moreno Escobar, M. Herrera Santos

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

Antecedentes/Objetivos: La rigidez arterial se asocia con la morbilidad y mortalidad en pacientes con diabetes. La evidencia epidemiológica sugiere que un empeoramiento de la rigidez arterial se asocia con niveles altos de hemoglobina glicosilada (HbA1c) y glucosa plasmática. El objetivo de este estudio fue examinar las diferencias en rigidez arterial con los niveles de HbA1c y glucosa plasmática.

Métodos: Se realizó un estudio transversal de 1.553 adultos sanos, con un rango de edad de 20 a 80 años, pertenecientes a una cohorte prospectiva y multicéntrica del estudio EVIDENT. Los valores de HbA1c y glucosa plasmática se obtuvieron a través de la recogida de muestras de sangre mediante procedimientos estandarizados. La HbA1c y la glucosa plasmática fueron categorizados de acuerdo a los valores de referencia para el diagnóstico de la diabetes según la Organización Mundial de la Salud (HbA1c = 6,5% y glucosa plasmática = 126 mg/dl). Los parámetros de rigidez arterial estimados fueron: velocidad de la onda de pulso, índice de aumento central, índice de aumento radial y presión de pulso central. Se realizó un propensity score para homogeneizar los sujetos entre HbA1c < 6,5% y HbA1c = 6,5%, y en aquellos con glucosa plasmática < 126 mg/dl y = 126 mg/dl. La t-Student se utilizó para estimar las diferencias de los parámetros de rigidez arterial entre los grupos de HbA1c y glucosa plasmática, antes y después del propensity score.

Resultados: Finalmente 1.436 participantes fueron incluidos en el análisis. De la muestra disponible, 105 sujetos (7,3%) tenían niveles de HbA1c = 6,5% y 89 (6,2%) tuvieron niveles de glucosa plasmática en ayunas = 126 mg/dl. Antes del propensity score, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la velocidad de la onda de pulso (HbA1c $p < 0,001$ y glucosa plasmática $p < 0,05$) y la presión de pulso central ($p < 0,001$, para ambos tests). Después del propensity score, únicamente se mostraron diferencias significativas en la velocidad de la onda de pulso entre los niveles de HbA1c ($p < 0,05$).

Conclusiones/Recomendaciones: Los sujetos con niveles de HbA1c = 6,5% presentan mayor rigidez arterial que aquellos con HbA1c < 6,5%, no ocurre lo mismo cuando realizamos la comparación considerando los niveles de glucosa plasmática. Estos hallazgos son importantes, ya que determinan que el uso de la HbA1c para el diagnóstico de la diabetes puede ayudar a prevenir el desarrollo de complicaciones vasculares y por lo tanto, reducir los costes que éstas complicaciones producen.

289. MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS ASOCIADA A LA DIABETES: ANÁLISIS DE RIESGOS COMPETITIVOS

M. Grau, J.M. Baena-Díez, I. Subirana, R. Ramos, R. Elosua, A. Marín-Ibáñez, M.J. Guembe, F. Rigo, M.J. Tormo-Díaz

Grupo REGICOR-Epidemiología y Genética Cardiovascular, IMIM-Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques; CAP La Marina, Barcelona; IDIAP Jordi Gol; CS San José Norte, Zaragoza; Grupo de Riesgo Vascular de Navarra, Gobierno de Navarra; Grupo Cardiovascular de las Islas Baleares; Departamento de Salud, Gobierno de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes causa una reducción de la esperanza de vida. Este estudio analiza la asociación entre la diabetes y la mortalidad por causa específica.

Métodos: Análisis conjunto con datos individuales de 11 cohortes poblacionales españolas con seguimiento a 10 años. Los participantes, de 35-79 años, no tenían antecedentes de enfermedad cardiovascular. La prevalencia de diabetes fue auto-informada o asignada cuando los participantes presentaban glicemia en ayunas > 125 mg/dl en el reclutamiento. El estado vital y las causas de muerte se registraron mediante la revisión de historias clínicas y el registro oficial de mortalidad. Los hazard ratio y la mortalidad por causa se estimaron usando la subdistribución de riesgos proporcionales (PSH), que considera los riesgos competitivos, y el riesgo por causa específica (CSH), que no lo hace. Se ajustaron modelos multivariados para tres grandes causas de mortalidad: cardiovascular, cáncer y otros. Se dibujaron las funciones de mortalidad acumulada por ambos métodos y estratificadas por sexo para los tres grupos de causas.

Resultados: Se incluyeron 55.292 individuos (15,6% diabéticos con una mortalidad de 9,1%). La diabetes incrementó el riesgo de muerte: (1) de causa cardiovascular, CSH = 2,03 (95% intervalo de confianza = 1,63-2,52) y PSH = 1,99 (1,60-2,49) en hombres; CSH = 2,28 (1,75-2,97) y PSH = 2,23 (1,70-2,91) en mujeres; (2) por cáncer, CSH = 1,37 (1,13-1,67) y PSH = 1,35 (1,10-1,65) en hombres; CSH = 1,68 (1,29-2,20) y PSH = 1,66 (1,25-2,19) en mujeres; y (3) otros, CSH = 1,53 (1,23-1,91) y PSH = 1,50 (1,20-1,89) en hombres; CSH = 1,89 (1,43-2,48) y PSH = 1,84 (1,39-2,45) en mujeres. En todos los casos, la función de mortalidad acumulada era significativamente mayor en individuos con diabetes.

Conclusiones/Recomendaciones: La diabetes se asoció a muerte prematura de enfermedad cardiovascular, cáncer y otras causas. El análisis mediante los métodos CSH y PSH permite tener una visión integral del comportamiento de la mortalidad en población diabética.

Financiación: Consultar en: http://www.regicor.org/fresco_inv/

CP27. Salud mental

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 9:30 a 11:30 h

Pantalla 3

Moderadora: María Ruiz Tovar

162. COMUNICACIÓN Y MEJORA DE COMPETENCIAS EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

O. Borrego Hernando, Z. Aguado Rubio, I. Cestona Campos

Servicio de Prevención y Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid, Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: "El déficit en habilidades sociales es una característica definitoria de la discapacidad psíquica" según Gutiérrez Bermejo y la mayoría de los autores. Las personas con trastornos mentales presentan grandes déficits en lo que se refiere a la interacción social, llegando en muchos casos al aislamiento total en épocas de mayor actividad psicopatológica. Se consideró que un entrenamiento en las habilidades de comunicación y asertividad puede mejorar la ejecución de comportamientos sociales más adaptados y reducir la ansiedad social mejorando, así, las respuestas de interacción en la vida cotidiana y un mayor empoderamiento y autonomía. Objetivo general: favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad con la mayor autonomía posible.

Métodos: Lo imparten un grupo de profesionales (enfermeras, psicólogos y psiquiatras) de Madrid Salud. En formato grupal. En la sede de la Organización o en nuestro Centro de Salud. Durante 8-10 sesiones

de hora y media de duración con frecuencia habitualmente semanal, a lo largo de un trimestre. En general, se incrementa el tiempo entre las últimas sesiones, aunque el nº y la frecuencia de las sesiones varía en función del grupo. Se facilitan estrategias para: Favorecer y potenciar el comportamiento asertivo. Identificar, interpretar y utilizar los componentes verbales y no verbales de la comunicación. Iniciar, mantener y terminar conversaciones. Expresar opiniones. Hacer cumplidos. Hacer y rechazar opiniones. Recibir halagos. Conocer cuáles son nuestros derechos personales y defenderlos. Algunos aspectos importantes de la intervención: 1. Trabajar con los usuarios: escaso contacto ocular. Gestos inadecuados. Tiempo de respuestas o sincronía deficiente. Falta de coordinación entre la conducta verbal y no verbal. Incapacidad para percibir correctamente situaciones sociales. Dificultades para iniciar, mantener... conversaciones. Dificultad para reconocer emociones de los demás.

Resultados: Se han realizado hasta la fecha; con el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Vázquez de Mella: 1 taller para padres nº de asistentes 16. la mayoría parejas de padres, un taller para usuarios: número de asistentes 15. Edad entre 18 y 60 años. Todos varones salvo una mujer, y un taller de Gestión del estrés y de la ansiedad. para padres. Con el CRPS Martínez Campos: un taller para padres en el día de hoy en curso. Otro programado para usuarios. La evaluación consistió en observación directa. Estamos diseñando un instrumento de evaluación, al no haber encontrado hasta ahora ninguno que nos gustara.

Conclusiones/Recomendaciones: Este tipo de intervención pretende recobrar el pleno desenvolvimiento social e instrumental de la persona en la mayor medida posible mediante un proceso de aprendizaje y apoyo en el medio social.

340. IMPACTO DEL PROGRAMA ARSUIIC EN LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, MADRID

G. Martínez-Ales, E. Jiménez Sola, E. Román Mazuecos, P. Sánchez Castro, B. Rodríguez Vega, M.F. Bravo Ortiz

Hospital Universitario La Paz.

Antecedentes/Objetivos: El suicidio y las conductas relacionadas suponen el 2,5% de las pérdidas económicas debidas a enfermedad. El suicidio consumado supone la segunda causa de muerte más frecuente entre los 15-29 años. En Europa, es la 10ª causa de muerte y en España produce 9 muertes al día. Así, la conducta suicida es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid establece la prevención de la conducta suicida como una prioridad, para lo cual desarrolló el Programa de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIIC) cuyo objetivo fundamental es ofrecer una atención especializada y prioritaria a pacientes que han cometido un intento de suicidio con el fin de disminuir el riesgo de reincidencia, ofreciendo una cita preferente en consulta ambulatoria en menos de 7 días tras el alta hospitalaria por un intento de suicidio. El Hospital Universitario La Paz ha implantado esta medida de prevención de forma progresiva desde el último trimestre de 2012. Los objetivos de esta comunicación son: 1) Comparar la proporción de intentos de suicidio que se deben a reintentos de suicidio entre 2012-2015. 2) Comparar las tasas de intentos de suicidio por paciente-año entre 2012-2015.

Métodos: Estudio de intervención comunitaria. Se analizan datos recogidos de pacientes atendidos en el Hospital La Paz por intento de suicidio (en Urgencias, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve u otras Unidades de Hospitalización) desde 2012 hasta 2015. Se empleó el test de χ^2 en la comparación de los porcentajes de reintento de suicidio por año. Se compararon las tasas de intento de suicidio anuales a través de las diferencias entre sus logaritmos mediante un procedimiento GENMOD, ajustando la significación según el método Bonferroni para comparaciones múltiples.

Resultados: Se analizaron 866 intentos de suicidio (IS) (21,5% reintentos) distribuidos por años de la siguiente forma: 199 IS (26,6% reintentos) en 2012; 242 IS (25,2% reintentos) en 2013; 265 IS (18,4% reintentos) en 2014 y 180 IS (12,8% reintentos) en 2015. El descenso de porcentaje de reintentos es significativo ($p = 0,002$). La evolución de la tasa de incidencia de IS por paciente-año es: en 2012 es 1,199 [1,062-1,353]; en 2013 es 1,152 [1,024-1,297]; en 2014 es 1,109 [0,987-1,246] y en 2015 es 1,078 [1,024-1,134]. Las diferencias entre los logaritmos de las tasas de 2012 y 2015 son significativas (p ajustada = 0,02).

Conclusiones/Recomendaciones: Se observa que existe una disminución progresiva y significativa tanto del porcentaje de reintentos de suicidio como de la tasa de intentos de suicidio por paciente-año desde el inicio de la implantación del programa ARSUIC. Será necesario estudiar la evolución del impacto en años posteriores para confirmar la efectividad del mismo.

560. SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL: EL CONSENSO ENTRE CLÍNICOS, GESTORES Y EPIDEMIÓLOGOS ES POSIBLE

I. Noguer Zambrano, J. Saiz Ruiz, M. Roca Bannasar, J. de Pedro Cuesta, et al

Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; Hospital Ramón y Cajal; Universidad de les Illes Balears (UIB).

Antecedentes/Objetivos: La Estrategia de Salud Mental de la OMS y la necesidad de dimensionar el problema de la salud mental (SM) en España, justificaron un encuentro monográfico entre gestores sanitarios, psiquiatras y epidemiólogos, co-organizado por el Centro Nacional de Epidemiología y sociedades científicas de psiquiatría en mayo de 2015. Los objetivos se centraron en un ejercicio de reflexión estratégica sobre los sistemas de información (SI) sanitaria y sus aplicaciones para la toma de decisiones en el ámbito de la SM. Acudieron más de 50 expertos-senior.

Métodos: La experiencia fue innovadora y sin precedentes en el ámbito de la articulación entre la salud pública y la salud mental. A pesar de partir de ópticas distintas, los participantes lograron dialogar y llegar a consensos. El debate se concentró en: 1) Los SI disponibles y la confrontación entre escalas de bienestar autopercebido, encuestas poblacionales y las fuentes basadas en el diagnóstico de patologías o muertes. 2) La singularidad del ámbito de la SM en la efectividad de las intervenciones clásicas de prevención. 3) La medida de la interacción entre determinantes sociales y entorno socio-familiar, dispositivo socio-sanitario y evolución/consecuencias de la enfermedad mental y 4) la adaptación del dispositivo asistencial a las nuevas necesidades en SM y atención individualizada, medido en indicadores de utilización de recursos.

Resultados: Existe una sobremortalidad y una discapacidad importante asociada a la enfermedad mental. La prevención primaria puede ser eficaz en los procesos de daño cerebral traumático, depresión secundaria a diversos factores o enfermedades y conductas adictivas en jóvenes, sin embargo la prevención secundaria es la medida más efectiva en la mayor parte de trastornos (diagnóstico precoz, referencia, manejo y seguimiento). La demanda de prevención terciaria es grande en la discapacidad grave y dependencia no atendida que abarca factores biológicos, psicológicos y sociales. El enfoque de vigilancia se aproxima a la de las crónicas, pero es necesario priorizar patologías (depresión, suicidio, adicciones y patologías del espectro autista en pacientes crónicos complejos). Los sistemas de información fracasan al integrar lo socio-sanitario y epidemiológico, siendo múltiples las experiencias, pero escasamente informativas o compatibles a nivel territorial. La SM requiere abordaje multisectorial.

Conclusiones/Recomendaciones: Priorizar la Vigilancia del Trastorno mental grave, suicidios y tentativas, trastornos de personalidad

y conducta alimentaria en jóvenes. Promover una red clínica centinela de SM. Realizar estudios de prevalencias sobre muestras en Centros de SM.

381. RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS DEL COSTE SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

V.A. Vella, A. García-Altés, L. Segura García, N. Ibáñez Martínez, J. Colom Farran

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); Agència de Salut Pública de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Los primeros estudios de estimación de los costes sociales del consumo de drogas ilegales se publicaron en los años 80. No obstante, a día de hoy, todavía no hay acuerdo sobre la metodología más apropiada. En el marco de un proyecto financiado por DG Justice, hemos llevado a cabo una revisión de la literatura sobre estimación del coste social del consumo de drogas ilegales con el objeto de establecer las mejores prácticas en este ámbito.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en noviembre de 2015 en Pubmed, Scopus y, de forma limitada, Google Académico.

Resultados: De los 152 documentos identificados, 18 cumplieron los criterios de selección establecidos. Son 3 las áreas clave en relación a la construcción de un modelo para evaluar los costes sociales del consumo de drogas ilegales: los conceptos fundacionales que constituyen el marco teórico, la aplicación del marco y la definición de los componentes de la matriz de costes. Se recomienda el uso de un marco que incluya costes indirectos y directos siguiendo a Single et al. (2003) y Kopp y Fenoglio (2002).

Conclusiones/Recomendaciones: Aunque la de los costos sociales es una metodología bien establecida en la literatura de evaluaciones económicas en salud, la presente revisión destaca la falta de acuerdo en diferentes aspectos relacionados con la estimación del coste social de las drogas ilegales. Así, se han diseñado dos enfoques analíticos que se proponen como guías para futuras investigaciones en este ámbito.

803. PERFIL DE USUÁRIO E DE CONSUMO DE ÁLCOOL DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL

S.P. Pinto Barbosa, C.A. Alvares, M.L. Villar Luis

University of São Paulo at College of Nursing of Ribeirão Preto.

Antecedentes/Objetivos: O objetivo deste estudo foi descrever os resultados do consumo de álcool de participantes inscritos em um estudo clínico desenvolvido na Atenção Primária à Saúde.

Métodos: Para esse estudo foram usados recortes de um estudo clínico realizado no Brasil com 22 participantes da Atenção Primária em Saúde, onde 11 participantes eram do Grupo Intervenção (GI) e 11 Grupo Controle (GC). Os dados foram retirados de quatro consultas semanais e mapa de consumo de álcool para dois grupos de participantes. Participantes do grupo intervenção tiveram quatro sessões de intervenção breve e os do grupo controle, receberam apenas folheto informativo sobre os riscos de consumir álcool de forma abusiva.

Resultados: Ao que se refere aos participantes, a média de idade foi de 48,3 anos (desvio padrão de 15,7; mínima 21 anos e máxima de 72 anos). A idade média do GI foi de 49,5 anos e do GC 47 anos. No GI oito eram homens e 3 mulheres. No GC sete homens e quatro mulheres. Quanto aos anos de estudo, optou-se pela descrição de quantos

anos o participante esteve matriculado em escola formal, sendo que na amostra a média foi de 7,9 anos (desvio padrão de 3,05; mínima de 2 e máximo de 13 anos de estudo). Quanto ao consumo de álcool, a média de consumo de doses mensais de álcool no grupo intervenção foi de 122,6 enquanto que no grupo controle foi de 191,4 doses. Sobre o consumo semanal, observou-se que predominou no GC o consumo de 10 a 22 doses, com 9 participantes, enquanto que no GI cinco participantes se enquadraram nesse padrão. No intervalo entre 32 e 93 doses, sobressai o GI (cinco participantes). Verifica-se por tanto que o GI apresenta usuários num consumo semelhante ao GC e outros num mesmo número, com um consumo mais elevado. Destaca-se os dois participantes, um do GI cujo o consumo é baixo, quando comparado aos demais, e outro do GC bem acima dos demais participantes. A bebida alcoólica mais consumida foi cerveja, tanto no GI quanto no GC, sendo que neste estão presentes três clientes usuários de pinga, um deles com o consumo também de cerveja. Enquanto no GI há dois sujeitos que consomem pinga, um desses consumindo cerveja também.

Conclusiones/Recomendaciones: Conhecer o perfil do usuário permite direcionar as ações da Atenção Primária de conscientização de consumo de álcool. Conhecer a bebida mais consumida e o número de doses pode facilitar o planejamento de intervenções para redução do consumo e dos danos do consumo.

Financiación: FAPESP 2013/16080-3.

226. BAREMOS POBLACIONALES DEL INVENTARIO DE SÍNTOMAS PREFRONTALES

G. Rojo Mota, E.J. Pedrero Pérez, J.M. Ruiz Sánchez de León, M. Llanero Luque, C. Puerta García

Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: La detección de déficits cognitivos en actividades de la vida diaria es un tema de creciente interés en la investigación neuropsicológica y ocupacional. Estos déficits están vinculados a toma de decisiones disfuncionales, accidentes domésticos y de tráfico, problemas psicopatológicos, conductas adictivas, inicio de procesos degenerativos, etc. Su detección mediante pruebas de ejecución es difícil y costosa, por ello se han desarrollado pruebas de autoinforme para su detección, a partir de fallos en actividades cotidianas. El Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP-20) ha probado su fiabilidad y validez en muestras de población general, de personas con adicciones en tratamiento, de personas con daño cerebral adquirido, así como su validez concurrente con pruebas de evaluación neuropsicológica clásica. Este trabajo propone baremos poblacionales para la interpretación de los resultados.

Métodos: Mediante diversos métodos se obtuvo una muestra de 1.943 sujetos de población general que cumplimentaron el ISP. Esta prueba mide síntomas de mal funcionamiento que pueden estar relacionados con problemas prefrontales, y tiene 3 subescalas: Problemas con el Control Ejecutivo, con el Control de las Emociones y con el Control de la Conducta Social. Se recogieron también las variables sexo, edad y nivel académico alcanzado. Se realizó un análisis multivariante para el control de covariables y se utilizó la eta al cuadrado para la estimación del tamaño del efecto. Se obtuvieron los baremos para los diversos subgrupos de población general.

