

COMUNICACIONES ORALES II

Lesiones por causas externas

LESIONADOS Y FALLECIDOS EN ACCIDENTES DE TRÁFICO EN ZONA URBANA EN ESPAÑA.

E. Morales, K. Pérez, P. Zori et al

Agencia de Salud Pública de Barcelona. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB. Barcelona. España. Dirección General de Tráfico.

Antecedentes y objetivos: Los accidentes de tráfico (AT) suponen una importante causa de discapacidad, mortalidad, y de años potenciales de vida perdidos. El ámbito urbano presenta un perfil de siniestralidad diferente debido a características estructurales y de movilidad como la elevada presencia de intersecciones, vehículos de dos ruedas y usuarios vulnerables. El objetivo de este estudio es describir y caracterizar las víctimas y los accidentes de tráfico ocurridos en ámbito urbano en España durante el año 2005.

Métodos: Estudio transversal a partir de la información del registro de accidentes de tráfico y víctimas de la Dirección General de Tráfico. La población de estudio fueron las personas heridas o fallecidas por AT, y se realizó un análisis según edad, sexo, tipo de usuario (conductor, pasajero y peatón) y vehículo en el que circulaban. La descripción de los AT con víctimas se ha llevado a cabo según tipo de AT, lugar, momento y letalidad (fallecidos/1000 víctimas).

Resultados: Durante el año 2005 en España, 4.442 personas perdieron la vida en AT de las cuales 790 (18%) fallecieron en AT ocurridos en ámbito urbano, y 132.809 personas resultaron heridas de las cuales 64.020 (48%) se debieron a AT en zona urbana. El 50% de los AT en zona urbana ocurrieron en una intersección (vs. 20% en carretera). Los tipos de AT en ámbito urbano más frecuentes fueron las colisiones fronto-laterales (32% vs. 15% en carretera) y los atropellos (19% vs. 3% en carretera). Tanto en zona urbana como en carretera los AT en día laborable ocurrieron más frecuentemente de día, mientras que durante el fin de semana tenían lugar más frecuentemente de noche. En AT en zona urbana los peatones representaron el 41% de los fallecidos (vs. 9,5% en carretera) y el 15% de los heridos (vs. 1,8% en carretera). El 63% de los peatones fallecidos en AT en ámbito urbano eran mayores de 60 años (vs. 41% en carretera). Uno de cada dos fallecidos en AT en zona urbana circulaba en vehículos de dos ruedas (vs. 17% en carretera). La letalidad fue mayor en los AT en carretera que en zona urbana (45,2 vs. 9,2 fallecidos/1.000 víctimas). En AT en ámbito urbano la letalidad fue superior en hombres, personas mayores, peatones, y usuarios de motocicleta y bicicleta.

Conclusiones: A diferencia de los AT ocurridos en carretera la accidentalidad urbana se caracteriza por: una mayor accidentalidad en intersecciones, y un mayor impacto en los usuarios vulnerables de vehículos de dos ruedas y de los peatones. Dada la magnitud de los AT en zona urbana y las consecuencias de morbi-mortalidad que conllevan, parece necesario desarrollar acciones de monitorización, intervención y evaluación diferentes a las realizadas en carretera.

ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE FALLECIDOS A 30 DÍAS POR LESIONES DE TRÁFICO EN LA CIUDAD DE BARCELONA: VALORACIÓN DEL MÉTODO DE CAPTURA-RECAPTURA

M. Mari-Dell'Olmo, K. Pérez, I. Ricart, C. Borrell et al

Agencia de Salud Pública de Barcelona. Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.

Antecedentes y objetivos: Se define muerte en accidente de tráfico a aquel "fallecido en el lugar del accidente o en los 30 días siguientes al accidente". Atendiendo a esta definición se tendría que realizar un seguimiento de 30 días a todos los lesionados por tráfico. No obstante, en el terreno práctico no es viable realizar dicho seguimiento por la cantidad de recursos necesarios que supone. En Catalunya el "Institut de Medicina legal de Catalunya" (IMLC) colabora con el "Servei Català de Trànsit" notificando de forma activa todos los fallecidos por tráfico. En el resto de España se utilizan Factores de Corrección para estimar estos fallecidos, aunque se sabe que éstos conllevan importantes sesgos. Este trabajo pretende valorar el método de captura-recaptura, utilizando datos policiales y sanitarios, como una herramienta efectiva en la estimación del número de fallecidos a 30 días debidos al tráfico.