Resultados: La puntuación media obtenida por la muestra completa fue de 16,1 (dt 10,2). No aparecieron diferencias por sexo ($F = 2,92$; $p = 0,09$), pero sí apareció significación en la correlación de las puntuaciones con la edad ($r = -0,07$; $p < 0,01$) y con el nivel académico ($r = -0,12$; $p < 0,01$). Controlando estas dos variables, sí aparecieron diferencias significativas entre sexos ($F = 14,9$; $p < 0,001$; eta cuadrado = 0,02), puntuando más los varones ($m = 16,4$; $dt = 10,2$) que las mujeres ($m = 15,6$; $dt = 10,3$). A partir de estos resultados, se proponen baremos para la interpretación de la escala y de las subescalas del ISP.

Conclusiones/Recomendaciones: Mediante un autoinforme de 20 ítems, que se corrige fácilmente y que ha acreditado su validez ecológica en estudios previos, pueden detectarse fallos cognitivos que pueden estar provocados por situaciones de estrés, o bien por problemas psicopatológicos más complejos, incluso como pródromos de procesos degenerativos en el funcionamiento cerebral. Su utilización puede ser relevante en Atención Primaria, en servicios de Salud Mental, en estudios poblacionales, y puede sugerir la conveniencia de poner en marcha programas de reducción del estrés o de rehabilitación cognitiva funcional.

CP28. Salud bucodental

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 10:30 a 11:30 h

Pantalla 3

Modera: Francisco Rivas García

117. ESTADO DE SALUD ORAL EN PACIENTES CON Y SIN ALTERACIONES EN EL ESTADO DE ÁNIMO

G. Bejarano Ávila, E. Reyes Gilabert, M.C. Sánchez García, L.G. Luque Romero, A. García Palma

UGC Salud Bucodental, Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte, Servicio Andaluz de Salud; UGC del DSSS, Distrito Sanitario Sevilla Sur, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La depresión constituye hoy en día uno de los principales problemas de salud por su alta prevalencia, incidencia y consecuencias. Entre el 8% y el 15% de las personas sufrirán depresión a lo largo de su vida. En la actualidad es una de las tres primeras causas de discapacidad en mundo, pero en 2030, según estimaciones de la Organización Mundial de Salud, se convertirá en la primera causa. La depresión afecta en España al 4-5% de la población, siendo su prevalencia mayor en mujeres. Según datos recogidos en la 'Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud', España es el país europeo con la tasa más alta de síntomas depresivos en el adulto. Los trastornos del estado de ánimo tienen efectos adversos en la salud oral per se y por la mayoría de psicofármacos empleados con efecto hiposalivante que produce alteraciones en los tejidos de la cavidad oral. Las principales patologías asociadas a hiposialia son la caries, candidiasis oral, gingivitis y periodontitis. **Objetivos:** demostrar que existe una mayor prevalencia de acúmulo de placa bacteriana en pacientes con ansiedad y/o depresión que en individuos sanos.

Métodos: Estudio de casos y controles de los pacientes con ansiedad y/o depresión diagnosticada y en tratamiento con psicofármacos y pacientes sanos captados en la consulta dental. Variables: demográficas (edad, sexo, tabaco, alcohol); clínicas (higiene oral declarada, índice de placa de Löe y Silness simplificado (IP6), índice periodontico comunitario (IPC), etc.) Análisis estadístico: descriptivo y bivariado (test de chi cuadrado o Fisher para las variables cualitativas y la t de Student o U de Mann-Whitney para las cuantitativas. Significación estadística si $p < 0,05$. Intervalos de confianza al 95%).

Resultados: 13 pacientes, 84,6% mujeres. Edad media $59,2 \pm 16$ años. Nunca fumaron el 76,9%, bebían ocasionalmente el 30,8% y el 46,2% consumía una dieta cariogénica. Un 46,2% declaraba tener mala higiene oral; sin embargo el IP6 encontrado fue moderado o abundante en el 61,5% e IPC alto superior a 3 en el 61,5%. Encontramos una correlación estadísticamente significativa y relevante entre el IP6 y el diagnóstico de ansiedad y depresión (Rho: 0,667; $p < 0,022$).

Conclusiones/Recomendaciones: Los pacientes de este estudio tienen una higiene oral escasa en general, pero el índice de placa fue significativamente más alto en los pacientes con ansiedad y/o depresión que en los sanos, posiblemente debido a los efectos adversos de los fármacos que emplean, al mayor consumo de hidratos de carbono o la disminución del sistema inmunitario.

128. PATOLOGÍA ORAL COMO ENTIDAD PARA DIAGNÓSTICO PRECOZ DE BULIMIA NERVIOSA

M.C. Sánchez García, E. Reyes Gilabert, G. Bejarano Ávila, L.G. Luque Romero

Atención Primaria, Distrito Sanitario Sevilla Sur, SAS; Odontología Atención Primaria Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte, SAS; Atención Primaria Distrito Aljarafe-Sevilla Norte, SAS.

Antecedentes/Objetivos: La bulimia nerviosa (BN) es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) más frecuente la anorexia, afecta casi siempre a mujeres, caracterizado por episodios recurrentes de ingesta compulsiva. La mayoría suelen tener un peso normal y la edad en que aparece es más avanzada que la anorexia. Al tratarse frecuentemente de un comportamiento secreto, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo. Existen dos subtipos de bulimia: purgativo y no purgativo. Nuestro objetivo es realizar una revisión bibliográfica de patologías orales que puedan orientarnos a un diagnóstico de sospecha de BN.

Métodos: Se realiza una búsqueda en la base de datos Pubmed-Medline de los artículos científicos publicados desde 2011 a 2016 sobre patologías médicas derivadas de la conducta purgativa de la bulimia, acotando aquellos en los que se derivaran patología bucal, utilizando las palabras clave: "purging", "self-induced vomiting", "oral pathologies" y "bulimia"; se excluyeron artículos cuyos factores no estaban relacionados con la bulimia, así como aquellos en los que las conductas de purgan no eran consecuencia directa de la patología médica. Se incluyeron estudios de casos y controles, de cohortes y ensayos clínicos.

Resultados: De todos los artículos encontrados se ha podido relacionar la conducta purgativa con patología bucal de forma directa. La erosión dental por el pH ácido de los vómitos es el signo más grave y común, siendo mayor la erosión en la bulimia que en la anorexia. Se ha descrito un aumento de caries dental, que se relaciona con deshidratación a nivel de la cavidad oral y cepillado tras el vómito. Aunque este punto hay controversia. También se han descrito aumento en la frecuencia de los trastornos periodontales (gingivitis el más frecuente), xerostomía, sialoadenitis y lesiones en la mucosa oral.

Conclusiones/Recomendaciones: Los TCA tienen repercusiones graves y pueden dar lugar a la muerte. Es prioritario que los profesionales sanitarios identifiquen estos trastornos de forma precoz. En muchas ocasiones serán tanto el médico de familia como el odontólogo, los que de forma casual objetiven las primeras evidencias del trastorno tras una exploración de rutina ya que las manifestaciones bucales en la mayoría de los casos aparecen de un modo precoz. Pudiendo llegar a diagnosticar de forma temprana un mayor número de casos.

626. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL DE MEDELLÍN (COLOMBIA)

A. Posada-López, A.A. Agudelo-Suárez, J.C. Maya-Ramírez, N. Sánchez-Lopera, J.E. Botero

Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad periodontal o de las encías y tejidos de soporte dentario se considera un problema de salud

pública tanto por su magnitud y severidad, como por la afectación de la calidad de vida de las personas a quienes afecta y sus condiciones sistémicas asociadas. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y sociodemográficas asociadas a la presencia de enfermedad periodontal en pacientes atendidos en una institución docente-asistencial de Medellín (Colombia).

Métodos: Estudio descriptivo con la información de las historias clínicas (HC) de pacientes atendidos en los últimos 5 años en las clínicas del adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia de la ciudad y que fueron seleccionados según criterios de inclusión (= 35 años de ambos sexos, datos completos sociodemográficos y clínicos, y número de dientes presentes = 10). Se describieron las características clínicas y sociodemográficas según la presencia o no de enfermedad periodontal y pruebas estadísticas ji cuadrado para observar la asociación entre las variables. Los resultados se presentan en forma separada para hombres (H) y mujeres (M).

Resultados: La muestra del estudio fue de 467 HC (355 mujeres, 76%). El 96% de los hombres y el 91% de las mujeres presentaron algún tipo de enfermedad periodontal (leve, moderada o grave). En cuanto a las características sociodemográficas, esta enfermedad se presentó con mayor frecuencia en el grupo de edad de 45-54 años (H: 98%; M: 93%), en estratos socioeconómicos bajos para el caso de los hombres (97%) y altos para mujeres (93%), en personas sin estudios (H: 99,9%; M: 94%), y sin afiliación a salud (H: 95%; M: 94%). También se presentó enfermedad periodontal en el 91% de los hombres y el 90% de las mujeres que reportaron hábito de fumar y en el 86% de los hombres y el 88% de las mujeres que refirieron consumo de alcohol. En cuanto a condiciones clínicas y sistémicas relacionadas, se reportaron las siguientes frecuencias en las siguientes características: enfermedades sistema hemolinfático (H: 100%; M: 77%), diabetes (H: 100%; M: 100%); artritis (M:100%), enfermedades respiratorias (H: 100%; M: 92%), tratamiento con medicación (H: 91%; M: 94%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables analizadas.

Conclusiones/Recomendaciones: Se encontraron características sociodemográficas y clínicas relacionadas con la enfermedad periodontal que requieren mayor análisis. Es importante fortalecer estrategias de prevención de la enfermedad que conlleven al mejoramiento de las condiciones de salud bucal de la población.

805. ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN GESTANTES E INDICADORES DE MORBILIDAD NEONATAL: UNA UMBRELLA REVIEW

A.A. Agudelo-Suárez, A.M. Vivares-Builes, L.J. Rangel-Rincón, J.E. Botero

Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad periodontal y los indicadores de morbilidad neonatal se consideran problemas de salud pública; porque evidencian situaciones de desigualdad social y por sus implicaciones en problemas de salud en la edad adulta. Los objetivos de esta revisión fueron: 1) sintetizar la evidencia científica disponible sobre la asociación entre la presencia de enfermedad periodontal en gestantes e indicadores de morbilidad neonatal; 2) identificar los vacíos de conocimiento en esta asociación.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática tipo "Umbrella Review" enfocada a revisiones sistemáticas y/o metaanálisis que abordan el estudio de la asociación entre la presencia de enfermedad periodontal en gestantes e indicadores de morbilidad neonatal (parto pretérmino: nacimientos ocurridos antes de la semana 37; bajo peso al nacer: niños nacidos a término con un peso < 2.500 g; preeclampsia: signos de hipertensión y proteinuria). No se consideró espacio temporal en la búsqueda de artículos potencialmente elegibles. La

calidad de las revisiones sistemáticas fue evaluada mediante una guía establecida por expertos. Se describieron las características principales de las revisiones (autor, año, número de estudios incluidos en la revisión, tipo de revisión, tipo de indicador analizado, clasificación de la enfermedad periodontal, principales resultados, y vacíos de conocimiento encontrados).

Resultados: La búsqueda arrojó 840 artículos potencialmente elegibles, de los cuales 14 cumplieron con los criterios previamente establecidos tanto con la calidad metodológica como con la temática abordada. Estas revisiones abarcan 89 estudios de los cuales el 67,4% son casos y controles ($n = 51$), un 22,5% son cohortes ($n = 20$) y el resto son estudios transversales ($n = 1$) y ensayos clínicos ($n = 5$), no se especifica el diseño ($n = 6$). Existe asociación estadísticamente significativa entre la enfermedad periodontal sufrida por las gestantes y los indicadores de morbilidad neonatal con diferencias en la magnitud de acuerdo a los tipos de estudios considerados en cada revisión sistemática/metaanálisis y el tipo de indicador analizado. Se identificaron vacíos metodológicos y conceptuales relacionados con la clasificación de la enfermedad periodontal, el trimestre donde se deben realizar la evaluación clínica, y el análisis de factores contextuales y sociales que son estructurales y que modifican esta relación en grupos poblacionales específicos.

Conclusiones/Recomendaciones: Si bien existe asociación entre la presencia de enfermedad periodontal y la mayor frecuencia de parto pretérmino, bajo peso al nacer y preeclampsia, se evidencian limitaciones que deben ser tenidas en cuenta para abordar integralmente esta relación a través del estudio de determinantes contextuales que son mediadores en esta asociación.

129. TRABAJO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: VISIÓN MULTIDISCIPLINAR DE ODONTÓLOGO Y MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA OBESIDAD Y SALUD ORAL

G. Bejarano Ávila, M.C. Sánchez García, E. Reyes Gilabert, A. García Palma

Odontología Atención Primaria, Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte, SAS; Atención Primaria, Distrito Sanitario Sevilla Sur, SAS.

Antecedentes/Objetivos: La proporción de adultos con un índice de masa corporal de 25 o más ha incrementado entre 1980 a 2013 cerca del 29 al 37% en hombres y del 30 al 38% en mujeres según resultados de Global Burden of Disease Study (GBDS). La obesidad se considera un problema de Salud Pública en los países desarrollados y tiene una asociación inversa con el nivel socioeconómico. La Organización Mundial de la Salud y GBDS han documentado que el incremento de la obesidad tiene un importante impacto en los problemas de salud y en la reducción de calidad de vida contribuyendo al incremento de la morbi-mortalidad. Más de la mitad de la población mundial tienen problemas periodontales y están relacionados con la edad, y con enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus u obesidad, y con otros factores en relación al estado de salud oral (bajo nivel socioeconómico, ansiedad, menor atención odontológica y baja calidad de vida oral). El objetivo de este estudio es ilustrar mediante un caso clínico el manejo clínico médico y odontológico de la obesidad y la relación con el estado de salud oral.

Métodos: Caso clínico. Mujer (57 años) que acude a odontología derivada por su médico. Desde hace diez años no visita al dentista por haber sufrido un ingreso largo hospitalario debido a una mala praxis dental en contexto de cuadro ansioso-depresivo. Hipertensa, dislipémica y fumadora de un paquete diario. Tratamiento: benzodiacepinas, hipnótico, antihipertensivos y diurético. En seguimiento por servicios sociales por riesgo de exclusión social. Exploración intraoral: numerosas ausencias dentales, abundante sarro, raíces dentales; pérdidas de inserción de 4 milímetros generalizadas. Test

de calidad de vida oral (GOHAI). Exploración médica: índice de masa corporal 35, índice de cintura cadera 1,8. Analítica: glucosa 145.

Resultados: Juicio odontológico: Enfermedad periodontal crónica moderada y muy baja calidad de vida oral (GOHAI = 33). Juicio médico: Síndrome metabólico. Ansiedad. Plan de tratamiento odontológico: raspados radiculares de los dientes y prótesis removibles. Plan de actuación conjunta: control de los factores de riesgo cardiovascular, psicoterapia, consejo dietético y prescripción de ejercicio. Evolución: evolucionó favorablemente.

Conclusiones/Recomendaciones: Debido a la alta prevalencia de la obesidad y al impacto en la calidad de vida y gasto sanitario, se plantea la necesidad del trabajo multidisciplinar y consensuado entre distintos niveles asistenciales, que permitan optimizar el tratamiento y prevención.

121. FLUOROSIS DENTAL EN DENTICIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Reyes Gilabert, G. Bejarano Ávila, M.C. Sánchez García, L.G. Luque Romero, A. García Palma

UGC Salud Bucodental, Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte, Servicio Andaluz de Salud; UGC del DSSS, Distrito Sanitario Sevilla Sur, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte por ingesta excesiva de flúor durante la odontogénesis. La prevalencia y gravedad dependen de la cantidad de fluoruro ingerido y la duración de la exposición durante la fase pre-eruptiva de la mineralización. El nivel óptimo de flúor en el agua de consumo recomendada por la ADA es 0,7-1,2 ppm. Objetivo: describir el proceso de fluorosis dental en dentición temporal.

Métodos: Caso clínico. Anamnesis: niña de 6 años marroquí en España hace un año. Hermano y padres con fluorosis en dentición permanente. Motivo consulta: manchas marrones en dientes anteriores con pérdida de sustancia. Exploración: esmalte quebradizo, manchas marrones en dentición temporal de sector anterior y molares temporales con policaries. Para medir la prevalencia y severidad de la fluorosis se utilizó el índice de Dean con resultado de "fluorosis dental grave". Tratamiento: Medidas profilácticas, consejos alimentación no cariogénica, tratamiento conservador de caries dental temporal.

Resultados: Diversos estudios han probado la eficacia del flúor en la prevención de la caries dental, el exceso de este mineral da lugar a fluorosis dental, fluorosis esquelética y fracturas óseas. La ingesta de flúor en el agua potable no es la única fuente para desarrollar fluorosis dental también está el uso de dentífricos, suplementos de flúor y la altitud (Mabely L). La exposición al flúor por cremas dentales ha sido descrita por varios estudios. Tabari y Mascarenhas reportaron que los niños que usaban cremas dentales fluoradas (> 1.200 ppm de flúor) tiene entre 1,6 y 1,83 veces mayor riesgo de fluorosis. Pendrys y Katz describen que los niños que inician su cepillado antes de los dos años tienen entre 6,3 y 11 veces mayor probabilidad de presentar fluorosis. La gravedad depende no sólo de la dosis sino también de duración y momento de la ingesta de flúor (Marinho 2008).

Conclusiones/Recomendaciones: La fluorosis es endémica en 25 países del globo, con áreas endémicas de flúor en el agua subterránea de bebida. El exceso de flúor sistémico en la fase pre-eruptiva se asocia a fluorosis dental. La edad a partir de la cual ya no existe riesgo teórico de fluorosis por exceso de flúor son 6 años de edad. *La fluorosis en diente primario puede estar relacionado con la fluorosis en la dentición permanente, por lo que su reconocimiento por el odontólogo debe aumentar la concienciación sobre aumento del riesgo en dentición permanente.

CP29. Lesiones por causas externas

Viernes, 16 de septiembre de 2016. 9:30 a 11:30 h

Pantalla 4

Modera: Maica Rodríguez-Sanz

242. ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA- BRASIL; UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

M. Rovey Souza, J.H. Oliveira

UFG/DSC; UFG/SMS-GO; Universidade Federal de Goias.

Antecedentes/Objetivos: As violências e acidentes são conhecidos como causas externas de morbimortalidade e exigem esforços do setor saúde no desenvolvimento de ações preventivas que busquem evitar sua ocorrência, bem como melhorar a atenção e a reabilitação das vítimas quando o evento ocorre. Com os dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares, Sistema sobre Informações de Mortalidade e em estudos destinados a descrever o perfil das violências e dos acidentes no Brasil, demonstrou-se a necessidade e a importância de aprofundar o conhecimento sobre o tema. O objetivo foi caracterizar as vítimas de violências e acidentes atendidas em quatro serviços de urgência e emergência do município de Goiânia em um período de trinta dias.

Métodos: Trata-se de um estudo do tipo corte transversal, o estudo foi realizado em serviços de urgência e emergência selecionados a partir da habilitação pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, codificado e pré-testado (Ficha – Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Viva Inquérito 2014). Foram entrevistados, prioritariamente, os próprios pacientes e, quando não foi possível, os acompanhantes ou responsáveis. A coleta das informações foi realizada durante um mês em 2 turnos de 12 horas nos quatro serviços concomitantemente. Para a coleta foram utilizadas a Ficha de Vigilância - Inquérito 2014. Por tratar-se de obtenção de dados referentes à população atendida em serviços de urgência e emergência, não foi exigido termo de consentimento livre esclarecido.

Resultados: Foram registradas 2.186 ocorrências relacionadas à violência no total dos quatro serviços pesquisados. Os acidentes de transporte corresponderam a 33,3% do total, seguido pelas quedas com 31%. As vítimas foram homens em 65% dos atendimentos. 51,3% destes acidentes aconteceram com pessoas de idades entre 20 a 44 anos. O acidente cujo meio de locomoção da vítima era a motocicleta correspondeu a 69,3% do total dos acidentes de transporte ocorridos. Outro achado importante e preocupante refere-se ao fato de que nos acidentes de transportes (automóveis, ônibus) em 49% a vítima não usava cinto de segurança. As lesões mais frequentes foram fraturas, traumatismo crânio-encefálico e politraumatismo.

Conclusiones/Recomendaciones: Pretende-se, com este estudo obter mais subsídios para o planejamento e a execução de ações de intervenção que busquem reduzir a morbimortalidade por causas externas, como também programar políticas públicas integradas, intersectoriais e saudáveis, como as de promoção da saúde e qualidade de vida apoiadas na cultura de paz.