Métodos: Se realizó un estudio de diseño transversal, donde la población de estudio fueron los individuos fallecidos por lesiones de tráfico en el acto o en los 30 días posteriores al accidente en la ciudad de Barcelona durante el año 2004. Las fuentes de información utilizadas fueron los partes de accidentes de tráfico de la Guardia Urbana de Barcelona (GUB), los registros de urgencias hospitalarias de la ciudad (DUHAT), el Conjunto Mínimo y Básico de Datos de Alta Hospitalaria y los informes de autopsia del IMLC. Todas las fuentes fueron unidas mediante conexión probabilística. Se utilizaron tres procedimientos para estimar los fallecidos: mediante Factores de Corrección, sumando los registros de todas las fuentes pero contando solo una vez los registros solapados y mediante el método de captura-recaptura. Los resultados obtenidos fueron contrastados con los fallecidos recogidos por el IMLC que actuó como fuente de comparación.

Resultados: A partir del IMLC se registraron de 47 a 71 fallecidos. El método de captura-recaptura sobrestimó significativamente el número de fallecidos a 30 días, tanto si éste se aplicaba a dos fuentes de información (89 fallecidos, intervalo de confianza -IC 95% = 75-103) como a tres mediante modelos log-lineales (103 fallecidos IC 95% = 94-112). Se obtuvieron estimaciones en el rango esperado cuando se aplicaron los Factores de Corrección (57 fallecidos) y cuando se sumaron los fallecidos registrados por la GUB o el DUHAT (67 fallecidos).

Conclusiones: El método de captura-recaptura no es una herramienta válida para estimar el número de fallecidos a 30 días por tráfico en la ciudad de Barcelona, este método sobrestima el número real de fallecidos debido al incumplimiento de los supuestos necesarios para aplicarlo.

Financiación. DGTREN (GMA2-2001-52066/S07.17215).

EFFECTIVIDAD DE LOS RADARES EN EL ÁMBITO URBANO EN LA REDUCCIÓN DE LESIONADOS DE TRAFICO

A Novoa, E Santamariña, K Pérez, M Mari-Dell'Olmo et al

Agencia de Salud Pública de Barcelona. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública UPF-IMAS-ASPB. Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.

Antecedentes y objetivos: La efectividad de los radares en las rondas de Barcelona fue evaluada por un estudio previo tras dos años de actividad. Se observó una disminución del número de colisiones del 27%. Otras intervenciones posteriores a la instalación de radares en las rondas han sido la aprobación de una normativa que permite a los conductores de coches con más de dos años de experiencia conducir motocicletas hasta 150 cc. sin realizar un examen de conducir, la introducción del carné por puntos y la instalación de radares en otras vías. El objetivo fue reevaluar la efectividad de los radares en la reducción de colisiones de tráfico con lesionados y en el número de lesionados en las rondas de Barcelona, tras un mayor tiempo de seguimiento disponible, y evaluar su efectividad en vías de acceso.

Métodos: En rondas, se realizó un estudio pre-post de series temporales, y en las vías de acceso un estudio "quasi-experimental" de series temporales utilizando como grupo de comparación las vías de acceso sin radares. El período de estudio incluyó desde enero de 2002 hasta diciembre de 2006. La instalación de radares en las rondas tuvo lugar el 31 de marzo del 2003, y en las vías de acceso el 31 de julio del 2005. Las variables dependientes fueron número de colisiones con lesionados y número de lesionados, obtenidos a partir del registro de accidentes de la Guardia Urbana de Barcelona. Se ajustaron modelos lineales generalizados con distribución de Poisson, obteniendo riesgos relativos (RR), sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) y la fracción atribuible. Se controló por la tendencia temporal, la estacionalidad y otras intervenciones (normativa de motocicletas y carné por puntos). Las colisiones con y sin implicación de motocicletas se analizaron de forma estratificada.

Resultados: La media anual de colisiones pre- y post-intervención fue de 570 y 449, respectivamente, en las rondas, de 834 y 796 en las vías de acceso con radar, y de 1470 y 1338 en las vías de acceso sin radar. En las rondas, en el período posterior a la instalación de los radares se redujo el riesgo de sufrir una colisión, tanto en colisiones sin y con motocicletas, (RR 0,71, IC 95% 0,59-0,84; RR 0,67, 0,48-0,95, respectivamente) y el riesgo de padecer una lesión de tráfico (RR 0,70, 0,62-0,80; RR 0,63, 0,45-0,87). No se halló una reducción estadísticamente significativa en las vías de acceso (RR 1,06, 0,88-1,17; RR 1,26, 1,03-1,53, para colisiones).

Conclusiones: Se ha demostrado la efectividad de los radares en vías rápidas, mientras que no se ha podido generalizar a aquellas vías con límites de velocidad menores y con semáforos en su trayecto.

Financiación. CIBERESP

O-037

EVALUACIÓN DEL PERMISO POR PUNTOS EN LA CIUDAD DE BARCELONAK. Pérez, A. Novoa, E. Santamaría, M. Mari-Dell'Olmo, C. Borrell et al
Agència de Salut Pública de Barcelona. Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.

Antecedentes y objetivos: El permiso por puntos, vigente en España a partir de julio de 2006, constituye una de las estrategias adoptadas con el fin de reducir la accidentalidad por tráfico. El objetivo es evaluar el impacto del permiso por puntos en el número de conductores implicados en accidentes de tráfico y en el número de víctimas en Barcelona.

Métodos: Estudio de evaluación pre-post con series temporales. La fuente de información es el registro de accidentes de la Guardia Urbana de Barcelona. El período pre-intervención va de enero 2002 a junio 2006 y el período post intervención de julio a diciembre 2006. *Las variables dependientes son:* número víctimas (lesionados y fallecidos) de accidente de tráfico y el número de conductores implicados en accidente independientemente de que fueran o no lesionados. Se ha analizado mediante modelos lineales generalizados con distribución de Poisson, ajustando por los efectos de tendencia y estacionalidad y otras intervenciones como la instalación de radares en ciertas vías. Se han calculado riesgos relativos (RR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Se ha llevado a cabo un análisis estratificado por género, por grupos de edad y tipo de vehículo. Se presentan resultados preliminares. El análisis final incluirá 11 meses de seguimiento.

Resultados: La media mensual de víctimas en el período pre-intervención fue de 691 hombres y 414 mujeres y en el período post-intervención 629 y 393 respectivamente. En el período post-intervención el riesgo de lesionarse o fallecer por accidente de tráfico es significativamente menor respecto al período pre-intervención sólo en los hombres (RR = 0,87, IC 95% 0,81-0,94). En cambio, se observa una reducción significativa en el número de conductores implicados en accidentes, tanto en hombres (RR = 0,87, IC 95% 0,82-0,93) como en mujeres (RR = 0,88, IC 95% 0,81-0,97). La reducción en el número de conductores implicados es significativa en hombres y mujeres en los grupos de 19 a 35 años (RR = 0,84 IC 95% 0,74-0,95; RR = 0,83 IC 95% 0,71-0,97), de 36 a 50 años (RR = 0,84 IC 95% 0,73-0,97; RR = 0,83 IC 95% 0,71-0,97), y sólo en las mujeres en el grupo de 51 a 65 años (RR = 0,75 IC 95% 0,59-0,96). Respecto al tipo de vehículo se observa una reducción significativa, tanto en hombres como en mujeres, en el número de conductores de turismo (RR = 0,83 IC 95% 0,75-0,96; RR = 0,86 IC 95% 0,74-0,99), y en conductores de motocicletas (RR = 0,88 IC 95% 0,77-0,99; RR = 0,82 IC 95% 0,68-0,98).

Conclusiones: Aunque seis meses es un período demasiado corto para evaluar una intervención de seguridad vial, estos resultados apuntan hacia un posible impacto positivo del permiso por puntos en ámbito urbano, similar en hombres y en mujeres, en conductores jóvenes, y en adultos usuarios de turismo y motocicleta.

O-039

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y TEMPORAL DE LA MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁFICO EN EXTREMADURA. 1999 A 2005

J.M. Martínez Sánchez, C. Rojas Fernández, M.M. Álvarez Díaz, J.M. Ramos Aceitero et al

Servicio de Epidemiología. Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

Antecedentes y objetivos: Los accidentes de tráfico están considerados como una causa de mortalidad evitable y prevenible mediante políticas de intervención en el comportamiento y hábitos de vida. El objetivo es estimar la distribución geográfica y temporal de la mortalidad por accidentes de tráfico en Extremadura de 1999 a 2005.

Métodos: Estudio de corte trasversal descriptivo de la mortalidad por accidente de tráfico grupos 90 y 91 según la lista reducida de causas de muerte CIE-10. Los datos se obtuvieron del registro de mortalidad de Extremadura. Se analizan las variables edad, sexo, causa, día de la semana y distribución espacial según el municipio de defunción. Se calculan tasas crudas, estandarizadas y años potenciales de vida perdidos. Los datos de población corresponden al censo de 2001.