647. LA EPIDEMIOLOGÍA DE LOS SUICIDIOS E INTENTOS DE SUICIDIO MEDIANTE FÁRMACOS EN MARRUECOS

F. Hadrya, L. Amiar, A. Aarab, A. Mokhtari, L. Ouammi, R. Soulaymani, A. Soulaymani

Laboratorio de Genética y Biometría, Facultad de Ciencias, Universidad IBN Tofail, Kenitra, Marruecos; Laboratorio

de Biotecnología e Ingeniería Biomolecular, Facultad de Ciencias y Técnicas, Universidad Abdelmalek Essaâdi, Tánger, Marruecos; Centro Anti-Veneno Marroquí, Rabat, Marruecos.

Antecedentes/Objetivos: El uso del medicamento para el suicidio es frecuente; el producto es fácil de obtener y consumir. Los suicidios e intentos de suicidio en Marruecos representan hoy en día un problema grave de salud pública. Para contribuir a la reducción de la morbilidad y la mortalidad consecuentes, el presente trabajo consiste en describir el perfil epidemiológico de la dicha "patología" debida a los fármacos en Marruecos.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de todos los casos adultos que han intentado suicidarse y los casos suicidas, por más de un medicamento, ocurridos en Marruecos entre 2004 y 2013, declarados y reportados al Centro Anti-veneno Marroquí (CAPM).

Resultados: Se reportaron 503 casos (75,0% mujeres). La edad mediana era de 25 años [19; 70]. El último año (2013) registró el mayor número de casos. La mitad de los casos notificados provenía de la región de Rabat-Salé-Kenitra. Sólo el 5% de las declaraciones era de origen rural. Menos del 2% de los casos se produjo fuera del hogar, incluyendo dos casos en la prisión. Y, hubo uso de hasta cuatro fármacos diferentes para suicidarse. De acuerdo con la clasificación anatómica, terapéutica y química (ATQ), se observó altas frecuencias de intoxicaciones suicidas con psicodélicos, psicoanalépticos y analgésicos. La duración mediana de consulta (entre el momento de la intoxicación y el de la consulta médica) era de 4 horas [36 segundos; 120 días]. Debido a la gravedad de los casos informados, 2% fueron ingresados en cuidados intensivos, 98% a las emergencias. Se observó una sintomatología en el 56,6% de los casos reportados. Estos pacientes presentaron principalmente trastornos del sistema nervioso central y periférico (dominados por la hipoestesia), trastornos psiquiátricos (dominados por la somnolencia) y trastornos del sistema gastrointestinal (dominados por los vómitos). La evacuación era el tratamiento más realizado. Tres casos fallecieron (dos hombres y una mujer). Tras el estudio analítico, hay una dependencia entre el sexo y el tipo de fármaco utilizado ($p < 0,05$).

Conclusiones/Recomendaciones: El suicidio es uno de los tabúes religiosos y sociales en Marruecos. Muchos casos están ocultos. Por la fuerza de las circunstancias, el suicidio se convirtió en una realidad alarmante. Las intoxicaciones suicidas se vuelven frecuentes, cada vez más conocidas y reconocidas, sin embargo, las dimensiones exactas no están bien identificadas. Las mujeres son las que más intentan contra sus vidas, también confirmado por la literatura. La mejor manera de prevenir el suicidio sigue siendo la comunicación.

797. ACIDENTES DOMÉSTICOS E DE LAZER NA POPULAÇÃO PORTUGUESA: QUEM ESTÁ EM RISCO?

C. Martinho, R. Mexia

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Antecedentes/Objetivos: Os acidentes são um problema de saúde pública importante e, em grande parte, evitável. Em Portugal, em 2006, os acidentes foram a quinta causa de morte (4,5% do total de óbitos) e estima-se que em toda a população portuguesa tenham ocorrido mais de 500 000 acidentes domésticos e de lazer. Os fatores de risco para a ocorrência de acidentes domésticos e de lazer podem ser intrínsecos (como visão diminuída e fraqueza muscular) ou extrínsecos (como irregularidade do pavimento).

Métodos: O estudo utilizou a base de dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014, constituindo uma amostra probabilística, representativa de todas as regiões do país, incluindo indivíduos residentes em Portugal, com idade igual ou superior a 15 anos. Foi estimada a frequência relativa de cada tipo de acidente e mediu-se a associação entre a ocorrência de acidentes e características individuais através da razão de prevalências (RP), com recurso a STATA.

Resultados: A frequência de indivíduos que sofreram acidentes domésticos foi de 3,1% e a frequência dos que tiveram acidentes de lazer foi de 2,4%. De entre os fatores de risco para a ocorrência de acidentes domésticos encontrados há a destacar ser do sexo feminino (RP = 2,24), ter 75 anos ou mais (RP = 6,60) e viver sozinho (RP = 1,77). Há também diferenças relacionadas com o grau de dificuldade em caminhar (não consegue de todo RP = 7,50), dificuldades de visão (muita dificuldade/não consegue de todo RP = 3,03) e dificuldades de audição (muita dificuldade/não consegue de todo RP = 2,60). Em relação aos acidentes de lazer, verificou-se um maior risco de ocorrência entre os indivíduos do sexo masculino (RP = 2,06) e entre os indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos (RP = 3,12). A prática de exercício físico é outro dos fatores encontrados, em especial para os que praticam 150 minutos de atividade física semanal ou mais (RP = 3,09).

Conclusiones/Recomendaciones: Os acidentes domésticos verificaram-se sobretudo em indivíduos do sexo feminino e em idosos. Os acidentes de lazer ocorreram mais frequentemente em indivíduos do sexo masculino e em jovens. Apesar de muitas vezes tratados como uma mesma entidade, há evidência de que são acidentes distintos, quer pelo contexto em que ocorrem, quer pelos diferentes grupos de risco, devendo ser feita uma intervenção dirigida para reduzir este problema de Saúde Pública.

81. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL ACCIDENTE OFÍDICO, CASANARE-COLOMBIA, 2012-2014

C. Manosalva Sánchez, L.P. Zuleta Dueñas, O. Castañeda-Porras
Secretaría de Salud de Casanare.

Antecedentes/Objetivos: El accidente ofídico, en Casanare-Colombia, es un problema de salud pública, dadas las características geográficas y culturas de la región que aumentan la morbilidad y mortalidad. Objetivo: describir la ocurrencia del evento en el departamento durante el período 2012-2014, para fortalecer las acciones de promoción y prevención fundamentadas en las características epidemiológicas propias de la región.

Métodos: Estudio descriptivo transversal a partir de los datos provenientes de la notificación del evento al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) durante el período 2012-2014. El análisis de las variables tiempo, lugar y persona se realizó en el programa estadístico Epi-Info 7.1.5® y la hoja de cálculo Excel de Microsoft Office®, mediante el uso de medidas de frecuencia absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión para el análisis.

Resultados: Se registraron 485 casos de accidentes ofídicos, con una tasa de incidencia de 141 casos por 100.000 habitantes, predominio del sexo masculino (65%), con edades entre 20 y 59 años (54,6%), caminaban por senderos abiertos en el momento de la agresión (26%). El género Bothrops fue responsable del 74% de los casos. Los miembros inferiores fueron los más afectados (91%), con edema el 80% y necrosis el 0,6% de los casos; recibieron suero antiofídico (91,5%); tasa de letalidad 0,2% (2/485).

Conclusiones/Recomendaciones: El accidente ofídico afecta a hombres en edad productiva, dependientes en mayor medida del trabajo agrícola, comportamiento similar al nacional. Las medidas preventivas deben constituirse en la principal herramienta para la reducción de incidencia de mordeduras de serpientes.

809. VIOLENCIA INTERPERSONAL Y POBLACIONES DESFAVORECIDAS ECONÓMICAMENTE

A.B. Herrera López
MINSALUD.

Antecedentes/Objetivos: La violencia, en todas sus manifestaciones, está relacionada con determinantes sociales como el desempleo,

desigualdad de ingresos y de género, limitada oportunidad educativa, la inadecuada gobernanza y la escasa capacidad de resolución de los problemas por las políticas sociales y políticas públicas. La violencia interpersonal y en especial la violencia contra las mujeres es un problema que enfrentan todas personas en todo el mundo, y tiene implicaciones para la salud y el bienestar de las poblaciones.

Métodos: Estudio corte transversal para identificar la desigualdad social en salud en el nivel municipal y departamental relacionado con el índice de pobreza multidimensional (IPM) y la violencia interpersonal (VIP) en 2013. La unidad de análisis fueron 1.044 municipios y 33 departamentos de Colombia. El objetivo fue determinar la influencia del índice de pobreza multidimensional sobre la violencia interpersonal.

Resultados: Los resultados indican fuerte asociación negativa entre la violencia personal e índice de pobreza multidimensional.

Conclusiones/Recomendaciones: Hallazgos sugieren el aumento de la violencia interpersonal en las personas con menos incidencia de pobreza multidimensional.

Financiación: Este estudio de investigación no requirió apoyo financiero por una institución por tratarse datos públicos disponibles en el INMLCF, DNP, DANE y MINSALUD.

985. ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES HACIA EL GÉNERO Y LA VIOLENCIA: UN ESTUDIO CUANTITATIVO

M.D. Flores Bienert, I. Espinosa Plaza, A.M. González Cuello
Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: Describir las actitudes y creencias respecto a la violencia de género de los estudiantes del IES Gabriel Miró de Orihuela (Alicante).

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal, con una muestra de 293 alumnos utilizando el "Cuestionario de actitudes hacia el género y la violencia (CAGV)" de Díaz-Aguado.

Resultados: Los adolescentes obtienen puntuaciones mayores en los factores que miden creencias sexistas y justifican la violencia, en general, así como la violencia de género mientras que las adolescentes obtienen puntuaciones mayores en el factor que rechaza el sexismo y la violencia. Del mismo modo ocurre en relación a las etapas de la ESO, cuyos alumnos tienen actitudes de justificación. En Bachillerato, el alumnado en su conjunto presenta mayor rechazo a la violencia.

Conclusiones/Recomendaciones: Existen evidencias de que un porcentaje importante de los adolescentes tienen creencias sexistas y justifican la violencia en general, y la violencia de género. Dichos adolescentes constituyen el futuro y son susceptibles de ser partícipes de un grave problema social y de salud: la violencia de género.

708. ACCIDENTES DE TRÁFICO EN ANDALUCÍA, 2000-2013

E. Rodríguez Romero, E. Pérez Morilla, C. Montaña Remacha, E. Durán Pla, V. Gallardo García, F. Guillén Enríquez, G. Conejo Carrasco

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, Consejería de Salud de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Las lesiones ocasionadas por los accidentes de tráfico (AT) constituyen un grave problema de salud pública. A nivel nacional el 2013 cerraba con 1.680 personas fallecidas, 223 personas menos que el año anterior. Los jóvenes y adultos jóvenes representan más de la mitad de las víctimas por accidentes de tráfico, aglutinando en el 2013 en Andalucía más del 40% de la mortalidad debida a esta causa. Objetivo: analizar la evolución temporal de los AT en Andalucía en el periodo 2000-2013 mediante la comparación de dos fuentes de información a fin de identificar factores de riesgo y definir las medidas de control.

Métodos: Estudio descriptivo de los AT en Andalucía durante el periodo 2000-2013: Situación actual, evolución temporal y factores de riesgo. Fuentes de información: Dirección General de Tráfico, Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía, Instituto de estadística de Andalucía. Para la explotación de datos en CMBDA se consideran los códigos E810-E816, E818-E819 correspondientes a AT con vehículos motorizados y la desagregación al cuarto dígito.0 y.1 que corresponde a vehículo motorizado no motocicleta y 2 y 3 corresponde a motorista.

Resultados: En 2013 se registran un total de 13.944 AT en Andalucía, 20.940 víctimas y 261 muertes. Se notifican 1.812 altas por AT, 58 altas por defunción y 1.738 ingresos de los cuales el 25% corresponden a varones de 15-34 años. La tendencia observada en la evolución del número de víctimas en el periodo 2000-2013 alcanza el máximo en el 2003 en todos los grupos de edad especialmente en el de 15-24 años se reduce en 2004, se estabiliza los años 2005-2006 para volver a descender en 2007-2011; en 2013 vuelve a subir, lo que supone con respecto al 2011 un crecimiento del 18,34%. La tasa máxima es de 253,88 para el grupo de 15-24 años en zona urbana en el 2013. La mayor parte de los accidentes suceden en día laboral. Según tipo de vía y vehículo se definen dos modelos, el modelo 1 engloba las grandes áreas metropolitanas andaluzas (Cádiz, Córdoba, Málaga y Sevilla) y el modelo 2 incluye provincias con áreas metropolitanas más pequeñas (Almería, Granada, Jaén y Huelva). El modelo 1 se caracteriza por presentar tasas de víctimas mucho mayor en zona urbana que en carretera en jóvenes. El modelo 2 se caracteriza por presentar tasas mayores en los desplazamientos por carretera en todos los grupos de edad.

Conclusiones/Recomendaciones: El perfil de los afectados es mayoritariamente de hombres en edades jóvenes (de 15 a 34 años) en desplazamientos en carretera con vehículos ligeros, incrementándose en los últimos años los jóvenes en vehículos de dos ruedas en zonas urbanas sobre todo en las grandes áreas metropolitanas andaluzas. El CMBDA es una fuente de información complementaria pero no representativa para la investigación de AT.

79. LESIONES FATALES EN ADOLESCENTES, CASANARE-COLOMBIA, 2011-2013

C.Y. Rincón Acevedo, L.P. Zuleta Dueñas, O. Castañeda-Porras
Secretaría de Salud de Casanare.

Antecedentes/Objetivos: Según la Organización Mundial de la Salud, las lesiones fatales son una de las principales causas de muerte y discapacidad en menores de 18 años. El objetivo del estudio fue describir su comportamiento en los adolescentes del departamento de Casanare, durante el periodo 2011-2013.

Métodos: Estudio descriptivo, a partir de las bases de datos de estadísticas vitales, defunciones no fatales y defunciones por causa externa del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). El análisis de los datos se realizó en la hoja de cálculo de Excel 2010 de Microsoft Office®. Se analizaron las tasas de mortalidad específica y ajustada por 100.000 habitantes por año, sexo, grupo etario y municipio; y los años de vida potencial perdidos (AVPP) por cada causa según la lista OPS-6/67 CIE-10.

Resultados: En el periodo hubo un total de 99 defunciones, en 2011 (23; 23,2%), 2012 (36; 36,4%) y 2013 (40; 40,4%). Tasa de mortalidad específica fue de 138,2 y ajustada de 236,4 por 100.000 habitantes, en el grupo de 10-14 años (52,8; 45,4) y de 15-19 (224,3; 189,9), en hombres (220,0; 187,7) y mujeres (54,1; 46,2). Total de AVPP 5.940, por accidentes de transporte 2.160, agresiones/homicidios 1.440, suicidios 840, intención no determinada 780, ahogamiento 420, intervención legal/operaciones de guerra y otros accidentes 120 respectivamente, armas de fuego 60; índice de AVPP 83,1 por 1.000 habitantes.

Conclusiones/Recomendaciones: La primera causa de mortalidad por lesiones fatales fue por accidentes de transporte, situación diferente a la del país en la que los homicidios ocupan el primer lugar. Es necesario congregar esfuerzos desde todos los sectores para reducir la mortalidad de todos los niños.

Índice de autores

- Aarab, A., 351
 Abad Luna, C., 157
 Abad Luna, M.C., 157
 Abaitua, I., 233
 Abalo, J., 195, 327
 Abellán Pérez, M.V., 232
 Abraira García, M.L., 92
 Abreu, F.M., 218
 Abril-López de Medrano, V., 276
 Acosta Dibarrat, J.P., 93
 Adiego, B., 151, 196
 Adriano, D., 55
 Agbadi, P., 49
 Aguado Rubio, Z., 346
 Aguayo, J., 29
 Agudelo-Suárez, A.A., 349
 Aguiar, P., 163
 Aguilar, I., 87, 88
 Aguilar-Alés, R., 143
 Aguilera, A., 258
 Aguilera, G., 282
 Aguilera Aguilera, A., 65, 90
 Aguilera Mellado, J.A., 301
 Aguiló, A., 223, 296
 Aguirre, U., 164, 267
 Agustí, C., 81
 Aizpuru, F., 18
 Aizpuru Barandiaran, F., 89, 90, 332
 Ajuriagojeaskoa, J., 322
 Alabarta, E., 197
 Alabarta, E.M., 36
 Álamo Sanz, R., 221, 246, 343
 Alarcón, A., 321
 Alarcón-Cuevas, F., 327
 Alarcón-Gutiérrez, M., 82
 Alastrué, I., 83
 Alberich, C., 69, 120
 Alberich-Martí, C., 44
 Alcalde Cabero, E., 262
 Alcántara, J.D., 238
 Alcázar, A., 239
 Aldana Espinal, J., 267
 Aldana Espinal, J.M., 31, 100, 155, 283, 293
 Aldasoro, E., 218
 Alé, M., 49
 Alé-Sáez, M., 316, 317
 Alejandro Carmona, S., 256, 257
 Alejos, B., 303
 Alemán, G., 18
 Alemán Vega, G., 52, 101, 116, 189, 315, 316
 Alfaro, A., 229
 Alfaro-Lara, E., 98
 Alfonso Sánchez, J.L., 96
 Alguacil, D., 173
 Alguacil, J., 35, 58, 224, 266
 Alguacil Ojeda, J., 42
 Aliaga, P., 322
 Alías Álvarez, B., 341
 Allande Rodríguez, L., 288
 Almagro, D., 78, 97
 Almagro López, C., 235
 Almagro López, D., 92, 177, 235
 Almagro Nievas, D., 92, 177, 178, 235, 250, 275, 342
 Almansa, J., 331
 Almazán, C., 112
 Almazán Isla, J., 262
 Almeida, A., 263
 Almeida, M.H., 184
 Almeida, N., 240
 Almeida Santos, S., 277
 Alonso, E., 337
 Alonso, I., 24, 25, 38
 Alonso, J., 37, 45, 227
 Alonso, J.P., 116
 Alonso, V., 233
 Alonso Babarro, A., 101
 Alonso Humada, M.S., 167
 Alonso Lorenzo, J.C., 109, 288
 Alonso Pérez, L., 185
 Alonso Pérez de Agreda, J.P., 119
 Alonso Vigil, M.P., 128
 Alsedà, M., 139
 Altzibar, J.M., 266, 267
 Altzibar-Arotzena, J., 286
 Alvares, C.A., 245, 347
 Álvarez, A., 205
 Álvarez, J., 26, 291
 Álvarez, L., 337
 Álvarez, M.C., 231
 Álvarez, N., 151, 159, 196, 335
 Álvarez, P., 115
 Álvarez, R., 39
 Álvarez Bueno, C., 130, 294, 345
 Álvarez-Castillo, M.C., 80, 301, 303
 Álvarez Dardet, C., 219
 Álvarez del Vayo, C., 29
 Álvarez Girón, M., 152
 Álvarez Gutiérrez, A., 281
 Álvarez Tellado, L., 107
 Álvaro Gómez, B., 179
 Alves, E., 136, 227
 Alves-Cabratosa, L., 205, 206
 Alzamora, M.T., 89, 343
 Amaral dos Reis, L., 280
 Amaro, J., 277
 Amaya, C., 39
 Ameijide, A., 145
 Amela, C., 21
 Amezcua-Prieto, C., 39, 41, 47, 120, 121, 222
 Amiano, P., 45, 129, 267
 Amiar, L., 351
 Amigó Naranjo, S., 132
 Amillategui, R., 213
 Amorim, M., 136, 227
 Anaya, L., 239
 Anaya López, L., 64, 93
 Anaya Velarde, L.H., 93
 Andérica, G., 166
 Andiarena, A., 216
 Andrade, H., 238
 Andrade, K.R., 105
 Andrade, S.M., 201, 203, 277
 Andrea, R., 292
 Andrés, C., 259
 Andrés de Llano, J.M., 100, 188, 290, 317
 Andrés Puertas, M.C., 338
 Angélica Barbella, R., 180
 Angla, M., 89
 Ansedé, J.C., 316
 Anselmo, R., 82
 Ansenio Sansebrí, G.I., 260
 Antón, A., 75, 259
 Antonaya, A., 193
 Antunes, H., 119, 163
 Aoki, F.H., 202, 280
 Aparicio, P., 144, 253, 265
 Apiñaniz Fernández de Larrinoa, A., 89, 90, 332
 Aragón, A.J., 265
 Aragon, D.C., 141
 Aragonés, N., 224, 266, 268, 269, 311
 Arana-Arri, E., 83, 86, 87, 293
 Aranaz Andrés, J., 71, 73, 329
 Aranbarri, A., 214
 Aranda, J., 172
 Arango, C., 61
 Aranguren Segura, S.L., 118
 Araújo, A.C., 119
 Araújo, F., 319
 Araújo, J., 47, 321
 Araújo, W.A., 191
 Araújo, W.N., 36, 235
 Arbex Borim, F.S., 77
 Arce Arnaez, A., 28, 116, 334, 338
 Arcos González, P., 41, 74
 Ardanaz, E., 145, 159
 Arellano, E., 211
 Arends, I., 331
 Arense Gonzalo, J.J., 121, 245
 Arias, C., 75, 139
 Arias, J., 185, 249, 283
 Arias Abad, C., 57
 Arias Merino, D., 192, 233
 Arias Palencia, N., 130
 Aritieda, J., 337
 Ariz, M.J., 18
 Ariza, C., 22
 Arjona, L., 190
 Armengol, P., 140
 Arnedo Pena, A., 179, 200, 237
 Arós, F., 87
 Arostegui, I., 17, 71, 164
 Arrebola, J.P., 58
 Arreguy-Sena, C., 55, 56, 77, 80, 222, 299
 Arribas, F., 151, 196
 Arribas Garde, E., 180
 Arrieta, F., 127
 Arrieta Antón, E., 104
 Arriola-Bolado, P., 110
 Arrojo, M., 271
 Arrospide, A., 83, 228
 Arroyo, E., 103
 Arroyo, V., 216, 217
 Arroyo Borrell, E., 183
 Arroyo-Manzano, D., 65, 300
 Artacho-Cordón, F., 58
 Artazcoz, L., 151, 169, 182, 208, 270
 Artieda, J., 336
 Arza, J., 207
 Ascunce, N., 266
 Asensio, A., 316, 327
 Asensio Rubio, A., 179
 Asensio Sansebrí, G.I., 259
 Aspiritxaga Gamarra, I., 155
 Assis, D., 142, 280
 Assis, L.N., 305
 Assumpção, D., 77
 Astals, M., 25
 Astray, J., 66, 67, 68, 80, 260, 283, 287, 301, 303, 316
 Astray-Mochales, J., 230, 231, 232, 323
 Asúa, J., 175
 Asua, J.A., 111
 Asua-Batarrita, J., 110
 Asúnsolo del Barco, A., 51
 Atienza Merino, G., 110
 Augusto, O., 82
 Avelilla, A., 140
 Avellanal Calzadilla, F., 262
 Avellanes, I., 116
 Ávila, M., 135, 170
 Ayala, A., 17, 328, 329