Resultados: De 1999 a 2005 se han producido 1.174 defunciones por accidentes de tráfico en Extremadura de las cuales 879 fueron en varones y 295 en mujeres (74,87% y 25,13% respectivamente) con una edad media para ambos sexos de 44,13 (sd 20,76), varones de 48,29 (sd 19,89) y mujeres de 47,74 (sd 22,69) años. La mortalidad por accidentes de tráfico en Extremadura de 1999 a 2005 supone 1,62% de la mortalidad registrada siendo el 1999 y 2004 los años con mayor mortalidad con respecto al total de defunciones registradas (1,95% y 1,90% respectivamente), mientras que en el 2005 se produjo la menor mortalidad (1,27% con respecto al total). El 31,94% de las defunciones por accidentes de tráfico fueron en los meses de verano (junio, julio y agosto), y los domingos lunes y sábados son los días con mayor mortalidad (20,36%, 16,35% y 16,01% respectivamente). Los términos municipales de Badajoz, Cáceres, Mérida y Don Benito son los de mayor mortalidad por esta causa. En los años de estudio se han perdido para ambos sexos, varones y mujeres 36.200, 28.178 y 8.023 años potenciales de vida respectivamente. Del total de defunciones por accidentes de tráfico 957 fueron de personas residentes en Extremadura (81,52%) con una tasa media para ambos sexos, varones y mujeres de 12,91, 19,92 y 6,02 por cien mil habitantes respectivamente, y una tasa estandarizada de 14,11; 21,33 y 6,71.

Conclusiones: La mortalidad por accidentes de tráfico es mayor en varones que en mujeres, siendo en edades medias y perdiendo gran número de años potenciales de vida. Se ve un claro patrón estacional estival y de fines de semanas. Sería aconsejable utilizar las fuentes del registro de mortalidad y registro civiles con la Dirección General de Tráfico como fuentes de información para la prevención y control de los accidentes de tráfico.

O-038

EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LESIONADOS DE TRÁFICO

E. Santamaría-Rubio, K. Pérez, I. Ricart, M. Rodríguez-Sanz, C. Borrell, G.T. Maciús et al

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

Antecedentes y objetivos: El consumo de sustancias psicoactivas es un factor de riesgo asociado a las lesiones de tráfico. En España, el alcohol es la principal sustancia estudiada y la única en lesionados no mortales. Las sustancias ilegales y medicamentos han sido estudiadas sólo en fallecidos. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de consumo reciente de sustancias psicoactivas y los factores asociados a dicho consumo, en lesionados de tráfico atendidos en servicios de urgencias de Catalunya.

Métodos: Estudio de diseño trasversal. Se incluyeron los lesionados de tráfico, mayores de edad, con alguna lesión reciente (< 6 h), atendidos en los servicios de urgencias de 8 hospitales de Cataluña, durante 3 cortes de 4 días cada uno en 2005-2006. Las fuentes de información fueron una entrevista, una muestra de fluido oral, para el análisis toxicológico y la historia clínica. Las variables dependientes fueron la presencia de: alcohol; cannabis; cocaína; MDMA (éxtasis); benzodiazepinas; alguna sustancia psicoactiva; y alguna sustancia ilegal. Las variables independientes fueron: sexo, edad, nivel de estudios, clase social, día y hora de la lesión, vehículo y posición, tipos de lesión, gravedad, transporte para llegar a urgencias y resolución de la urgencia. Se realizó un análisis bivariado y un análisis multivariado de regresión logística para determinar los factores asociados al consumo de alguna sustancia, para hombres y mujeres.

Resultados: De los 507 lesionados elegibles, 387 (76,3%) aceptaron participar, siendo mayoritariamente hombres (58,4%), de 18-45 años (72,7%), conductores (70,7%), usuarios de turismo (43,9%) o de vehículos de dos ruedas a motor (40,5%). Las prevalencias fueron mayores (p < 0,05) en hombres que en mujeres: alguna sustancia 34,4% y 16,2%; alguna sustancia ilegal 19,0% y 7,5%; alcohol 18,5% y 9,2%; cannabis 16,8% y 3,7%. Los factores asociados al consumo de alguna sustancia, en hombres, fueron: tener 18-24 años (OR = 4,3; IC 95% = 1,5-12,3) o 25-30 años (OR = 6,0; 2,1-16,8), lesionarse en horario nocturno (OR = 2,13; 1,0-4,2), en jueves (OR = 13,1; 3,7-47,0) o viernes (OR = 6,0; 2,0-18,2) o sábado (OR = 3,3; 1,2-9,5) y llegar a urgencias en ambulancia (OR = 2,2; 1,1-4,5). En las mujeres no se encontró ningún factor asociado al consumo de alguna sustancia.

Conclusiones: Se observan elevadas prevalencias de consumo reciente, sobre todo de alcohol, cannabis y cocaína, siendo superiores en hombres que en mujeres. Este estudio muestra la necesidad de intensificar intervenciones efectivas de prevención, como controles aleatorios y frecuentes de detección de consumo, intervenciones breves desde urgencias, y detección.
Financiación. DGPNSD, RCESP (C03/09) y RTA (G03/05).

O-040

LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRABAJO RELACIONADAS CON LA MOVILIDAD SON MÁS FRECUENTES EN OCUPACIONES MANUALES

I. Cortés Franch, L. Artazcoz Lazcano, A. Sánchez Miguel, P. Giraldo Matamoros, C.F. López Jurado et al

Agencia de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: En los últimos años han aumentado los desplazamientos obligados por motivos de trabajo en Barcelona. Entre 1991 y 2001 aumentaron un 7%, especialmente los de salida de la ciudad que lo hicieron en un 40%. El objetivo de este estudio fue analizar las lesiones por accidentes de trabajo (LAT) según el lugar de ocurrencia, el tipo de ocupación y el sexo.

Métodos: Los datos proceden del registro de LAT del Departamento de Trabajo e Industria de la Generalitat de Catalunya. Se seleccionaron las LAT con bajas ocurridas en Barcelona en 2004 y 2005. Las variables incluidas en el estudio fueron el lugar de ocurrencia de la LAT en tres categorías: centro de trabajo, desplazamiento durante la jornada laboral y desplazamiento del domicilio al lugar de trabajo (LAT in itinere); el tipo de ocupación en dos categorías: manual y no manual, el sexo y la gravedad de la lesión en tres grupos: leve, grave y mortal. Se realizó un análisis descriptivo con distribuciones de frecuencias y el test de chi cuadrado. Se estratificó el análisis por gravedad y sexo.

Resultados: Se produjeron 86.985 LAT con baja, de las que 1.026 fueron graves y 91 mortales. Las lesiones fueron más frecuentes en hombres (74% de todas las LAT) y en ocupaciones manuales (76%). Algo más de las tres cuartas partes se produjeron en el centro de trabajo, el 15% in itinere y el 7,6% en desplazamiento durante la jornada laboral. Tanto las ocurridas en el centro de trabajo como las que implicaron desplazamiento fueron más frecuentes en ocupaciones manuales (por ejemplo el 58% de las lesiones in itinere se produjeron en estas ocupaciones y el 42,3% en no manuales). En los hombres, en los tres tipos de LAT y en los tres niveles de gravedad fueron más frecuentes las lesiones en ocupaciones manuales. Las lesiones leves ocurridas en mujeres en desplazamiento durante la jornada fueron más frecuentes en ocupaciones no manuales y no se observaron diferencias en las lesiones in itinere; en las LAT graves y en las mortales, tanto las LAT en desplazamiento como las producidas in itinere fueron más frecuentes en ocupaciones no manuales.

Conclusiones: Las LAT ocurridas en el centro de trabajo son más frecuentes en ocupaciones manuales, probablemente debido a la mayor exposición a riesgos de seguridad. Entre los hombres, las LAT que implican desplazamiento también son más frecuentes en ocupaciones manuales, sugiriendo una mayor exposición en estos puestos a riesgos relacionados con el tráfico, el tiempo de trabajo o la forma de remuneración. En las mujeres, las LAT relacionadas con el desplazamiento presentaron un patrón opuesto en cuanto al tipo de ocupación, sugiriendo una posible subnotificación de este tipo de lesiones en las ocupaciones manuales.

Dependencia/ancianos

FACTORES ASOCIADOS A LA DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA. ¿EL LUGAR DE RESIDENCIA: CONFUSOR O DETERMINANTE?

R. Gispert, J. March, G. Clot, M.A. Barés, M. Ruiz, T. Rivero, C. Ruiz, J.M. Argimon, E. Busquets et al

Fundació Jordi Gol i Gurina.

Antecedentes y objetivos: La discapacidad, como consecuencia de enfermedades es una condición que empieza a ser frecuente a partir de mediana edad y que ocasiona importantes limitaciones en la vida de los individuos. La prevalencia de discapacidad en España tiene una distribución territorial muy variable. El objetivo es analizar los factores asociados a la discapacidad, a nivel individual, teniendo en cuenta el lugar de residencia.

Métodos: Los datos proceden de la encuesta de discapacidades del INE de 1999. Se han utilizado los datos de los cuestionarios de salud y de discapacidad. El cuestionario de salud se administró a una persona aleatoria dentro del hogar seleccionado en la muestra general de hogares. Entre ellas se encontraba una parte de los individuos con discapacidad. El análisis se realizó mediante una regresión logística considerando la presencia de discapacidad como variable dependiente.