- Ayala García, A., 223
 Ayán-Pérez, C., 121
 Aybar García, L., 51
 Aymar, A., 85
 Ayol Pérez, L.G., 295
 Ayuso-Álvarez, A., 176
 Azcoaga-Lorenzo, A., 97
 Azpeitia, A., 34
 Azuara, M., 109
 Azzaretti, L., 228
- Baca-García, E., 185, 271, 272
 Bacigalupe, A., 34, 115, 170, 218, 269
 Badosa, I., 168
 Baena, J.M., 343
 Baena-Ariza, M.T., 172
 Baena-Díez, J.M., 345
 Bahamontes Mulió, A., 291
 Bahena Méndez, A.I., 276
 Ballbè, M., 120, 161
 Ballesta, M., 102, 148, 308
 Ballester, F., 37, 60, 197, 214, 216, 217, 326
 Ballester-Belda, J.E., 276
 Ballesteros Arjona, V., 214
 Balmaceda, N., 248
 Banegas, J., 150
 Banqué, M., 103, 330, 331
 Bañón, O., 257, 257
 Baños-Álvarez, E., 98
 Baranda, L., 23, 24
 Baraza, P., 219
 Barber Félix, G., 59
 Barbera, M.J., 210, 211
 Barbería, E., 39, 273
 Barbieri, N., 274
 Barbosa, I.R., 147
 Barbosa-Lorenzo, R., 268, 312
 Barceló, M.A., 165
 Bardón, R., 215
 Baré, M., 17, 243, 266
 Bargalló, X., 265
 Barona, C., 107, 156, 195
 Barrabeig, I., 139, 250
 Barrado, L., 335, 336
 Barranco Boada, M.I., 91, 95, 190
 Barranco Ordóñez, D., 334
 Barreales, S., 240
 Barrecheguren, M., 206
 Barrenengoa Sañudo, J., 286
 Barrientos Rodríguez, R., 101
 Barriga Ubed, B., 99
 Barrigón, M.L., 185, 271
 Barrio, G., 24, 25, 248
 Barrio, I., 17, 71
 Barros, H., 65, 88, 123, 129, 132, 319, 320
 Barros, M., 195
 Barros-Dios, J.M., 268, 312
 Barroso, P., 219
 Barroso García, P., 182, 299, 312
 Barrigón, M.L., 272
 Barrue de la Barrera, A., 29
 Bartoll, X., 169, 181, 271, 272
 Bartoll, X.B., 218
 Bartoli, M., 22, 25
 Basagaña, X., 274
 Bascur-Castillo, C., 63
- Basile, L., 75
 Basterrechea, M., 326, 336
 Bastos, J., 320
 Bayo, J., 234
 Bayo Gimeno, J., 29
 Bayo Lozano, E., 267
 Bayón, J.C., 175, 293
 Beamud Aranguren, B., 261
 Becoña, E., 119
 Bejarano Ávila, G., 348, 349, 350
 Belda Ibáñez, J., 81, 302
 Bellido Blasco, J.B., 179, 237, 285
 Belmar, J., 82, 212, 325
 Belmonte, M., 182
 Belmonte Albaladejo, M.M., 192
 Beltrán, A., 50
 Benach, J., 169
 Benavides, F.G., 203, 279
 Beneito, A., 197
 Benet Travé, J., 99, 174
 Bengoa-Alonso, A., 159
 Benítez, E., 42
 Benítez, G., 29, 199
 Benítez, I., 322
 Benítez Robredo, M.T., 37, 109, 152, 244
 Benítez Robredo, T., 244
 Benítez Rodríguez, E., 242
 Benito, A., 33, 144, 253, 265
 Benito Aracil, L., 84
 Benito López, V.E., 188
 Benkeser, D., 268
 Bennasar-Veny, M., 223, 296
 Benot López, S., 100, 267
 Bentes, A.A., 171, 192
 Bernabéu Álvarez, C., 137
 Bernal, M.M., 147
 Besó Delgado, M., 285, 301, 316, 317
 Beti-Aguirrebengoa, A., 126
 Betriu, M.A., 198
 Bidaurreazaga Van Dierdonck, J., 144, 155, 339
 Bilal, U., 36, 130, 162, 181, 218
 Bilbao, I., 86, 87
 Binefa i Rodríguez, G., 84
 Bischofberger, C., 316
 Blanch, J., 205, 206
 Blanco-Ancos, L.M., 230, 231, 232
 Blasco Novalbos, G., 37, 109, 152, 244
 Blasco-Hernández, T., 33, 176
 Boix, R., 213
 Boldo, E., 160, 267
 Bolúmar, F., 62
 Bonilla, A., 342
 Bonilla, M., 103, 331
 Bonillo Muñoz, M.C., 166, 167
 Boone, A.L., 118, 285, 316, 317
 Borges, R.S., 105
 Borrás, J.M., 30, 70, 243
 Borrego Hernando, O., 346
 Borrell, C., 151, 170, 181, 182, 207, 208, 209, 220, 226, 271, 272, 274
 Borrell, E., 206
 Bortoletto, M.S., 203
 Bosch, L., 308
- Bosetti, C., 43
 Bosque-Prous, M., 22, 24, 25
 Botelho, M.A., 56, 77, 222
 Botella-Rocamora, P., 44, 69, 70
 Botero, J.E., 349
 Boullosa Cortés, A., 177
 Bracho, M.A., 83, 118, 260
 Braga, L.M., 55, 56, 77, 80, 222, 278, 299
 Bragança, F., 163
 Branco, J.C., 296
 Bravo Fernández, M.R., 280
 Bravo Ortiz, M.F., 346
 Briones, E., 166, 167, 234
 Briones Vozmediano, E., 172, 273
 Brizuela-Cabral, M., 158, 199
 Brochado, S., 320
 Broner Herbst, S., 72, 189
 Brovender, S., 248
 Brugal, M.T., 22, 25, 208
 Brunekreef, B., 215
 Buenestado, A., 337
 Bueno, M., 322
 Bueno Borrego, R.M., 58, 59, 112
 Bueno Cabanillas, A., 64
 Bueno Cavanillas, A., 48, 63, 120, 292, 326
 Bugarin-González, R., 110
 Bugie, C., 198
 Buigues, O., 242
 Bujanda, L., 86
 Bullich, I., 291
 Bültmann, U., 331
 Burgueño, E., 79
 Burgui, R., 145
 Burón, A., 84, 85
 Burriel, M.C., 151, 196
 Busquets, R.M., 200
 Bustamante, M., 75
 Busto Miramontes, A., 22, 152
 Buxó, M., 70
- Caamaño Isorna, F., 22, 152, 244
 Caballero, L., 59
 Caballero, P., 149
 Cabello, A., 280
 Cabello, M.A., 142
 Cabezas, C., 162, 198
 Cabezas, E., 239
 Cabral, M., 47
 Cabrera, L., 199
 Cabrera, S., 162
 Cabrera Castellanos, P., 177
 Cabrera-León, A., 164, 183, 270
 Cabrera Tejada, G.G., 74, 286
 Cadaveira, F., 244
 Cadeddu Martín, P., 203
 Caffaro Rovira, M.C., 232
 Caicoya, M., 266
 Calderón, A., 16, 205
 Calero, B., 295
 Calero Lara, M., 262
 Calero-Rodríguez, L., 186
 Calheiros, J.M., 163
 Calle, J., 106
 Calvo, M., 49, 209, 272
 Calvo, M.J., 207
 Calvo Pérez, A.I., 142
- Calzada, N., 182
 Calzón Fernández, S., 221
 Camacho, L., 337
 Cámara, E., 215
 Cambra, K., 18
 Caminero, J.A., 255
 Camino Durán, F., 91
 Camisão Silva, A.R., 280
 Campanini, M.Z., 201, 203, 277
 Campbell, C., 310
 Campins, M., 259
 Campos, J., 258
 Campos, M., 35
 Campoy Muñoz, M.P., 185
 Camprubí, E., 263
 Camprubí, L., 274
 Camps, N., 26, 139
 Cancela, J.M., 249
 Candau Bejarano, A., 112, 113
 Candau Fernández, A., 146
 Canhão, H., 296, 319
 Cano, R., 27, 213, 315
 Cano-Gómez, M., 225
 Cano Ibáñez, N., 39, 47
 Cánovas Balboa, R., 125, 153, 304
 Cantó, B.C., 53
 Cantón, R., 260, 316
 Cañete García-Prieto, J., 294
 Cañizares Castellanos, A., 50
 Cañón, J., 31, 293
 Capa Sanz, A., 257
 Caparrós Andújar, A., 27
 Carazo Rodríguez, F., 92
 Carabajal, B., 325
 Carbó Malonda, R.M., 118
 Cárdenas Fernández, D., 235
 Cárdenas-Pinto, C.P., 204
 Cardona, F., 58
 Cardona Rivas, D., 151
 Cardoso, H., 137
 Carles, M., 85
 Carlos, S., 79
 Carlos-Gil, A.M., 100
 Carmona, G., 26, 72, 115
 Carmona, J., 172, 173, 291
 Carmona, L., 98, 193, 290
 Carmona, R., 32, 124, 156, 216
 Carmona Lagares, J.C., 141
 Carmona-Torres, J.M., 76, 154, 168
 Carneiro, N.G., 132
 Carnero Alcázar, A., 90
 Caro Pérez, N., 179
 Carol, M., 30, 75, 139
 Carolina, S.M., 133
 Carpe Carpe, B., 322
 Carpio Gesta, M.L., 134
 Carral, C., 167, 234
 Carralero Palomero, C., 53
 Carrasco, M.G., 332
 Carrasco-Portiño, M., 63, 133, 199, 327, 328
 Carrasco Rodríguez, P., 94
 Carrera, M.L., 295
 Carrero, J.L., 324
 Carretero Ares, J.L., 81, 286
 Carril, F., 286
 Carrillo Hurtado, F., 177
 Carrión, C., 112
 Carvajal, B., 82, 212
 Carvajal-Urueña, I., 200

- Carvalho-Silva, R.M., 154
 Carvalho, C., 31, 54, 80, 108, 278, 299
 Carvalho, C.A., 55
 Carvalho, C.M., 55
 Carvalho, H.B., 228
 Carvalho-Fonseca, R., 342
 Casabona, J., 81, 140, 208, 309, 310, 324, 325
 Casabona i Barbarà, J., 308
 Casado, I., 66, 287, 335, 336
 Casado, M., 342
 Casamitjana, M., 182
 Casanova Vivas, S., 203
 Casañ, B., 84
 Casañ, B.C., 218
 Casaña Fernández, L.I., 119
 Casas, M.J., 116
 Casasnovas, J.A., 88
 Cascant, P., 292
 Cases, A., 197, 217
 Cassini, S.T., 53
 Castán, Y., 116
 Castañeda, O., 202
 Castañeda López, R., 278
 Castañeda-Porras, O., 40, 63, 118, 178, 201, 204, 247, 331, 352, 353
 Castaño, G., 266
 Castaño, M.P., 193
 Castejón Bolea, R., 154
 Castell, C., 193
 Castellà, J., 305
 Castellanos, A., 261
 Castelló, A., 267
 Castello, L., 243
 Castells, A., 85, 240
 Castells, X., 84, 103, 266, 268, 330, 331
 Castilla, I., 111
 Castilla, J., 66, 67, 68, 139, 287, 335, 336
 Castillo Matus, B., 276
 Castillo Soria, O., 301
 Castillón Torre, L.J., 108
 Castrillejo Pérez, D., 104, 263, 333
 Castro, A., 302
 Castro, M., 262
 Castro, P., 190
 Castro, S.S., 211
 Castro Delgado, R., 41, 74
 Castro Rodríguez, J., 188, 236
 Caverro-Carbonell, C., 70, 229, 230, 231
 Caverro Redondo, I., 130, 294, 345
 Caylà, J.A., 168, 210, 211, 255, 307, 325
 Cayuela, A., 309
 Cazalla, A., 340
 Cazalla, A.M., 337
 Cazalla Foncuera, A.M., 91
 Cebollada, A., 166
 Cebollada, A.D., 116
 Cebollada Gracia, A.D., 119
 Cebrecos, A., 23, 130, 181, 209, 295
 Cebrián Gómez, F., 259
 Ceinos, M., 59
 Centrich, F., 123, 161
 Centurión, C., 29
 Cereijo Fernández, J., 300, 301
 Cerezo Correa, M.P., 151
 Cerrillo Urbina, A.J., 130
 Cervantes, S., 344
 César, C.C., 171, 192
 Cestona Campos, I., 346
 Cevallos, C., 80
 Chacón Rodríguez, N., 61
 Chalabe, A.M., 282
 Chalabe, S.A., 282
 Chamorro, J., 66, 335
 Chang-Chan, Y.L., 43, 145
 Chanzá-Aviñó, M., 276
 Chávez, C., 89
 Chávez, M., 99
 Chernichovsky, D., 99
 Chico Mena, M., 259, 260
 Chico Rodríguez, F., 341
 Chirlaque, M.D., 145
 Chover Lara, J.L., 28
 Ciancotti Oliver, L.R., 134
 Ciberesp Working Group for the Survey on Influenza Vaccination in Primary Health Care Workers, 68
 Cifuentes Aguirre, O.L., 151
 Cilleruelo Hernández, S., 94
 Cimas, M., 329
 Ciprian, M., 301
 Cirera, L., 148
 Ciruela Navas, P., 72, 189
 Cisneros, J.M., 29, 238, 337
 Clarke, C., 141
 Claver, D., 75
 Claver, M.D., 170
 Clèries, R., 70, 162
 Climent, F., 193
 Clotet, E., 181
 Clotet, L., 250
 Codina, F., 109
 Codina, M.G., 259
 Coll, C.C., 53
 Coll, D., 337
 Collazos, F., 309
 Collese, T.S., 228
 Collet, I., 103, 331
 Colls, C., 273
 Colman, F., 199
 Colom, J., 208
 Colom Farran, J., 347
 Colomar, A., 200
 Colorado-Yohar, S., 102
 Comas, I., 259
 Comás, M., 228
 Comas, R., 243
 Comas-Cufí, M., 204, 205, 206
 Comas Espadas, I., 261
 Company, M., 139
 Compañ Gabucio, L., 127
 Compés, C., 116
 Compes, M.L., 151, 196
 Conde, J., 60, 200, 298
 Conde, M., 337, 340
 Conde, P., 220, 324, 335
 Conde Herrera, M., 91
 Conejero Casares, J.A., 283
 Conejo, C., 42
 Conejo Carrasco, G., 61, 141, 237, 352
 Continente, X., 22, 151, 161, 265, 321
 Contreras-Fernández, E., 104
 Contreras-García, Y., 327
 Coomarasamy, A., 65
 Cooper, R.S., 218
 Cordero-Matía, E., 238
 Córdoba Doña, J.A., 272
 Corella, D., 46, 87
 Corma, A., 106
 Corma-Gómez, A., 27, 177, 180, 210, 250
 Cornejo, A., 303
 Cornejo Ovalle, M., 34, 79
 Corpas-Burgos, F., 70
 Corral, M., 244
 Corrales, I., 23
 Correa, L., 154
 Correa-Filho, H., 202
 Corte, A., 78
 Cortés, F., 59
 Cortés, I., 181, 207
 Cortés, L., 135
 Cortes, N., 161
 Cortès-Franch, I., 169, 270
 Cosme, M., 342
 Costa, A.R., 45
 Costa, D., 132
 Costa, I., 335
 Costa, I.C., 147
 Costa, J., 30, 179
 Costa, O., 214
 Costa-Alcalde, J.J., 258
 Cotter, J., 90
 Cremades Bernabeu, I., 94
 Cremades Coves, A.M., 284
 Crespo Sánchez, M., 52
 Cristóvão, P., 335
 Cruz Ferro, E., 168, 254
 Cruzado Morillas, M.J., 242
 Cuesta Guerrero, M.A., 313
 Cuevas, L., 172
 Cuna, M., 82
 Cunha, P.G., 90
 Cupeiro Coto, R., 194
 Cura, I., 342
 Curbelo, R., 98, 193, 290
 Cutillas Tolín, A., 249
 da Costa Dias, E., 202
 Da Rosa, E., 88
 Daban, F., 182
 Dalmau, A., 215, 216
 Damián, J., 76, 125
 Dani, L., 256
 Daniel, M., 212
 Daponte, A., 183, 270
 Daporta Padin, P., 92
 Darkwah, E., 328
 Dávila-Batista, V., 44, 67
 Davins, J., 284
 Davó-Blanes, M.C., 47, 48
 de Andrés, A., 168, 325
 de Blas, A., 75
 de Brito, V., 108
 de Bruin, M., 200
 de Burgos-Lunar, C., 18
 de Castro, V., 336
 de Goeij, M.C., 22
 de Gracia Palomera, D., 33
 de Irala, J., 79
 de Koning, H., 83
 de la Cruz Calderón, V., 125
 de la Cruz Ortega, M., 144
 de la Fuente, C., 48, 63, 64
 de la Puente Callejo, J., 338
 de Lara, N., 193
 de Mateo, S., 73, 123, 124, 335
 de Melo, M.C., 202
 de Mesa, Y., 104
 de Miguel, E., 264
 de Moraes, A.C., 228
 de Olalla, P.G., 207
 de Ory, F., 20, 28
 de Ory Manchón, F., 20
 de Paz Varea, V., 53
 de Pedro Cuesta, J., 76, 262, 347
 de Sanjosé, S., 35
 de Simón, M., 116
 de Sola, H., 106, 137, 138
 Dégano, I.R., 204
 del Acebo, X., 190
 del Busto Bonifaz, S., 194
 del Canto, M., 67
 del Cura González, I., 19, 50, 97, 264
 del Moral, C., 78, 97
 del Moral Campaña, C., 250
 del Moral Campaña, M.C., 314, 342
 del Pino, V., 127
 del Prado González, N., 224
 del Río, M., 106
 del Toro López, M.D., 340
 del Valle, R., 292
 Delclos, G., 331
 Delgado, C., 73, 74, 123
 Delgado, M., 48
 Delgado Gascón, C., 107
 Delgado Rodríguez, M., 63, 64
 Delgado-Sanz, C., 73, 124, 335
 Dell'Olmo, M., 209
 Dias, C.M., 294
 Dias, D.F., 277
 Dias, L., 105
 Dias Inácio, A., 194
 Díaz, A., 210, 303, 342
 Díaz, J., 124, 216, 217
 Díaz, R., 219
 Díaz Alonso, G., 297
 Díaz-Agero Pérez, C., 71
 Díaz Ávila, N., 103
 Díaz-Borrego Horcajo, J., 41, 173
 Díaz Cardona, I., 263
 Díaz del Campo Jiménez, C., 259, 260
 Díaz Geada, A., 22, 152
 Díaz-González, J., 336
 Díaz Jiménez, A., 81
 Díaz-Jiménez, I., 294
 Díaz Olalla, J.M., 37, 109, 152, 244
 Díaz-Santos, M., 266
 Dierssen, T., 35, 45, 267
 Dietze, O., 158
 Díez, A.I., 104
 Díez, E., 181, 182, 207, 211, 274, 325, 327, 332
 Díez, J., 130, 181, 220, 324
 Díez, L., 102
 Díez, M., 210
 Díez de los Ríos Carrasco, A., 90
 Díez-Domingo, J., 288
 Díez Jiménez, A., 302

- Díez-Tascón, C., 44
 Diffo, C.G., 91
 Dima, A., 200, 227
 Dinair, F.M., 133
 Djebli, M., 154
 Doménech Torrejón, R., 242
 Domingo, L., 175, 268, 283
 Domínguez, A., 66, 67, 68, 69, 287
 Domínguez, M.F., 80
 Domínguez-Berjón, F., 209
 Domínguez-Berjón, M.F., 80, 230, 231, 232, 301, 303, 323
 Domínguez Butrón, M., 99
 Domínguez-Jiménez, M.C., 143
 Domínguez Robles, A., 222
 Domínguez Sánchez, I., 108, 137, 138, 172, 270
 Donat Castello, L., 291
 Donate Suárez, I., 128, 129, 186, 345
 Donizetti Trevisan, D., 202
 Donoso, E., 127
 Dorronsoro, I., 322
 Duarte, E.C., 36, 131
 Dueñas, M., 137
 Duque, I., 209
 Durán, E., 166
 Durán Fernández-Delgado, C.P., 322
 Durán Freire, C., 146
 Durán González, A., 225
 Durán Pla, E., 61, 141, 237, 352
 Durán Ruiz, M.T., 242
 Duro, J.L., 284, 333
 Dyba, T., 70
 Ebuge, M., 212
 Echevarría, J.E., 27, 28, 261
 Ederra, M., 242
 Egurrola, M., 66, 68, 69, 287
 Ekokobe, E.F., 91
 El Attabi, M., 74, 286
 El Marroun, H., 215
 Elen Rose, L.C., 133
 Elias, F.E., 191, 235
 Elosua, R., 204, 345
 Enciso, C., 201, 202
 Enríquez, M.F., 66
 Enríquez Martín, N., 119
 Errasti, N., 322
 Escabias Machuca, F.J., 167
 Escarrabill, J., 17, 19, 101
 Escassi, C., 50
 Escobar, A., 243
 Escobar, F., 130, 295
 Escolar Pujolar, A., 272
 Escortell, E., 342
 Escortell-Mayor, E., 19, 97
 Escribà Agüir, V., 132
 Escudero, M., 336
 Escudero, M.J., 314
 Esguevillas Martín, T., 81, 302
 Esnaola, S., 272
 Espada, M., 326
 Espallargues, M., 17, 19, 101, 112, 174, 175, 185, 283, 284
 Espallargues Carreras, M., 101
 Espallargues-Carrión, M., 110
 Esparraguera, C., 190
 Espauella, J., 17
 Espejo, E., 69
 Espelt, A., 22, 23, 24, 25, 207, 208, 209, 321
 Espigares Rodríguez, E., 39
 Espinar Ruiz, E., 172
 Espinàs, J.A., 70
 Espinel Flores, N.V., 62
 Espinosa, M., 265
 Espinosa Arauz, G., 146
 Espinosa Plaza, I., 352
 Espinosa Rojas, D.M., 61
 Espinosa Rojas, J., 84
 Espinoza, I., 79
 Esplugues, A., 197, 217
 Esquinas, C., 206
 Estarlich, M., 197, 217
 Esteban, M., 151, 196
 Esteban Buedo, V., 203
 Estebán Meruéndano, L., 177
 Esteban Niveiro, M.J., 338
 Esteban Segura, M.J., 322
 Esteban y Peña, M.M., 57
 Esteban-Vasallo, M., 303, 323
 Esteban-Vasallo, M.D., 231, 232
 Esteve, A., 310
 Esteves, A.E., 191
 Estirado Gómez, A., 116, 334
 Estrada, C., 194
 Estrada Ballesteros, C., 323, 324
 Estruch, R., 46, 87
 Estruga, L., 274, 327
 Etxagibel Galdos, A., 332
 Etxebarriartun, L., 337
 Etxeberria, J., 145, 226
 Eumann Mesas, A., 225
 Eusebio, M., 296
 Eves, F., 193
 Expósito, J., 43
 Eyene, J., 253
 Ezpeleta, C., 287, 336
 Fagundez, G., 253
 Fagundez Machain, G., 338
 Failde, I., 106, 137, 138
 Fajardo, M.L., 42
 Fajardo Rivas, M.L., 42
 Faraldo Vallés, M.J., 177
 Fariñas Cabrero, M.A., 317
 Farrington Rueda, D., 100, 283
 Faubel, R., 291
 Fayos Jover, J., 96
 Feja, C., 87, 88
 Felício, M., 310
 Feliu, A., 161
 Felt, E., 309
 Fernandes, A.A., 56, 77, 222
 Fernandes, C., 278
 Fernández, B.M., 65
 Fernández, C., 72
 Fernández, E., 120, 122, 123, 161, 162
 Fernández, I., 250
 Fernández, L., 263
 Fernández, M., 325
 Fernández, M.A., 66, 68
 Fernández, M.F., 58
 Fernández, P., 162
 Fernández, R., 198
 Fernández-Albalat Ruiz, M., 50, 253
 Fernández-Alonso, M., 287
 Fernández Ajuria, A., 221
 Fernández Arribas, S., 56, 251, 285
 Fernández-Balbuena, S., 38, 248
 Fernández-Barrés, S., 129
 Fernández Blázquez, A., 317
 Fernández Cabré, M., 84
 Fernández Calle, L.M., 52
 Fernández Chávez, A., 329
 Fernández Chávez, A.F., 71, 73
 Fernández-Crehuet Serrano, L., 65
 Fernández-Cuenca, R., 125, 126, 160, 185, 271, 272
 Fernández-Félix, B.M., 300
 Fernández-García, A., 27
 Fernández de Larrea, N., 243, 269
 Fernández-López, L., 81, 310
 Fernández García, A., 28, 261
 Fernández García, C., 86
 Fernández García, E., 81, 302
 Fernández Garrido, C., 75
 Fernández López, N., 57
 Fernández Merino, J.C., 125, 237
 Fernández-Navarro, P., 42, 185, 214, 242, 271, 272, 281
 Fernández Pérez, C., 224
 Fernández-Prada, M., 317
 Fernández Quevedo, M., 82, 307
 Fernández Rodríguez, I., 340
 Fernández Segade, J., 142
 Fernández-Sierra, M.A., 287
 Fernández-Somoano, A., 37, 216, 326
 Fernández-Urrusuno, R., 99, 238
 Fernández Verdugo, A.M., 317
 Fernández Villa, T., 35, 44, 45, 68, 249, 267
 Ferràs, J., 139
 Ferraz, R., 306
 Ferreira, A., 60, 200, 298
 Ferreira, R.F., 211
 Ferreira Jr, S., 251, 252
 Ferreira-González, I., 292
 Ferrer, E., 322
 Ferrer, J., 206
 Ferrer, L., 309, 310, 324
 Ferrer, M., 37, 135, 170, 200, 227
 Ferrer, R., 213, 234, 300
 Ferrer Estrems, R., 28, 29, 96, 333
 Ferrer Serret, L., 308
 Ferrero, A., 217
 Ferrero Fernández, E., 41, 74
 Ferro, A., 45
 Ferrus, G., 139
 Figueiras Guzmán, A., 276
 Figueiredo, J.P., 60, 200, 298
 Figueroa Murillo, E., 338
 Figuerola, J., 20
 Figuerola Tejerina, A., 52, 189, 315, 316
 Firmino-Machado, J., 310
 Fitó, M., 46, 87
 Flecha, M., 158
 Flores, M.E., 199
 Flores Bienert, M.D., 192, 352
 Flores-Villavicencio, M.E., 134
 Folch, C., 208, 212, 310, 324, 325
 Follia, N., 250
 Fonseca, I., 105
 Fonseca, M.J., 319
 Fonseca del Pozo, F.J., 38
 Fonseca Escalda, P.M., 279
 Fonseca Lavado, A.M., 340
 Font, R., 30, 170, 243, 269
 Fontecha, D., 283, 316
 Forcada, M., 167, 234
 Force, L., 66
 Forés, R., 89, 343
 Forga, L., 18
 Forjaz, J., 329
 Forjaz, M.J., 17, 216, 223, 328
 Formenty, P., 91
 Forné, C., 165
 Fornieles, Y., 183
 Fornovi, J.J., 166
 Fornovi Vives, J.J., 166, 167
 Forns, X., 179
 Fortuny, C., 21
 Fraga, S., 123, 228, 320, 321
 Francisco, P., 306
 Francisco, P.M.S.B., 251, 252
 Franco, M., 23, 24, 36, 130, 162, 181, 218, 220, 295, 324, 342
 Franky-Rojas, M.P., 204
 Freire Barja, N., 196
 Freitas, L.R., 131
 Freitas Ramírez, A., 304, 305, 306
 Frías Trigo, C., 57
 Friestino, J., 306
 Fu, M., 120, 122, 123, 161, 162
 Fuente-Soro, L., 82
 Fuentes, S., 23
 Fuentes Ferrer, M.E., 224
 Fuentes-Rosales, C., 246
 Fumiam, T., 53
 Fuster Pérez, M., 286
 Gabilondo Gálvez, A., 185
 Gaillardin, F., 308, 309
 Gainza Miranda, D., 101
 Galán, I., 24, 160
 Galán, J.C., 258, 260
 Galán Rey, M.A., 57
 Galán Rubio, E., 81, 302
 Galbete, A., 18
 Galbete, C., 344
 Galcera, J., 30, 145, 243
 Galeano, R.A., 142, 280
 Galindo Canales, M., 224
 Gallardo, G., 239
 Gallardo, M.C., 31
 Gallardo, V., 166
 Gallardo Ballesteros, C., 283
 Gallardo Ballester, M.C., 155, 293, 100
 Gallardo García, M.V., 237
 Gallardo García, V., 61, 141, 352
 Gallardo Quesada, C., 53
 Gallego, J., 322
 Gallego, M., 287
 Gallego, P., 315
 Gallego, R., 274

- Gallego-Viñas, G., 60
 Gallés, P., 116
 Gallo, L.G., 191, 235
 Gallo García, C., 100, 155, 293
 Galmés Truyols, A.G., 232
 Galvao, T.F., 105
 Gálvez Franco, I., 340
 Gámiz, E., 97
 Gámiz Sánchez, E., 180
 Gandarillas, A., 102, 127, 131, 132, 215
 Garate, T., 144
 Garcés-Cuervo, L., 199
 García, A., 291
 García, A.C., 342
 García, A.M., 156
 García, B., 172, 173
 García, C., 80
 García, J.M., 255
 García, L.P., 131
 García, M.M., 17, 106
 García, O., 162
 García, R., 181
 García, S., 267
 García-Algar, O., 23
 García Alonso, C.R., 184, 185
 García-Altés, A., 347
 García-Aragón, R., 293
 García-Arcos, A., 76
 García-Arellano, A., 46
 García-Armesto, S., 110
 García-Arraras, I., 286
 García Carrasco, E., 301, 265
 García-Carpintero, G., 151, 196
 García Casanova, Y., 51, 252
 García-Cenoz, M., 26, 115, 287
 García Codina, O., 153, 170, 275
 García Comas, L., 28, 334, 116
 García Crespo, J.A., 100, 188, 290, 317
 García Crespo, P., 75
 García-Cruces Méndez, J.F., 100, 188, 290, 317
 García de la Hera, M., 126, 127
 García de Olalla, P., 82, 210, 211, 325, 332
 García de Viedma, D., 166
 García de Yébenes, M.J., 98, 193, 290
 García-Esquinas, E., 24, 150
 García-Fernández, M., 156
 García Fernández, E., 128, 129, 345
 García Fernández, J., 182
 García-Fulgueiras, A., 212
 García Fulgueiras, A.M., 339
 García-Gil, J., 190
 García-Gil, M., 204, 205, 206
 García-Gómez, J.M., 291
 García-Gómez, M., 278
 García González, N., 179, 261
 García-León, F.J., 98
 García-López, F., 76
 García López, F.J., 262
 García-Lorenzo, B., 111
 García-Marco, A., 91, 154
 García-Marco, L., 200
 García Martínez, J.T., 31, 100, 155, 283, 293
 García Medina, J., 330
 García Méndez, A., 109
 García Molina, L., 39, 47
 García Moreira, A., 276
 García Moreno, A., 156
 García Navarro, R., 157
 García Ortúzar, V., 339
 García Palacios, M.V., 91, 95, 125, 190, 297
 García Palma, A., 348, 350
 García-Pérez, J., 214, 281, 318
 García-Pérez, L., 111
 García-Pina, R., 212
 García-Riolobos, C., 80, 301, 303, 323
 García Quintáns, A., 142
 García Rodríguez, J.N., 281
 García Román, V., 284
 García Román, V., 333
 García San Miguel, L., 21, 33
 García Sánchez, M.A., 281
 García Shimizu, P., 74
 García Suárez, A.M., 166, 167
 García-Valverde, C., 301
 García Vicente, S., 59, 179
 Garciandia, S., 322
 Garin, O., 37, 135, 200, 227
 Garmendia Leiza, J.R., 100, 188, 290, 317
 Garnacho, J., 238
 Garrido, M.P., 273
 Garrido Cárdenas, J.A., 166
 Garrido-Elustondo, S., 19
 Garrido Estepa, M., 334
 Garrido Miguel, M., 130, 294, 345
 Garriga, C., 210
 Gasch Illescas, A., 91
 Gascón Cánovas, J.J., 249
 Gavela, M.A., 301
 Gavilán, E., 162
 Gavira, R., 59
 Gavrilá, D., 102
 Gênova, R., 232
 Gerechter Fernández, S., 57
 Gherasim, A., 73, 74, 144, 265, 286, 335
 Gibson, G., 189
 Giglio, F.M., 122
 Gil, A.M., 25
 Gil, H., 261
 Gil, M.J., 284, 333
 Gil, R., 49
 Gil, S., 211
 Gil Barcenilla, B., 297
 Gil Borrelli, C., 301, 257
 Gil-Borrelli, C.C., 32, 255, 256, 257, 258
 Gil Costa, M., 104, 117, 251
 Gil de Miguel, A., 50, 264
 Gil García, M., 281
 Gil González, D., 35, 154, 157, 207, 219, 273
 Gil Montalbán, E., 338
 Gil Muñoz, M., 147, 148
 Giménez, F., 29
 Giménez Campos, M.S., 291
 Gimeno, A., 16
 Gimeno, C., 83
 Gimeno, D., 331
 Gimeno, L., 16
 Gimeno, S., 217
 Gimeno-Cardona, C., 276
 Gimeno-Feliú, L.A., 32, 156
 Gimeno-Martos, S., 229, 230, 231
 Gimferrer, L., 259
 Giner, E., 242
 Girardi, J.M., 235
 Girón, L.V., 282
 Gironés Gil, M., 84
 Giroto, E., 203
 Gispert, R., 304, 305, 306
 Gittelsohn, J., 324
 Glass, T.A., 36, 218
 Godoy, A.C., 105
 Godoy, P., 26, 67, 115, 250, 287
 Goicoa, T., 226
 Goicolea, I., 32
 Gomes, M., 211
 Gómez, A., 116, 257
 Gómez, B., 97
 Gómez, D., 31, 54, 73, 80, 108, 123, 278, 299
 Gómez, J., 49, 214
 Gómez, J.L., 42
 Gómez, L.A., 337
 Gómez, P., 244
 Gómez, S., 138
 Gómez, S.F., 112
 Gómez, V., 335
 Gómez, X., 193
 Gómez-Acebo, I., 224, 266, 269
 Gómez Alférez, C., 143
 Gómez Alférez Palma, C., 254
 Gómez Álvarez, I., 108
 Gómez Anés, A.A., 263, 333
 Gómez-Barroso, D., 73, 74, 124, 214, 265, 318
 Gómez-Baya, D., 23
 Gómez-Campelo, P., 18
 Gómez-Colomer, J., 316, 317
 Gómez de la Cruz, L., 294
 Gómez Duque, M., 201, 202
 Gómez García, B., 169
 Gómez Jiménez, A.G., 314
 Gómez La-Rotta, E.I., 202, 280
 Gómez Muñoz, R., 169
 Gómez Pozo, B., 275
 Gómez Romero, F.J., 127
 Gómez Rubio, P., 43, 45
 Gómez Santillana, M., 53
 Gómez Vázquez, A., 136
 Gómez-Vecino, A., 27
 Gonce, A., 21
 Gonzaga, L., 238
 González, F., 16
 González, A.D., 203, 277
 González, C., 158
 González, F., 260
 González, L., 36, 37, 197, 326
 González, R., 32, 116, 263
 González, V., 29, 208
 González-Alba, J.M., 258
 González Antelo, A., 307
 González-Calderón, I.C., 40
 González Candelas, F., 83, 179, 261
 González Cuello, A.M., 192, 352
 González-Díaz, C., 200
 González Donquiles, C., 45
 González Enríquez, J., 111
 González Galán, V., 91
 González Garrido, M.J., 317
 González González, Y., 52
 González Hernández, M., 286
 González López, M.J., 130
 González Márquez, F., 108
 González Megido, M.J., 338
 González Monedero, F., 190
 González Morán, F., 118, 140, 261, 316, 317
 González-Palacios, S., 126, 127, 129
 González-Penagos, C., 225
 González-Pérez, G.J., 134, 199
 González-Rábago, Y., 34
 González Ros, M., 322
 González Rubio, J., 180
 González-Rubio, R., 97
 González-Sánchez, M., 281
 González Santamaría, P., 240
 González-Sevilla, P., 44
 González Steinbauer, C., 59
 González-Tamara, G.A., 40
 González-Viana, A., 182
 González-Zapata, L.I., 228
 Gorrindo, P., 168, 210, 307
 Gosálvez, F., 42
 Gosch, M., 211
 Gotsens, M., 226, 271, 272
 Gouvea, M.I., 195
 Graciani, A., 150
 Granados Ortega, J., 221, 246
 Gras-Colomer, E., 229
 Grau, J., 84, 85, 240, 265
 Grau, M., 204, 345
 Grau Vila, A., 52
 Gregori, J., 179
 Gregório, M.J., 296
 Grupo CARESS-CCR, 17
 Grupo CARESS-CCR, 243
 Grupo de Coordinadores de la Red Catalana de Hospitales sin Humo (XHSF), 162
 Grupo de Estudio de Tos Ferina en la Comunidad Valenciana, 285
 Grupo de Investigación SIVIVO, 257
 Grupo de Trabajo Artroplastia, 290
 Grupo de Trabajo COMSalut, 182
 Grupo de Trabajo de SINIVIH, 303
 Grupo de Trabajo de Vigilancia del Virus Zika en Cataluña, 21
 Grupo de Trabajo del Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis, 254
 Grupo de Trabajo del Proyecto FIS PI12/02079, 66, 67, 68, 69, 287
 Grupo de Trabajo Efectividad de la Vacuna Antigripal y Antineumocócica Polisacárida 23-Valente en Personas de 65 Años y más, 67
 Grupo de Trabajo Nexus, 290
 Grupo de Trabajo Proyecto FIS PI12/02079, 287
 Grupo de Trabajo TB-MR, 166
 Grupo EDUCORE, 19
 Grupo ESTVIH, 80, 301, 303
 Grupo GAN España, 200
 Grupo HHH, 342