Resultados: El número de respuestas a la encuesta de salud fue de 58.022 personas, de las cuales 9.029 tenían alguna discapacidad. Las características sociodemográficas de las personas discapacitadas eran muy diferentes de las de la población general. En general se trataba de personas con más edad, mayor proporción de mujeres, viudos o separados, bajo nivel de estudios y no trabajaban. En el modelo de regresión las variables que mayor asociación presentaron con la discapacidad, fueron las características personales mencionadas y las relativas al estado de salud como salud percibida (regular OR: 1,71 y malo OR: 2,04). Entre las variables relativas al entorno: número de personas del hogar (> 2 OR: 0,82), tamaño del municipio de residencia (50.000-500.000 habitantes OR: 0,71 y > 500.000 habitantes OR: 0,82) y comunidad autónoma de residencia. Ninguna de las variables relativas a los hábitos relacionados con la salud mostró relación significativa con la discapacidad.

Conclusiones: El lugar de residencia es uno de los factores asociados a la discapacidad a pesar de ajustar por el resto de variables sociodemográficas. Habrá que analizar con mayor profundidad este factor, puesto que debido a las características de la muestra y al hecho que la encuesta no incluye personas institucionalizadas, podría ser consecuencia de un sesgo o factor de confusión. *Financiación. Financiación del ISCIII (PI052650).*

LA DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN GENERAL EN 6 PAÍSES EUROPEOS.

O. Garin, J. Almansa, E. Villalonga-Olives, G. Vilagut, M. Ferrer, J.L. Ayuso, S. Chatterji, J. Alonso et al

Unidad de investigación en servicios sanitarios, IMIM-Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Madrid. Organización Mundial de la Salud. Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: La discapacidad es un concepto multidimensional producto de la interacción entre la condición de salud del individuo y el medio físico y social. Su medición es importante para diseñar, evaluar e implementar políticas públicas y sanitarias que promuevan la integración y participación de los individuos discapacitados. El objetivo del estudio es analizar los factores asociados a la discapacidad en la población general de 6 países europeos.

Métodos: El WHODAS (World Health Organization- Disability Assessment Schedule) es el único instrumento estandarizado para medir discapacidad. Se incluyó una versión de este cuestionario en el Proyecto Europeo de Salud Mental ESEMeD, estudio transversal (2001-2002) en el que se administró una entrevista personal computerizada a una muestra representativa de la población general de 6 países europeos de más de 18 años (n = 21.425 individuos). Estos datos se utilizaron para: a) confirmar la estructura y puntuación del WHODAS, con análisis factorial (FA) y teoría de respuesta al ítem (TRI), b) identificar diferentes umbrales de discapacidad, a partir de otras covariables (sociodemográficas, trastorno mental, enfermedades crónicas, calidad de vida relacionada con la salud, etc.) y definir los puntos de corte más adecuados con análisis de sensibilidad, y c) estudiar los determinantes de discapacidad, con análisis de regresión logística polinómica.

Resultados: El FA confirmó la unidimensionalidad del WHODAS, y a partir de los resultados del TRI se creó una puntuación de 0 a 100. Mediante el análisis de sensibilidad realizado en varias sub-muestras (p. ej., en los individuos con trastornos mentales severos o algún trastorno crónico) se obtuvieron los puntos de corte que dividían a la población general en diferentes niveles de discapacidad (ninguna, leve, moderada, severa). Para esta categorización de la discapacidad varias características mostraron un OR (IC 95%) *significativo*: sexo masculino 0,72 (0,53-0,97), edad 18-24 0,34 (0,14-0,83), trabajo remunerado 0,32 (0,22-0,48), abuso o dependencia de alcohol 3,32 (1,29-8,69), trastorno de ansiedad 2,73 (1,95-3,80), del estado de ánimo 1,95 (1,42-2,66) y alguna enfermedad física crónica 2,15 (1,52-3,06).