- Grupo MCC-Spain, 267
 Guaita, R., 213, 300
 Guaita Calatrava, R., 333
 Guallar-Castillón, P., 24, 33, 48, 150
 Guaraz, P., 284, 333
 Guarda, L.M., 289, 289
 Guarddon, L., 59
 Guardia, M., 183
 Guardia García, M., 338
 Guardiola Gómez, V., 84
 Guardiola-Villaróig, S., 70, 230
 Guarga Rojas, A., 99, 174
 Guembe, M.J., 345
 Guerra Álvarez, J.C., 91, 95, 190, 297
 Guevara, M., 45, 145, 159, 267, 287, 335
 Guijosa, P., 78, 97
 Guijosa Campos, P., 27, 178
 Guillén, J., 166
 Guillén-Grima, F., 344
 Guillén Enríquez, F., 352
 Guillén Enríquez, F.J., 237
 Guillén Enríquez, J., 61, 141
 Guimbao, J., 116
 Guiomar, R., 335
 Guiral, S., 261
 Guitart, A.M., 22
 Gullías Gómez, R., 130
 Gullón, P., 130, 181, 214
 Gurgel, H.C., 36
 Gurucelain Raposo, J.L., 42, 114
 Gustafsson, P.E., 272
 Guterma, R., 256
 Guterma, R.H., 149
 Gutiérrez, E., 212, 292
 Gutiérrez, J., 78
 Gutiérrez, L., 62
 Gutiérrez Ávila, G., 259, 260
 Gutiérrez Cuellar, I., 303
 Gutiérrez Fernández, M.J., 188, 236
 Gutiérrez-Fisac, J.L., 33
 Gutiérrez García, J.J., 121, 322
 Gutiérrez-Ibarluzea, I., 87
 Gutiérrez-Ibarluzea, I.G., 111
 Gutiérrez Martín, M.L., 339
 Gutiérrez Rodríguez, M.A., 246, 247
 Guxens, M., 215, 216, 326
- Haas, V.J., 211
 Hadrya, F., 351
 Harasani Hudhra, K., 292
 Haro-Blasco, R., 52
 Hatzidimitriadou, E., 132
 Hawley, S., 205
 Henriques, A., 228
 Henriques, A.C., 105
 Henriques, M.A., 55
 Hens, M., 233
 Hernández, C., 103, 331
 Hernández, G., 200, 227
 Hernández, L.M., 289
 Hernández, M., 80
 Hernández Aceituno, A., 52, 189, 315, 316
 Hernández Arricibita, E., 144, 155, 339
- Hernández Baeza, S., 72, 189
 Hernández Bello, J.R., 156
 Hernández Espinosa, C., 285
 Hernández Jiménez, A., 340
 Hernández Martínez, F.J., 108
 Hernando, C., 309, 310
 Hernando Hernando, C., 308
 Hernando Rodríguez, J., 279
 Herrador, Z., 144, 253, 265
 Herrador Ortiz, Z., 278
 Herrando, I., 210, 303
 Herranz Lauría, M., 56
 Herranz Lauría, M.M., 251, 285
 Herranz Martín, M., 166
 Herrera Gutiérrez, E., 121
 Herrera León, S., 339
 Herrera López, A.B., 352
 Herrera Santos, M., 345
 Herrero, J., 322
 Hervada Vidal, X., 142, 168, 226, 254, 300, 301
 Hijas-Gómez, A.I., 32, 156
 Hoek, G., 215
 Hofvind, S., 268
 Honorio, N., 189
 Honrado, E., 44
 Hora, E., 195
 Horcujada Gallego, J.P., 187
 Hoyas, E., 50
 Hoyos, J., 25
 Hubbard, R., 268
 Huerta, J.M., 102
 Huerta Álvarez, C., 281
 Huertas Zarco, I., 118, 140
 Huroz, L., 340
 Hurtado, J.L., 87
 Hutin, Y., 91
- Ibáñez, B., 18
 Ibáñez, J., 242
 Ibáñez Beroiz, B., 89, 90
 Ibáñez Cabanell, J., 86
 Ibáñez Martínez, N., 347
 Ibarluzea, J., 326
 Ibarluzea, J., 216
 Ibarz, D., 166
 Iborra Ronco, B., 254
 Idigoras, I., 83, 86, 87
 Iglesias, M.J., 166
 Imaz Iglesia, I., 111
 Indave, B.I., 248
 Informa, G.R., 85
 Iniesta Mármol, C., 82, 256, 257
 Insúa Marisquerena, E., 116, 334
 Iñiguez, C., 36, 37, 214, 217, 326, 129, 216
 Ioannidi-Kapoulou, E., 132
 Ipiens, J.R., 322
 Irastorza, A., 238
 Iribarne-Durán, L.M., 58
 Irles, M.A., 107, 156, 193, 195
 Isabel Gómez, R., 98, 175
 Isabel-Hernández, A., 48
 Izquierdo, A., 30, 243
 Izquierdo, C., 127
 Izquierdo, N., 116
 Izquierdo, O., 25
 Izquierdo Gómez, C., 72
- Jacques Aviñó, C., 325
 Jambina Albiach, A.M., 189
 Jané, M., 21, 30, 72, 115, 250
 Jané Checa, M., 72, 189
 Jansá, J., 91
 Jaques, C., 332
 Jaramillo-Mejía, M.C., 99
 Jarana, D., 29
 Jayo Atela, N., 89, 90
 Jerez-Roig, J., 147
 Jiménez, M.A., 255
 Jiménez, M.S., 166
 Jiménez Buitrago, E., 323
 Jiménez-Díaz, I., 58
 Jiménez Garcés, S., 247
 Jiménez García, C., 281
 Jiménez González Buitrago, E., 324
 Jiménez Mejías, E., 39, 41, 38, 222
 Jiménez Moleón, J.J., 63, 64, 224
 Jiménez Pernet, J., 297
 Jiménez-Picón, N., 108, 138
 Jiménez Sola, E., 346
 Jordán, I., 139
 Jordão, C., 189
 Juan, A., 83
 Julvez, J., 326
 Justo, S., 62
- Kaiser Manzano, M.T., 96, 298
 Karkamo, J., 336
 Karkamo Zuñeda, J.A., 339
 Keller, R., 53
 Kelly-Irving, M., 136, 227
 Kelsey, K.T., 268
 Khan, K., 65
 Kislaya, I., 127
 Klavs, I., 81
 Kogevinas, M., 35
 Krempser, P., 55
 Kunst, A.E., 22
 Kustec, T., 81
- La Parra, D., 207
 Lacasa, C., 182
 Laforest, L., 227
 Laguna, C., 16
 Laguna, M., 179
 Laidouni, N., 273
 Lallana, M.J., 87, 88
 Landín, I., 39
 Languín, A., 170
 Lansdorp-Vogelaar, I., 83
 Lara Sanabria, H.I., 61
 Lardelli Claret, P., 39, 41, 38, 222
 Laredo Aguilera, J.A., 106, 278
 Lario, D., 172
 Larrañaga, I., 106, 115, 150
 Larrañaga, N., 228
 Larrañaga Padilla, I., 114
 Larrauri, A., 73, 74, 123, 124, 286, 335
 Larrinaga, U., 32
 Larrosa Padró, M., 105, 291
 Las Heras Mosteiro, J., 73
 Lasanta, M.J., 159
 Lasheras, M.D., 194
- Lasheras Carbajo, M.D., 169, 323, 324
 Lasheras Lozano, M.L., 169
 Latapiat, A., 79
 Latasa, P., 32
 Latasa Zamalloa, P., 116, 255, 334
 Latorre Arteaga, S., 154
 Lavecchia, C., 43
 Lavedán Santamaría, A., 76
 Lazo Mérida, A., 146
 Leal, M.C., 284, 333
 Lebrun Bougrat, C.R., 188, 236
 Lecea, O., 18
 Leite, D.M., 305
 Lema Mogan, R., 300, 301
 León, F., 23
 León, I., 73, 123
 León, M., 87, 88
 León Espinosa, I.F., 96
 León Espinosa-Monteros, M.T., 31, 100, 155, 283
 León Gómez, B.B., 62
 León-Gómez, I., 73, 74, 124
 León-Muñoz, L., 150
 Lertxundi, N., 214, 326
 Lesmes, A., 173
 Levorato, A.M., 203
 Liberalesso Neri, A., 77
 Lidón-Moyano, C., 120, 161, 162
 Lima Rodríguez, J.S., 137, 108, 121, 138, 172, 270
 Lima Serrano, M., 137, 108, 121, 138, 172, 270
 Limón Mora, J., 41, 173
 Linares, A., 95
 Linares, C., 124, 160, 216, 217
 Linares, I., 43
 Linares, L.F., 102
 Lindert, J., 132
 Linertová, R., 111
 Lino, O., 195
 Livianos, L., 198
 Lizán-García, M., 52
 Llamas Martínez, V., 191
 Llanero Luque, M., 348
 Llanos Méndez, A., 175
 Llimona, P.C., 209
 Llop, S., 36, 60, 197, 326
 Llopis, A., 200
 Llopis González, A., 59, 198, 295, 297
 Llor, C., 206
 Llorca Fernández, R., 237
 Llorens-Ivorra, C., 84
 Lluch, A., 242
 Lluch Rodrigo, J.A., 134
 Lomeña-Urbano, D.J., 143
 Longo Abril, G., 297
 Lopaz, M.A., 260, 316
 López, B., 78, 95, 97, 252
 López, D., 260
 López, E., 82
 López, F., 29
 López, I., 170
 López, J.A., 58
 López, M.I., 193
 López, M.J., 22, 122, 123, 151, 161, 274, 321
 López, P., 102
 López, R., 324

- López, S., 135
 López-Abente, G., 214, 226, 268, 281, 311, 318
 López Calviño, B., 240
 López-Castromán, J., 271
 López-Corbeto, E., 140
 López Corcuera, L., 256
 López Corcuera, M.L., 257
 López-Cuadrado, T., 125, 126, 185, 271, 272
 López del Amo, M.P., 221
 López-Del Burgo, C., 79
 López Díaz, A., 109, 288
 López Díez, L.M., 232
 López-Domínguez, A.M., 219
 López Espín, J.J., 245
 López Espinosa, M.J., 36, 197, 214
 López Fernández, C., 172
 López Fernández, F.J., 91, 190, 297
 López Fresneña, N., 71, 329
 López Fresneña, N.L., 73
 López García, A.C., 275
 López-García, E., 33, 48, 150, 225
 López-Gay, D., 215
 López Gómez, M., 279
 López-González, A.A., 223, 296
 López González, E., 74
 López-Grado, E., 140
 López Hernández, B., 27, 180
 López Hernández, M.B., 314
 López Lacort, M., 288
 López-Laguna, N., 87
 López Márquez, M.R., 31, 100, 293
 López Márquez, R., 155
 López Maside, A., 104
 López-Méndez, J., 246
 López Messa, J.B., 100, 188, 290
 López-Mintegui, N., 175, 293
 López Perea, N., 270, 28, 117, 261
 López Pereira, P., 73
 López-Quiroga, A.J., 178
 López-Rodríguez, J.A., 50, 264
 López Ruiz, N., 91, 95, 125, 190
 López-Saavedra, K., 327
 López Sánchez, L., 157
 López Sepúlveda, R., 180
 López-Soto, P.J., 76, 154, 186
 López Vázquez, P., 276
 López Vivas, F.I., 93, 264
 Lorente, I., 198
 Lorente Páramo, E., 50
 Lorenzo Ortega, M.R., 90
 Lorenzo Ortega, R., 65
 Lorenzo Ruano, P.L., 147, 148
 Lorusso, N., 56, 175, 285
 Lorusso Louross, N., 251
 Loza, E., 193
 Lozano, D., 217
 Lozano Alonso, J.E., 104, 117, 221, 246, 343
 Lozano Izquierdo, C., 58, 59, 113
 Lozano Lorenzo, M.J., 136
 Lozano Olivar, A., 322
 Lozano Polo, A., 121, 322
 Lozano-Lozano, M., 222
 Lubczynska, M.J., 215
 Lucas, R., 319
 Lucena, F., 173
 Luengo Matos, S., 111, 110
 Lugo, R., 140
 Lunet, N., 45
 Lupiáñez Castillo, A., 297
 Lupión, C., 238
 Luque, L., 99
 Luque-Carrillo, P., 76, 154, 186
 Luque Romero, L.G., 348, 349, 350
 Maceda Roldán, L., 281
 Machado, A., 335
 Machado, J., 163
 Machado, J.C., 119
 Machado, V., 310
 Machón, M., 104, 106
 Macià, F., 84, 85, 103, 265, 330, 331
 Macia Martínez, M.A., 281
 Macià Soler, M.L., 76
 Maciel, E., 53
 Maffei Andrade, S., 225
 Magna, I., 208
 Magro, R., 246
 Maixenchs, M., 82
 Majó, X., 208
 Malats, N., 43, 45
 Maldonado-Calvo, A., 47
 Maldonado Cárcelos, A.B., 121, 322, 330
 Maldonado-Palomino, N., 199
 Malmusi, D., 170, 181
 Malo, S., 87, 88
 Malo Aznar, M.C., 119
 Malvar Pintos, A., 340
 Manchón-Walsh, P., 30, 243
 Mangas Reina, J.M., 104
 Manosalva Sánchez, C., 352
 Manotas, D.C., 51, 252
 Manríquez, J., 212
 Manríquez, J.M., 82, 325
 Mantrana Bermejo, M.E., 108
 Manzanares, S., 116, 332
 Manzanares Laya, S., 307, 307, 210
 Manzano Salgado, C., 214
 Mar, J., 83, 228
 Marcellin Gurtubay, I., 339
 Marco Cabero, V., 96
 Marco-Piña, E., 286
 Marcos-Gragera, R., 30, 243
 Marcos Rodríguez, H., 56, 251
 Marcos Rodríguez, M.H., 285
 Maresma, M., 21
 Margolles García, P., 128, 129, 186, 345
 Margolles Martins, M., 128, 129, 186, 345
 Margolles Martins, M.J., 128
 Marí-Dell'Olmo, M., 226, 271, 272, 274
 Mariano, J.A., 250
 Marín, F., 291
 Marín Estrada, C., 338
 Marín Martínez, P., 166, 167, 299
 Marín-Ibáñez, A., 345
 Marín-Leon, L., 251
 Marinelli, M., 101, 174, 175, 283
 Mármol, S., 314
 Maroto, G., 106
 Marques, A.P., 149, 282
 Marques, E., 78
 Marqués Prendes, S., 52
 Márquez, M., 43, 45
 Márquez-Calderón, S., 56
 Márquez-Cartes, D., 199
 Márquez Peláez, S., 98, 100, 267
 Márquez Riveras, C., 300, 301
 Marrugat, J., 204
 Martí, R., 205, 206
 Martí-Moruno, V., 230
 Martí-Pastor, M., 37, 200
 Martín, C., 291
 Martín, F., 250
 Martín, J.J., 221
 Martín, M.C., 259
 Martín, S., 95, 211, 325, 332
 Martín, U., 34, 150, 170, 269
 Martín, V., 44, 45, 66, 67, 68, 249, 269, 287
 Martín Carbonero, L., 303
 Martín Escudero, M.P., 224
 Martín Ezquerro, G., 187
 Martín García, C., 134
 Martín García, J.D., 303
 Martín-Hernández, J.A., 337
 Martín Juárez, I., 146
 Martín-López, E., 98
 Martín Merino, E., 205, 281
 Martín-Olmedo, P., 58
 Martín Ríos, D., 256
 Martín Ríos, M.D., 255, 256, 257, 258
 Martín Rodríguez, M.M., 38, 147, 148
 Martín-Sánchez, J.C., 120, 161, 162
 Martín Sánchez, V., 222
 Martín Valle, S., 82
 Martín Vicente, M.L., 338
 Martínez, A., 21, 30, 75, 194
 Martínez, C., 148, 162
 Martínez, D., 162, 211
 Martínez, E., 242
 Martínez, E.V., 27, 214, 315
 Martínez, E.Z., 122, 141
 Martínez, J.M., 70
 Martínez, M., 21, 75
 Martínez, O., 95, 175, 252, 283
 Martínez, S., 116
 Martínez-Ales, G., 346
 Martínez-Alonso, M., 85
 Martínez Andrés, M., 130
 Martínez-Baz, I., 287, 335, 336
 Martínez-Beneito, M.A., 69, 70, 118
 Martínez Blanco, M.L., 169
 Martínez Cruz, O., 101
 Martínez Cuenca, S., 119
 Martínez Ferez, I., 267
 Martínez Galiano, J.M., 47, 48, 63, 64
 Martínez García, E., 326
 Martínez García, O., 94, 342
 Martínez-Gavilán, B., 222
 Martínez González, M.A., 46, 64, 87, 344
 Martínez-Indart, L., 86, 87, 293
 Martínez Lirola, M.J., 167, 166
 Martínez-Martín, P., 76, 216, 330
 Martínez-Montilla, J.M., 121
 Martínez Moreno, F., 121, 322
 Martínez-Ortega, M.C., 317
 Martínez Ruiz, V., 39, 41, 47, 222
 Martínez Sánchez, J.M., 165, 120, 161, 162
 Martínez Serrano, A., 323, 324
 Martínez Simancas, A.M., 57
 Martinho, C., 351
 Martins, A., 319
 Martins, L.S., 105
 Martins da Silva, A., 137
 Mas, R., 107, 156, 195
 Masa, J., 28, 261
 Masa Calles, J., 27, 117
 Masachs Fatjó, E., 153, 275
 Mata, F.F., 105
 Mateo, I., 270
 Mateo, S., 74
 Mateo-Abad, M., 104
 Mateos, R., 249
 Mateos Baroque, M.L., 338
 Mateos Campos, R., 96, 121, 298
 Mateos del Pino, M., 89, 90, 332
 Mateos Mazón, M., 317
 Mateu Gil, M.L., 171
 Maya-Ramírez, J.C., 349
 Mayoral, J., 238
 Mayoral, J.M., 42, 67, 68
 Mayoral Cortés, J.M., 141, 287
 Mayorgas, S., 194
 Mayorgas Torralba, S., 323, 324
 Mazuelas Teatino, J.P., 93, 143
 McGee Laso, A., 51, 187, 318
 Medallo, J., 305
 Medero, R., 23
 Medici, D., 186, 201
 Medina Bustos, A., 153, 170, 275
 Medina-González, R., 276
 Medina Torres, I., 93, 264
 Medrano, P., 160
 Mehdiapanah, R., 226
 Meijide, H., 302
 Melanda, F.N., 201
 Melchor, I., 69, 120
 Melchor, R., 239
 Meléndez, C., 103
 Melero, M., 234
 Melero García, M.M., 96, 276
 Mello, L.M., 141
 Mena, C., 208
 Mena de Cea, A., 302
 Mendes, R., 311
 Méndez, I., 260
 Mendiola Olivares, J., 245, 249
 Mendonça, D., 105, 137
 Mendoza, R., 23
 Meneses, R., 137
 Meneses-Gómez, E.J., 176, 225
 Mercader, M., 284
 Mercado-Carrasco, A., 199
 Mercado López, K.P., 51, 252
 Merello, M., 330
 Meroño, M., 208
 Mesas, A.E., 201, 203, 277
 Meseguer Ferrer, N., 179, 237
 Mestres, N., 25

- Mexia, R., 238, 262, 351
 Miagostovich, M., 53
 Michel, A., 269
 Miguel Benito, A., 179
 Miguel Tobal, F., 224
 Míguez, A., 213, 234, 300
 Míguez Santiyán, A., 28, 29, 333
 Milà, R., 193
 Milà Díaz, N., 84
 Millán Ortuondo, E., 89, 90, 332
 Millet, J.P., 307
 Minguell, S., 26, 75, 115, 250
 Mínguez González, O., 52
 Miota Ibarra, J., 345
 Mir, I., 255
 Mira Escolano, M.P., 232
 Mirabent Domingo, J., 187, 203
 Miralles Espí, M., 104
 Miranda, C.J., 305
 Miranda, J., 242
 Miranda Cortés, J.M., 73
 Miravittles, M., 206
 Mirón, I.J., 124
 Mittelmark, M.B., 49, 195
 Mogollón-Pérez, Y.M., 204
 Mokhtari, A., 351
 Mokoroa, O., 336
 Moldes Suárez, L., 50
 Moleón, J.J., 269
 Moles, M., 97
 Molés Julio, M.P., 76
 Molina, A.J., 44, 67, 68, 249, 266
 Molina, J., 238
 Molina, R.J., 211
 Molina-Barceló, A., 241
 Molina de La Torre, A.J., 222
 Molina Gil-Bermejo, J., 91
 Molina-Linde, J.M., 100
 Molina-López, M.T., 100
 Molina López, T., 110, 267
 Molina-Molina, J.M., 58
 Molina Montes, E., 43, 45
 Molina-Portillo, E., 43, 145, 229
 Molina-Soberanes, D., 39
 Molins, A., 182
 Molist, G., 248
 Molleja García, A., 93
 Moncada, R., 219
 Moncho, J., 149
 Monge, S., 303, 315
 Mónico, L.S., 31, 54, 55, 80, 108, 278, 299
 Monjardino, T., 319
 Monroy-Parada, D.X., 52
 Montalvo, T., 263
 Montané, C., 19
 Montañes Cobo, V., 125, 153, 304
 Montaña, C., 166
 Montaña Remacha, C., 61, 65, 141, 210, 352
 Montaña Remacha, M.C., 237
 Monte, C., 314
 Monte Vázquez, C., 191
 Monteagudo, M., 206
 Montecinos-Vallejos, M.J., 327
 Montes, M., 252
 Montes de Oca Jiménez, R., 93, 264
 Montiel, A., 104
 Montoliu, A., 82, 325
 Montón, C., 243
 Moñino García, M., 245, 249
 Mora Muriel, J.G., 74, 286
 Morais, M.H., 263
 Morais, S., 45
 Morales, E., 23, 274
 Morales, M., 67
 Morales-Araneda, E., 199
 Morales-Cane, I., 186
 Morales-Carmona, A., 324
 Morales Pertuz, C.A., 202, 280
 Morales-Piga, A., 214
 Morales Suárez-Varela, M., 186, 201, 297, 198, 200, 295
 Morales Suárez-Varela, M.M., 59
 Morán, M., 80
 Moratilla Monzó, L., 169
 Moreira, M., 141
 Moreno, B., 337
 Moreno, J., 241
 Moreno, L.A., 228
 Moreno, P., 252
 Moreno, V., 71, 224, 266, 269
 Moreno-Álvarez, A., 197
 Moreno Escobar, P., 345
 Moreno-Iribas, C., 145
 Moreno-Iribas, M.C., 18
 Moreno López, A.B., 102, 232
 Moreno Luquero, M., 157
 Moreno Pardo, F., 146
 Moreno Parejo, J.C., 31, 155, 283, 293
 Moreno Roldán, E., 41
 Moreo, P., 242
 Morey Montalvo, M., 50, 264
 Morgan, B., 248
 Morillo, A., 29, 337, 340
 Morteruel, M., 34, 115, 218
 Moscoso, K., 34
 Mosquera, I., 150
 Mosquera, M., 27
 Mosquera, M.M., 30, 75, 261
 Mosquera Gordillo, M.A., 302
 Mota, P., 292
 Mota Cátedra, G., 106, 278
 Moure, L., 23
 Moure Rodríguez, L., 22, 152, 244
 Mouteira Vázquez, M., 196
 Moya Ruano, L.A., 112, 113
 Muestieles, V., 58
 Muetzel, R., 215
 Mulero, A., 190
 Munguambe, K., 82
 Muniozguren Agirre, N., 139, 155
 Muñoz, A., 134
 Muñoz, C., 39
 Muñoz, G., 123, 161
 Muñoz, J., 49
 Muñoz, L., 42, 101, 174, 185, 239, 284, 344
 Muñoz, P., 322
 Muñoz, S., 89, 321
 Muñoz-Almagro, C., 26, 72, 115
 Muñoz Collado, L., 146
 Muñoz de Morales Romero, L., 345
 Muñoz-Guerra Revilla, J.A., 224
 Muñoz Navarro, S., 248
 Muñoz-Pérez, L., 64
 Muñoz Pérez, L.F., 93
 Muñoz Pinilla, J., 345
 Muñoz Sánchez, L.P., 151
 Murcia, M., 36, 37, 326
 Muriel, A., 300
 Muriel, E., 257
 N'diaye, O., 154
 Nader Díaz, S., 51, 252
 Nájera López, A., 180
 Naniche, D., 82
 Nardi, J., 283
 Nascimento, M.C., 94
 Nau, C., 218
 Naval, S., 194
 Navarrete, H., 59
 Navarrete-Muñoz, E.M., 126, 127, 129, 164
 Navarro, C., 102, 145, 148, 212
 Navarro, D., 83
 Navarro, G., 69, 287
 Navarro, M., 33
 Navarro, P., 158
 Navarro-Illana, E., 288
 Navarro-Illana, P., 288
 Navarro Palenzuela, C., 267
 Navascués, A., 287, 335, 336
 Navaza, B., 33
 Nayana Melo, E., 240
 Ncogo, P., 253, 265
 Ndarabu, A., 79
 Nebot, L., 274, 327
 Neira, J., 208
 Neira, M., 24
 Neto, M., 127
 Nexus, G.T., 98
 Nieto Jiménez, M., 58, 59, 113
 Nieto Valverde, I., 31, 100, 155, 293
 Nieto Vera, J., 95, 125, 313
 Nieves, M.N., 300
 Nina, J., 54
 Niño de Guzmán Quispe, E.P., 221, 246
 Nobre, A., 189
 Nogales, P., 127
 Nogueira, P.A., 251, 252
 Noguer, I., 185, 213, 272
 Noguer Zambrano, I., 347
 Noguera, A., 21
 Noguerales, R., 231
 Nogueras, M., 94
 Noguerol, M., 257
 Nolasco, A., 107, 149, 195
 Nores Blanco, B., 177
 Noriega Barreda, C., 267
 Noriega Barreda, C.M., 31, 100, 293
 Norton, P., 277
 Notario-Barandiaran, L., 126
 Novoa, A., 209
 Novoa, A.M., 207, 208
 Nuin-Villanueva, M.A., 159
 Nunes, B., 335
 Núñez, O., 311
 Nuño Casas, T., 146
 Nzakimuena, F., 79
 O'Donnell Cortés, B., 65
 O'Donnell Cortés, B., 90
 Ocampos, S.F., 280
 Ocaña, R., 106
 Ojeda, A., 280
 Ojeda, B., 106
 Ojeda-Ruiz, E., 19, 97
 Olabarria, M., 40
 Olalla, P.G., 209
 Olaya Caro, I., 281
 Olea, A., 181
 Olea, N., 58, 58
 Oliva, G., 284
 Oliva, J., 73, 74, 123, 124, 335
 Oliva-Reina, I., 143
 Oliván Abejer, J., 57
 Oliveira, D., 80, 299
 Oliveira, H.B., 251
 Oliveira, J., 342
 Oliveira, M., 195, 277
 Oliveira, P., 90, 105
 Olmedo, R., 249
 Olmedo-Requena, R., 41, 47, 48, 120, 222, 224, 326
 Olmos Cubero, C., 57
 Olry de Labry Lima, A., 297
 Olvera Porcel, M.C., 326
 Oncina Cánovas, A., 127
 Onieva García, M.A., 177, 235, 275
 Orcau, A., 168, 250
 Ordobás, M., 102, 127, 131, 132, 215, 250
 Ordobas Gavín, M., 28, 116, 334, 338
 Ordóñez León, G.Y., 318
 Orellana, A., 170
 Oria, C., 337
 Oriolo, I., 109
 Oriolo, I.D., 259
 Orozco, L.C., 235
 Orruño, E., 175, 293
 Ortega, E., 83
 Ortega, G., 162
 Ortega, M.T., 336
 Ortega, V., 173
 Ortega Belmonte, M.J., 65, 90
 Ortega Galiana, R., 259, 260
 Ortega López, Y., 93, 143, 254
 Ortega-García, M., 276
 Ortí, R.M., 49
 Ortí Lucas, R.M., 285
 Ortiz, C., 124, 160, 216
 Ortiz, H., 127
 Ortiz-Barreda, G., 46, 195, 133, 212, 327, 328
 Ortuño, R., 219
 Osca-Gelis, G., 30, 243
 Osma, C., 59
 Osorio, A., 79
 Ospina, J.E., 168
 Oteo, J., 316
 Otero Fernández, M.A., 31, 237, 283, 293
 Otero García, L., 149
 Otero Santiago, M., 50, 253
 Ouammi, L., 351
 Pacheco Olivares, A., 53
 Padrón, A., 315
 Padrón-Monedero, A., 125, 126, 185, 272

- Pagá, A., 213, 300
 Pagá Casanova, A., 140
 Pagán, J.P., 53
 Pais Ribeiro, J.L., 137
 Palacios, M.S., 23
 Palao Moreno, P., 118, 120
 Palència, L., 84, 208, 271, 274
 Pallarés Giner, R., 72
 Pallawo, R.B., 91
 Pallisó, F., 101
 Palmieri, M., 141
 Palomar Rodríguez, J.A., 232
 Panisello Chavarría, M.L., 171
 Pantoja, P.E., 85, 240
 Pañella, H., 116
 Papantoniou, K., 224
 Páramo-Rodríguez, L., 229, 230, 231
 Pardo Romaguera, E., 214, 318
 Parés, O., 103, 331
 Parés-Badell, O., 84, 330
 Parra Rodríguez, A.I., 247
 Parra Rodríguez, A.Y., 331
 Parra Sánchez, H., 151
 Parra-Blázquez, D., 257
 Parramon, D., 205, 206
 Parraza Díez, N., 89, 90
 Parreira, P., 54, 55, 56, 77, 222
 Parreira, P.M., 31, 80, 108, 278, 299
 Parron, I., 250
 Pasarín, M., 182, 208, 209
 Pasarín, M.I., 274
 Pascual, A., 238
 Pascual, N., 78, 252
 Pascual Aguirre, N., 94, 178, 342
 Pascual-Cubi, J., 279
 Pastor Villalba, E., 285
 Pastor-Barriuso, R., 76, 160
 Patel, L., 135
 Patiño Galindo, J.A., 83, 261
 Pavón, I., 42
 Pavón Real, I., 146
 Paz Montero, O., 177
 Peces-Barba, G., 239
 Pechirra, P., 335
 Pedraza-Flechas, A.M., 242
 Pedrero Pérez, E.J., 37, 109, 152, 244, 348
 Pedro, L., 137
 Pedrosa, I., 78
 Pedrosa Corral, I., 177
 Pedrozo, M.E., 280
 Peiró, R., 35, 224
 Peiró-Pérez, R., 241
 Pelayo, R., 291
 Peleteiro, B., 45, 312
 Penas, A., 255
 Peña-Rey, I., 62
 Pera, G., 89
 Pera, G., 343
 Perales, A., 295
 Perales Palacios, I., 339
 Peralta, A., 274
 Perdomo Ramírez, M.L., 61
 Perea, E., 29
 Pereira, A.E., 235
 Pereira, M.G., 105
 Pereira-Moreira, R., 61, 158
 Pereiras López, M., 300, 301
 Pereyra-Zamora, P., 69, 107, 149, 195
 Pérez, A., 22, 182, 321
 Pérez, B., 35
 Pérez, E., 166
 Pérez, G., 37, 207, 208, 209, 220, 274, 327
 Pérez, J., 257
 Pérez, K., 39, 40
 Pérez, M.E., 242
 Pérez, M.J., 85
 Pérez, R., 233
 Pérez Albarracín, G., 62
 Pérez del Pulgar, S., 179
 Pérez Díaz, M., 281
 Pérez Espitia, J.T., 288
 Pérez-Freixo, H., 253
 Pérez-Gandía, O.M., 303
 Pérez-Garay, R., 86
 Pérez-Gómez, B., 224, 242, 269, 311
 Pérez-Hernández, B., 150
 Pérez Lozano, M.J., 50, 69, 287
 Pérez Morilla, E., 61, 141, 210, 237, 352
 Pérez-Panades, J., 69, 120
 Pérez-Ramírez, J., 126
 Pérez Ramos, A.J., 281
 Pérez-Riera, C., 231
 Pérez-Ríos, M., 122, 161, 268
 Pérez Ruiz, M.J., 108
 Pérez Sanz, E., 86
 Pérez-Tasigchana, R.F., 33
 Pérez-Urdiales, I., 32
 Pérez-Vicente, S., 31, 293
 Pérez-Warnisher, M.T., 239
 Perpiñán, H., 69, 118
 Perroux, J.R., 56, 77, 222
 Pértiga-Díaz, S., 196, 240, 302, 197
 Petersen, I., 206
 Pichiule, M., 80, 131, 132, 301, 303
 Pico, Y., 198, 297
 Pilotto, J., 195
 Pina-Pérez, M.F., 102
 Pinel, C., 189
 Pinto, C.A., 31
 Pinto, P., 54
 Pinto, P.F., 56, 77, 222
 Pinto Barbosa, S.P., 245, 347
 Pinto Riera, L.F., 74
 Piñas García, P., 108
 Piñero Lamas, M., 276, 268
 Pires, D.C., 282
 Pires Alcaide, M., 169
 Pita Carretero, J.M., 92
 Pita Fernández, S., 196, 240, 197
 Pite, C., 289
 Pizarro, A., 79
 Pla Díaz, M., 261
 Plans, P., 26, 115, 139
 Plasencia, E., 75
 Plata Rosales, J.C., 93, 143
 Plaza, I., 209, 308
 Plazaola, T., 322
 Plitt Gómez, B.C., 246, 247
 Plumed, M., 322
 Poblador, B., 16, 205
 Polentinos Castros, E., 101
 Pollán, M., 35, 45, 242, 267, 311
 Polo, C., 131
 Polo Rodríguez, R., 301
 Poncel, A., 16
 Ponjoan, A., 205, 206
 Pons, A., 85
 Pons, J.M., 182
 Pons, J.M.V., 174, 175
 Pont, A., 37, 135, 227
 Pont, M., 17, 243
 Poo, P., 198
 Porras, E., 172
 Porras-Povedano, M., 143
 Porthé, V., 308
 Portilla, J., 303
 Portillo, I., 83, 86, 87, 175, 293
 Posada, M., 233
 Posada-López, A., 349
 Posso, M., 85
 Pousa Ortega, A., 177, 340
 Poveda, E., 302
 Poveda, J.P., 53
 Pozo, A., 85, 240
 Pozo, F., 286, 335
 Pozo Cano, M.D., 326
 Pozuelo Carrascosa, D.P., 130, 345, 294
 Prado Galbarro, F.J., 18
 Prados, A., 16
 Prados Sánchez, M.C., 101
 Praena, J., 238, 337
 Praena, J.M., 293
 Praena, M., 200
 Prat, A., 30
 Prats, B., 198
 Prats, N., 182
 Prats-Urbe, A., 263
 Pratte-Santos, R., 53
 Precioso, J., 119, 163
 Previdelli, I., 141
 Prieto, D., 209
 Prieto-Alhambra, D., 205
 Prior Venegas, R., 103
 Proietti, F.A., 171
 Proietti, F.A., 192
 Proyecto uniHcos, G., 121
 Puente Alcaraz, J., 157
 Puerta García, C., 348
 Puerta Lázaro, A., 53
 Pueyo Sánchez, M.J., 105, 291
 Puga, D., 123
 Puig, L., 283
 Puig, T., 85
 Puig-Barrachina, V., 181
 Puig-Ribera, A., 193
 Puigdefàbregas, A., 304, 305, 306
 Puigdoménech, E., 112
 Puigpinós-Riera, R., 265
 Pulido, J., 25, 38
 Pulido Manzanero, J., 39
 Pumarola, T., 21, 259
 Purriños Hermida, M.J., 92, 340
 Queiroz, J.A., 141
 Quer, J., 179, 210
 Quiles, J., 120
 Quiles del Río, J., 142
 Quintana, J.M., 17, 71, 164, 243
 Quintana, M.J., 265, 266
 Quintero Álvarez, L., 151
 Quiroga, A., 250
 Quiroga-Fernández, A., 224
 Rabanaque, M.J., 87, 88
 Rafael, R., 189
 Rajmil, L., 109, 185
 Ramalho, W.M., 36
 Ramallal, R., 46
 Ramírez, J., 199
 Ramírez-Ramírez, G., 246
 Ramírez-Villaescusa, A., 141
 Ramiro Fariñas, D., 153, 304
 Ramiro-González, M.D., 50, 264
 Ramis, R., 214, 318
 Ramos, B., 219
 Ramos, C., 181
 Ramos, E., 47, 228, 321
 Ramos, R., 204, 205, 206, 345
 Ramos-Arroyo, M.A., 159
 Ramos Fernández, B., 312
 Rangel-Rincón, L.J., 349
 Rava, M., 43
 Ravara, S., 163
 Ravelo, R., 265
 Razquin, C., 344
 Real, F.X., 43
 Real, F.X., 45
 Real Gatius, J., 165
 Rebagliato, M., 36, 37, 326
 Reche, B., 257
 Recio Andrade, B., 106, 278
 Red Centinela Sanitaria, 117
 Redondo, D., 43, 145, 229
 Redondo, M., 243
 Redondo Gallego, M.J., 134
 Reguengo, H., 105
 Reina, G., 287
 Reinares Ortiz, J., 179
 Reis, F., 163
 Relat, J., 140
 Renart, G., 183
 Rendo-Urteaga, T., 228
 Reques, L., 21
 Reques Sastre, L., 91
 Retamar, P., 238
 Reyes, L., 314
 Reyes Benítez, M.J., 242
 Reyes Gilabert, E., 348, 349, 350
 Reyes-Urueña, J., 81, 310
 Reynolds, J., 220
 Ribeiro, A.I., 123
 Ribeiro, C., 319
 Ribera, A., 292
 Ricca, P., 172
 Ricciardi, D., 170
 Riccobene, A., 162
 Rico, A., 256
 Rico Gómez, A., 149
 Riebler, A., 226
 Riesgo-Fuertes, R., 19
 Rigo, F., 345
 Rigo Medrano, M.V., 94
 Rincón Acevedo, C.Y., 353
 Rincón Carlavilla, A., 71
 Ripoll Morales, M., 259, 260
 Riquelme Gallego, B., 41, 47
 RITS Study Group, 140
 Rius, C., 75, 139
 Rivas Pérez, A., 104
 Rivas-Ruiz, F., 104
 Rivera Sequeiros, A., 136
 Robledo Iñarritu, M., 89, 90
 Robles, N., 17, 19, 101, 109, 174, 185, 283, 284