Conclusiones: Los factores asociados al grado de discapacidad, evaluada con el WHODAS en población general europea, son de naturaleza variada. Estos resultados, interpretados teniendo en cuenta sus limitaciones, pueden ser de gran utilidad para el diseño y la implantación de políticas de salud poblacionales. *Financiación. MHADIE², EC:SP24-CT-2004-513708 y ISCIII_FIS-PI061579.*

NECESIDAD DE APOYO PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LAS PERSONAS MAYORES DE CATALUNYA

P. Brugat Guiteras, E. Sécúli Sánchez, J. Gonzalez Motos, R. Treserras Gaju y X. Puig

Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Antecedentes y objetivos: Atender las necesidades de las personas que requieren apoyo para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria es uno de los objetivos prioritarios de los servicios de salud y sociales. Conocer las características de las personas con dependencia y el nivel de necesidad es imprescindible para proporcionar los servicios adecuados. *Objetivo:* Explorar las necesidades de apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria a partir de la información proporcionada por la población de 65 años y más que han participado en la Encuesta de Salud de Cataluña.

Métodos: Datos obtenidos en la Encuesta de salud de Cataluña 2006 mediante entrevista a 18.126 personas no institucionalizadas de todas las edades. Se han seleccionado las personas 65 años y más, que manifestaban necesitar ayuda para la realización de una o varias de las 19 actividades de la vida diaria (AVD) estudiadas, diferenciando las que recibían o no esta ayuda según edad, sexo y clase social. Se aplicará un modelo de análisis multivariable de regresión logística, que incorporará las variables: estado civil, nivel de estudios, autopercepción del estado de salud, enfermedades crónicas y discapacidades y área geográfica.

Resultados: El 54% de la población de 65 años y más manifiesta necesitar ayuda para la realización de las AVD, observándose un predominio femenino y del grupo de mayor edad (68,5% son mujeres y 63,3% de ambos sexos tienen 75 años y más). De los que expresan necesitar ayuda, el 15,3% no la recibe, el 69,5% la recibe de los familiares, el 11% de servicios contratados, el 2,7% de los servicios sociales y el 1,5% de otros. Entre los que no reciben ayuda no se observan diferencias significativas según género, pero sí existen por clase social, siendo mayor la proporción en las clases más desfavorecidas. Los hombres reciben en mayor proporción que las mujeres ayuda de su pareja, mientras que las mujeres reciben más apoyo de otros familiares. Se observa un gradiente en la ayuda por parte de personas contratadas, en el sentido de que esta disminuye significativamente a medida que la clase social de pertenencia es más desfavorecida. Las diferencias de género y por categorías socioeconómicas observadas han de ser validadas con el análisis multivariable.

Conclusiones: El conocimiento de la distribución de las necesidades de ayuda para las actividades de la vida diaria en las personas mayores y las características de éstas es de gran relevancia para orientar las políticas de salud y servicios a los grupos y áreas de mayor necesidad.

O-044

EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA EN PACIENTES FRÁGILES Y SUS CUIDADORES/AS ANTE UN SERVICIO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS MEDIANTE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

M.T. Gijón Sánchez, R. González Pérez, M.A. Prieto Rodríguez, M. Lácida Baro, R. Pérez Hernández, M.A. Gutiérrez Suria, M.J. Escudero Carretero et al

Escuela Andaluza de Salud Pública. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados, Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.

Antecedentes y objetivos: Las estrategias de telecuidados constituyen retos para políticas de atención sanitaria adaptadas a la realidad de las demandas de salud de la ciudadanía. Los telecuidados aplicados a la continuidad asistencial, parecen idóneos para facilitar la coordinación entre atención primaria y especializada. Presentamos la evaluación de la satisfacción percibida por usuarios/as de un servicio de telecontinuidad de cuidados del Servicio Andaluz de Salud (SAS) de Andalucía. **Métodos:** Estudio observacional transversal. Se aplicó un cuestionario a través de entrevista individual por teléfono. Se realizaron 259 encuestas a través de muestreo aleatorio simple de la base de usuarios/as procedente de la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados (SAS) correspondiente a octubre 2006, con un error muestral del $\pm 5\%$. Las unidades de muestreo fueron pacientes con criterios de fragilidad sociosanitarios. La selección final se formalizó previa aceptación de consentimiento informado verbal, en diciembre de 2006. Se realizó un análisis estadístico apoyado en el programa informático SPSS versión 14.0.

Resultados: De las personas entrevistadas que atendieron el teléfono durante el fin de semana postalta un 58,7% eran familiares. La media de llamadas recibidas fue inferior a dos, y tres cuartas partes de las personas entrevistadas consideraron suficiente el número de llamadas recibidas. Los consejos recibidos se consideraron útiles, y muchos se llevaron a la práctica. Un 5,2% de las personas entrevistadas, requirió contactar con servicios de urgencias y valoraron positivamente que éstos conocieran previamente información sobre su situación de salud (67%). El 85% de las personas entrevistadas se declaró satisfecha con las llamadas recibidas. El primer fin de semana posterior al alta hospitalaria y tras la recepción de la llamada, un 61% de las personas entrevistadas fueron contactadas por personal de enfermería de atención primaria.