- Roca Bennasar, M., 347
 Rocha Cruzeiro, C.M., 194
 Roche-González, R., 294
 Roda Ramón, J., 94
 Rodero, I., 215
 Rodero Cosano, M.L., 184, 185
 Rodero Garduño, I., 28, 116, 334, 338
 Rodés, A., 250
 Rodolfo Saavedra, R., 259
 Rodolfo Serrano, R., 260
 Rodrigo, J.A., 259
 Rodrigo, P., 209
 Rodrigo, T., 255
 Rodrigo Val, M.P., 119
 Rodrigues, A.M., 296
 Rodrigues, A.P., 127, 335, 342
 Rodrigues, D.C., 235
 Rodrigues, D.E., 171, 192
 Rodrigues, I., 296
 Rodrigues, J.M., 149, 282
 Rodrigues, M.B., 55
 Rodrigues, N., 238, 262
 Rodrigues, V., 298, 320
 Rodrigues, V.M., 305
 Rodrigues Correa-Filho, H., 280
 Rodrigues-Júnior, A.L., 94
 Rodríguez, C., 23
 Rodríguez, D., 314
 Rodríguez, E., 166
 Rodríguez, L., 106
 Rodríguez, M., 78, 183, 260
 Rodríguez, M.M., 66
 Rodríguez, R., 139
 Rodríguez, S., 340
 Rodríguez-Álvarez, M.X., 71
 Rodríguez Arenas, A., 62
 Rodríguez Arenas, M.A., 255, 256, 257, 258
 Rodríguez-Arjona, D., 109
 Rodríguez-Artalejo, F., 24, 33, 48, 150, 225
 Rodríguez-Baño, J., 238
 Rodríguez-Barranco, M., 43, 145, 229
 Rodríguez Benjumeda, L.M., 99, 341
 Rodríguez Blázquez, C., 17, 216, 223, 328, 330
 Rodríguez-Borrego, M.A., 76, 154, 168, 186
 Rodríguez-Dehli, C., 129, 326
 Rodríguez del Águila, M.M., 54, 275, 287
 Rodríguez-Domínguez, M.J., 258
 Rodríguez Escudero, M.J., 53
 Rodríguez Fernández-Viagas, C., 152
 Rodríguez-Frías, F., 210
 Rodríguez García, M.P., 223
 Rodríguez Gómez, R., 37, 109, 152, 244
 Rodríguez-Laso, A., 17, 328
 Rodríguez Lucas, C., 317
 Rodríguez Martín, B., 130
 Rodríguez Martínez, A., 92
 Rodríguez Moreno, N.C., 61
 Rodríguez Muñón, M.A., 226
 Rodríguez Ortiz de Salazar, B., 301
 Rodríguez Osorio, I., 302
 Rodríguez Pérez, L., 313
 Rodríguez Rasero, F.J., 113
 Rodríguez Recio, M.J., 56, 251, 285
 Rodríguez Reinado, C., 33
 Rodríguez Rodríguez, V., 17, 223, 328
 Rodríguez Rojas, T., 245
 Rodríguez Romero, E., 61, 141, 210, 237, 352
 Rodríguez-Salceda, I., 19
 Rodríguez-Sanz, M., 207, 208, 209, 226, 271, 272, 274
 Rodríguez Tobar, J.A., 248
 Rodríguez Torronteras, A., 281
 Rodríguez-Vallín, E., 166
 Rodríguez Vega, B., 346
 Rodríguez Vivas, R.I., 264
 Rojas Rodríguez, E., 259, 260
 Rojo Alba, S., 317
 Rojo Mota, G., 348
 Roldán, L., 325
 Roldán Alba, I., 143, 254
 Roldán-Garrido, A., 143
 Romaguera, D., 45, 267
 Román, E., 50
 Román, M., 266, 268
 Román Mazuecos, E., 346
 Román-Gálvez, M.R., 47, 120
 Romero, A., 266, 267
 Romero, B., 269
 Romero, D.E., 149, 282
 Romero, R., 99
 Romero-Constanzo, B., 199
 Romero Gómez, M., 237
 Romero Tabares, A., 98, 175
 Romeu García, M.A., 179, 237
 Ronda, E., 308, 309
 Ros, E., 46, 87
 Ros, P., 102
 Rosario-Lozano, M.P., 98, 100
 Rosato, V., 43
 Rosero Caicedo, A., 61
 Roso Llorach, A., 165
 Rotela, M., 158
 Rotela, S., 29
 Rovey Souza, M., 240
 Royo, J.D., 193
 Ruano-Raviña, A., 268, 312
 Rubín Gómez, M.A., 54, 94, 275
 Rubio López, N., 297, 198
 Rué, M., 85, 228
 Rueda, M., 164
 Rueda, M.T., 66
 Rueda, S., 220
 Rueda Domingo, T., 54
 Ruigómez-Sánchez, A., 76
 Ruiz, J., 255
 Ruiz, L., 72, 75
 Ruiz, M., 24, 38
 Ruiz, S., 20
 Ruiz Bremón, A., 246, 247
 Ruiz-Canela, M., 46, 87
 Ruiz Cantero, M.T., 63, 133, 219
 Ruiz Díaz, J., 280
 Ruiz Domínguez, F., 191
 Ruiz Fernández, D., 157
 Ruíz-García, M., 248
 Ruiz Gómez, M., 103
 Ruiz Gutiérrez-Colosía, M., 185
 Ruiz Hidalgo, L., 130
 Ruiz-Pérez, I., 183
 Ruiz Ramos, M., 125
 Ruiz Romero, M.V., 136
 Ruiz Romero, V., 107, 108
 Ruiz Sánchez de León, J.M., 348
 Ruiz Sopena, C., 56, 188, 251, 285
 Ruiz Tovar, M., 262
 Ruiz-Vargas, R., 303
 Ruiz-Villar Fernández-Bravo, C., 157
 Rumayor-Zarzuelo, M., 19
 Sabando, V., 63
 Sabater, C., 69
 Sabater-Gregori, C., 44
 Sabbadini, L., 282
 Sabido, M., 309
 Sabroza, P., 189
 Sabroza, P., 263
 Sáenz, J.M., 58
 Sáez, M., 103, 165, 216
 Sáez Zafra, M., 183
 Sáinz de Baranda Camino, C., 52
 Saiz Fernández, R., 129, 345
 Saiz Ruiz, J., 347
 Sala, M., 103, 267, 268, 330, 331
 Sala, M.R., 139
 Saladie, F., 266
 Saladié, F., 30
 Salamanca, C., 29, 340
 Salamanca-Fernández, E., 43, 58, 145
 Salamanca Rivera, C., 91
 Salamanca Rivera, E., 340
 Salas, D., 241, 242
 Salas-Salvadó, J., 46, 87
 Salas Trejo, D., 84, 86, 242
 Salazar, A., 106, 137, 138, 213, 234, 300
 Salazar Cifre, A., 28, 29, 333
 Salcedo, I., 238
 Salcedo Bellido, I., 41, 48, 120, 222, 326
 Saldarriaga-Bolívar, V., 225
 Saldívar Gómez, A., 264
 Saleta Canosa, L., 50, 253
 Salgueiro-Oliveira, A., 54, 80, 108, 278, 299
 Salgueiro-Oliveira, A.S., 55
 Salinas Pérez, J.A., 184, 185
 Salinero-Fort, M.A., 18
 Salmerón, D., 145, 148
 Saltó, E., 161
 Saltó Cerezuela, E., 153, 275
 Salvador Carulla, L., 184, 185
 Salvador Piedrafita, M., 170, 181
 Samorinha, C., 119, 163
 Samper, S., 166
 Samudio, M., 142
 San Andrés-Rebollo, F.J., 18
 San José, S., 139
 San Martín Martínez, M., 299
 San Román, E., 145
 San Sebastián, M., 32, 272
 Sánchez, E., 151, 169, 270
 Sánchez, E.S., 53
 Sánchez, F., 22
 Sánchez, J., 85, 240
 Sánchez, L., 342
 Sánchez, M., 266
 Sánchez, M.J., 42, 43, 145, 229
 Sánchez, P., 116
 Sánchez, V., 190
 Sánchez-Alonso, M., 271
 Sánchez Busó, L., 261
 Sánchez Calderón, M.J., 295
 Sánchez Cánovas, A., 339
 Sánchez-Cantalejo, E., 43
 Sánchez-Cantalejo, J., 43
 Sánchez Carratala, E., 94
 Sánchez Castro, P., 346
 Sánchez-Contador, C., 242
 Sánchez Díaz, G., 233
 Sánchez Díaz, J., 221, 246, 338
 Sánchez Escámez, A., 232
 Sánchez Ferrin, P., 291
 Sánchez García, M.C., 348, 349, 350
 Sánchez-Gavidia, A., 294
 Sánchez-Gómez, A., 21
 Sánchez-Gómez, R., 187, 318
 Sánchez Gutiérrez, C., 107
 Sánchez-Lanuza Rodríguez, M., 56
 Sánchez León, R., 157
 Sánchez-Lopera, N., 349
 Sánchez López, M., 130
 Sánchez Pardo, M., 232
 Sánchez Payá, J., 74, 286
 Sánchez Pina, B., 249
 Sánchez Robles, R., 275
 Sánchez-Seco, M.P., 20
 Sánchez Sierra, M.J., 190
 Sanchís-Matea, E., 149
 Sancho Uriarte, P., 139, 155
 Sanchlemente, C., 324
 Sandín, M., 62, 220, 324
 Sandoval-Insauti, H., 52, 189, 315, 316
 Santa-Marina, L., 37
 Santacruz-Hamer, V., 143
 Santamaría, R., 336
 Santamaría Zuazua, R., 339
 Santamaría-Rubio, E., 39, 40
 Santana, D.C., 149, 282
 Santillan, M.E., 282
 Santolaria Bartolomé, E., 203
 Santoma, M., 325
 Santos, A.C., 129, 319
 Santos, A.J., 127
 Santos, H.G., 201
 Santos, J.R., 127, 294
 Santos, S., 195, 322
 Santos Box, C., 54
 Santos Luque, R.F., 156
 Santos Salla, I., 194
 Santos Sánchez, V., 272
 Sanz, B., 308
 Sanz, F., 66, 68, 295
 Sanz Barbero, B., 149
 Sanz García, M.J., 242
 Sanz Moreno, J.C., 334
 Sanz Ortiz, C., 179
 Sanz Peces, E., 101
 Sanz-Cuesta, T., 19
 Sarasa-Renedo, A., 248
 Saravia, G., 27, 261
 Saravia, L., 228
 Sáez Escudero, A.B., 166
 Sarriá-Santamera, A., 18, 32, 156

- Sarriugarte, G., 228
 Saura, A., 85, 240
 Saurina, C., 183
 Schiaffino, A., 122, 161
 Schmidt, S., 135
 Schneckner-Yebra, C., 186, 201
 Segura, A., 182
 Segura, J., 170
 Segura, O., 201, 202, 247, 331
 Segura Aroca, M., 232
 Segura del Pozo, J., 220
 Segura García, L., 347
 Segura Rodríguez, A., 61
 Seijo, L.M., 239
 Seijo Bestilleiro, R., 240
 Semedo, R., 88
 Sendra, J.M., 230, 231
 Sentís, A., 216
 Señé-Mir, A., 193
 Seoane Pillado, M.T., 196, 226, 240, 302
 Seoane-Pillado, T., 197
 Sepúlveda-Gualdrón, A.Y., 40
 Sequeira Silva, D.F., 194
 Serna González, P., 61
 Serra, V., 292
 Serra Pujadas, C., 187, 203
 Serra Saurina, L., 183, 279
 Serra-Sutton, V., 19, 175
 Serradesanferm, A., 85
 Serral, G., 265
 Serrano, C., 99
 Serrano, E., 115
 Serrano-Aguilar, P.G., 110, 111
 Serrano Ibarbia, E., 114
 Severo, M., 227, 228, 319
 Sierra, R., 238
 Sierra Moros, M.J., 21
 Sillero, M.I., 194
 Sillero, R., 167, 234
 Sillero Arenas, M., 63, 64, 48
 Sillero Arenas, M.I., 146
 Sillero Quintana, M.I., 169, 323, 324
 Silva, A., 342
 Silva, A.P., 265
 Silva, A.S., 122
 Silva, E.N., 235
 Silva, E.T., 235
 Silva, G.D., 131
 Silva, I., 137
 Silva, P.P., 105
 Silva, S., 136, 227, 228
 Silva Barajas, A.P., 51, 318
 Silva Contreras, E.J., 74
 Silva Santos, M.C., 277
 Silvestre Silvestre, E., 179
 Simón, F., 21
 Simón, L., 160
 Simón Soria, F., 278
 Sistema de Vigilancia de Gripe en España, 73
 Slaoui Berezak, N., 91, 154, 219
 Sloff, J., 292
 Soares, J., 132
 Soares, P., 47, 48
 Soares, S., 320, 321
 Sobh, K., 154
 Sobhy, S., 65
 Sobral, A.P., 56, 77, 222
 Solà, R., 210
 Solano, R., 139
 Solar-Boga, A., 197
 Soldevila, N., 67, 68, 69
 Solera Martínez, M., 130
 Solís, N., 170
 Sonego, M., 62, 131
 Sordo, L., 22, 24, 248
 Soriano, L., 213, 300
 Soriano Melchor, E., 291
 Sorribes, M., 25
 Soto-Gordoa, M., 83, 228
 Soulaymani, A., 351
 Soulaymani, R., 351
 Sousa, I., 119, 163
 Sousa, J., 163
 Sousa, N., 90
 Sousa, R., 296
 Sousa Lemos, D., 279
 Souto Derungs, S., 196
 Souza, C., 195
 Souza, D.L., 147
 Souza-Junior, P.R., 149
 Souza-Santos, R., 263
 Stolses Bergamo Francisco, P.M., 77
 Struijk, E., 33
 Struijk, E.A., 48
 Stuarda, V., 325
 Stuardo, V., 82, 212
 Suanes-Sebastian, M.M., 246
 Suárez, B., 21
 Suárez, E., 50
 Suárez Escudero, A.B., 167
 Suárez Sotelo, M.C., 196
 Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, 336, 337
 Subirana, I., 345
 Suelves, J.M., 26, 39, 162, 273
 Sulleiro, E., 21
 Sundin, O., 132
 Sunyer, J., 37, 216
 Sureda, X., 23, 24, 122, 162, 181
 Surís Armangué, X., 105, 291
 Suy, A., 21
 Taboada Rodríguez, J.A., 168, 254, 300, 301
 Talarico, C.A., 141
 Talavera, T., 199
 Tamames, S., 67, 68
 Tamames Gómez, S., 56, 188, 251, 285
 Tamayo, I., 318
 Tamayo-Fonseca, N., 107, 149, 195
 Tamayo-Uria, I., 214
 Tardón, A., 326
 Tauler, P., 223, 296
 Taveira, J.A., 250
 Tébar Martínez, A., 51
 Tebé, C., 101, 174
 Teixeira, C., 65
 Teixeira, M.L., 195
 Tena Sempere, M.E., 108
 Tenza Iglesia, I., 74
 Terada, N.A., 122
 Terán, R., 233
 Thangaratinam, S., 65
 The Astro-Lab Group, 227
 The Pangeneu Study Investigators, 45
 Tiemeier, H., 215
 Tinahones, F.J., 58
 Titos Gil, S., 232
 Tizón Bouza, E., 196
 Tobarra-López, A., 35
 Tobías, A., 229
 Toledo, D., 26, 67, 69, 115
 Toledo, E., 344
 Toledo, L., 189
 Toledo Chirino, V.V., 285
 Tolentino, M.S., 105
 Tomás Jiménez, L., 169
 Tora, I., 85, 240
 Torà, N., 17, 243
 Torgal, J., 184
 Torijano, M.J., 283, 316
 Tormo-Díaz, M.J., 345
 Tormo-Palop, N., 276
 Torné Vilagrasa, E., 174, 99
 Torner, N., 21, 30, 68, 69, 75, 287
 Toro Cárdenas, S., 297
 Torra, R., 30, 139
 Torrado Fábregas, M.J., 177
 Torralba, P., 39
 Torregrosa, P., 118
 Torrejón, M.C., 337
 Torrella-Ramos, A., 44
 Torrent, M., 129
 Torres, M., 335
 Torres, R., 257
 Torres, V., 239, 344
 Torres Bernal, E., 63
 Torres Butrón, E., 340, 341
 Torres Cantero, A.M., 121, 245, 249, 330
 Torres-Collado, L., 126, 127
 Torres-Meza, V.M., 64
 Torres de Mier, M.V., 117
 Torres Meza, V.M., 93
 Torres Puente, M., 83, 261
 Torres Torres, F., 178
 Tortajada, S., 291
 Tortosa, J., 145
 Toth, O., 132
 Trenado Rodríguez, M.R., 136
 Tresserras, R., 306
 Tresserras Gaju, R., 153, 275
 Treviño, L., 25
 Trevisan, E.R., 211
 Trilla, A., 240
 Trujillo-Alemán, S., 220
 Trullenque, J., 193
 Tuells, J., 107, 195, 284, 333
 Túnez, L., 219
 Ubalde-López, M., 279, 331
 Ugarte, M.D., 226
 Upegui, L.D., 235
 Uranga, A., 322
 Uranga, B., 86
 Urbialde, I., 59
 Urbina, M.J., 145
 Urbiztondo, L., 72
 Urco Cáceres, S.A., 192
 Urke, H.B., 46, 49
 Urrejola, M., 175, 293
 Ursúa Díaz, M.I., 168, 254
 Urtasun, M., 220, 324, 342
 Uva, M.S., 294
 Valcárcel-Nazco, C., 111
 Valdivia, M., 250
 Valdivieso Martínez, B., 291
 Valencia, D., 233
 Valencia, R., 238, 337
 Valencia Martín, J.L., 24, 51, 187, 318
 Valencia Martín, R., 155
 Valente, J., 289
 Valenzuela Martínez, M., 41
 Valenzuela-Peters, R., 63
 Valera, I., 145
 Valera-Gran, D., 126, 127, 129
 Valera Moya, N., 84
 Valero, N., 116
 Valero-García, I., 276
 Valero-Juan, L.F., 121
 Valiente, R., 181, 295
 Valiño López, P., 253
 Valle, M.A., 199
 Valle Alonso, J., 38
 Valle-Barbosa, M.A., 134
 Vallejo, F., 25, 73, 74, 123, 124
 Vallejo Godoy, S., 167
 Vallejo-Torres, L., 111
 Vallés, G., 156, 193
 Vallmajó, M., 190
 Valls León, C., 157
 Valverde, A., 162
 Valverde Roig, M., 86
 Van Ganse, E., 200
 Van Ganse, E., 227
 Van Ravesteyn, N.T., 228
 Vanaclocha, H., 69, 261
 Vanaclocha Espí, M., 86
 Vaquero Álvarez, M., 38
 Varela, C., 27, 214, 315
 Varela-Lema, M.L., 110
 Varga, D., 165
 Vargas, I., 308
 Vargas, J., 50
 Vargas García-Tenorio, S., 224
 Vargas-Leguías, H., 270
 Vargas-Martínez, A.M., 121
 Vargas Pérez, M., 237
 Vargas-Prada, S., 203
 Vargas Romero, J., 237
 Varo Baena, A., 281
 Vázquez Chagoyan, J.C., 93
 Vázquez-Vera, H., 208
 Vaya Utiel, J., 302
 Vázquez, A., 20
 Vázquez, M.L., 308
 Vázquez, Z., 344
 Vázquez Blanco, J., 338
 Vázquez Chagoyán, J.C., 264
 Vázquez Lago, J.M., 136, 276
 Vega Alonso, T., 104, 117, 343
 Vega Castaño, M.C., 340
 Vega-López, M.G., 134, 199
 Vela Ríos, J., 112, 113
 Vela-Soria, F., 58
 Velasco, E., 21
 Velasco, P., 59
 Velázquez, G., 158
 Vélez Baena, S.C., 151
 Vella, V.A., 347
 Veloso, S., 303
 Ventura, L., 181
 Vergara, A., 116
 Vergara, I., 104
 Vergara Ugarriza, A., 119
 Veríssimo, C., 78
 Veríssimo, C.V., 77

- Veríssimo, M., 78
 Vián González, E.M., 338
 Vicente, C., 242
 Vicente, E., 159
 Vicente, S., 31
 Vicente-Herrero, T., 223, 296
 Viciano, F., 153, 304
 Viciano Fernández, F., 125
 Vidal, C., 242, 266
 Vidal, E., 265
 Vidal, J., 198
 Vidal Esteba, A., 51
 Vidal-García, M., 286
 Vieira, C., 277
 Vieira, M.V., 77
 Vila, I., 90
 Vilà, I., 190
 Vila-Sexto, L., 197
 Vilanova, M., 139
 Vilches, B., 322
 Vilches Campos, M.L., 242
 Vilches-Arenas, A., 246
 Vilela Ferro, M.J., 136
- Vilhena, E., 137
 Villagra, E., 199
 Villagra, R., 158
 Villalbí, J.R., 22, 23, 24, 26, 274
 Villán, Y., 250
 Villanueva, X., 103, 331
 Villanueva Ruiz, C.O., 286
 Villar, L., 314
 Villar Luis, M.L., 245, 347
 Villar Vinuesa, R., 187
 Villatoro, K., 234
 Villatoro Buongiorno, K., 333
 Villaverde Hueso, A., 233
 Villena Machuca, M.L., 340
 Vilorio-Marqués, L., 44, 121
 Viñas Casasola, M.J., 42, 114
 Vioque, J., 126, 127, 129, 326
 Virlaboa, R., 94
 Virto, C., 322
 Vivanco, M., 63
 Vivares-Builes, A.M., 176, 349
 Vivas Fornas, I., 179, 237
 Vives, A., 140
- Vives, N., 310
 Vives-Cases, C., 207
 Vizcaíno Batllés, A.M., 179, 237
 Von Euler-Chelpin, M., 268
 Von Horoch, M., 142
 Von Wichmann, M.A., 303
 Vrijheid, M., 214
- White, T., 215
 Wijers, I., 17, 194, 324, 328
 Wiszovasty, L., 158
 Worna, C., 328
- Xavier, M., 184
 Xhafaj, D., 292
 Xifró, A., 39, 273
- Yáñez, A.M., 223, 296
 Yáñez, S., 293
 Yepes-García, P., 212
- Zabala, A., 336
 Zafrá Espinosa, T., 81, 302
 Zambrim Campanini, M., 225
 Zamora, J., 65, 300
 Zamora Sarabia, A.L., 149
 Zancada González, J., 57
 Zancajo Villa, A., 339
 Zapata Cachafeiro, M., 276
 Zomeño, M.J., 75
 Zoni, A., 80
 Zoni, A.C., 230, 231, 232, 323
 Zorrilla, B., 127
 Zorrilla Torras, B., 323, 324
 Zucoloto, M.L., 122
 Zuleta Dueñas, L.P., 63, 118, 352, 353, 178
 Zumbay, B.E., 282
 Zurriaga, O., 229