Conclusiones: Pacientes frágiles dados de alta durante los fines de semana, festivos y vísperas, precisan de estrategias de telecontinuidad de cuidados. Dichas estrategias ejercen acompañamiento, consejos e intervención como ampliación y complemento de las posibilidades asistenciales, actuando de puente entre los niveles de atención primaria y especializada en el domicilio. La valoración satisfactoria de la población entrevistada informa de la necesidad de continuar desarrollando políticas de atención innovadoras y adaptadas a la realidad sanitaria en pacientes frágiles.

O-046

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA REDUCIR INGRESOS HOSPITALARIOS EN MAYORES DE 84 AÑOS

G. Paluzie, M. Díaz, J. Calzada, S. Curos, M. Montferrer, R. Ochoa, J. Valls et al

Corporación de Salut del Maresme i la Selva. Calella. Barcelona.

Antecedentes y objetivos: En España los > 84 años presentan la tasa de hospitalización más alta, 337 por 100.000 en 2004 mientras que en nuestra área fue de 548. Los > 84 años representan el 9,3% de las hospitalizaciones de agudos en nuestro centro, superior al 5,8% del conjunto de España. Para reducir estas cifras se potenció un programa de atención domiciliaria integral (ADI), que ya funcionaba en coordinación con la atención primaria (AP), y que incluye visita domiciliaria preventiva y acompañamiento al alta hospitalaria. En esta comunicación se presenta la evaluación de la efectividad de este programa para la reducción de reingresos urgentes de > 84 años.

Métodos: Intervención comunitaria no aleatorizada en personas > 84 años residentes en municipios de la comarca del Maresme a realizar progresivamente los años 2006 y 2007. La comunidad de intervención (CI) corresponde a las 2 áreas básicas de salud (ABS) con AP gestionada por nuestra institución, la comunidad de control (CC) la forman las ABS con AP gestionada por el otro proveedor de atención de salud. Ambas comunidades tienen el mismo centro para la hospitalización de agudos. La intervención la realiza el equipo ADI sobre los pacientes identificados de las historias clínicas de las ABS mediante visitas domiciliarias preventivas y mediante alta acompañada de reintegración al domicilio en caso de hospitalización. El contenido de la intervención incluye entre otros la revisión de planes personales, polifarmacia y prevención de caídas. Como evaluación de proceso se presenta la tasa de cobertura de los individuos a intervenir en la CI y como evaluación de resultados la comparación de las tasas de reingresos urgentes en 30 días de hospitalización de agudos, observadas de la CI y de la CC el año 2006.

Resultados: A 1 de enero de 2006 se identifican 728 personas > 84 años susceptibles de intervención, el 73% mujeres y el 39% internado en residencia geriátrica (RG). Durante 2006 se ha realizado una mediana de 4 visitas preventivas en el 69% de la CI no internada y en el 9% de la CI internada en RG. El acompañamiento a domicilio se realizó en el 29% de les altas. Entre 2005 y 2006 la tasa de reingresos se redujo del 16,9% a 14,4% en la CI (-2,5; IC 95% -4 a 9) y de 21,5 a 17,3 en la CC (-4,2; IC 95% -1 a 9).

Conclusiones: En el primer año del programa no se ha completado el cupo teórico de visitas preventivas y el acompañamiento al alta es bajo. Los reingresos son menores en la CI que en la CC pero el descenso se ha producido en ambos grupos, probablemente debido a que sobre la CC también se realiza algún tipo de actividad preventiva y alta acompañada. La consolidación del programa de intervención sobre las RG debería aportar una mejoría en los resultados.

O-045

EVOLUCIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS ENTRE 1997-2005

M.J. De Venanzi, A. Álvaro, M.A. Gogorcena, R. Cozar, M. Alfaro et al

Instituto de Información Sanitaria-Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo.

Antecedentes y objetivos: Durante el siglo XX se ha producido un aumento de la longevidad y disminución de la tasa de fertilidad. En el siglo XXI, este fenómeno constituye un desafío para la humanidad respecto a la atención sanitaria. Se describen los cambios producidos en el patrón de morbilidad y perfil de atención a las personas de 65 y más años en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) de 1997 a 2005.

Métodos: Se realizó estudio descriptivo, analizando edad, sexo, estancia, diagnóstico principal y procedimientos realizados, a pacientes de más de 64 años, dados de alta en los hospitales del SNS de 1997-2005. La fuente de datos ha sido el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta (CMBD) estatal, de donde se han obtenido 9.924.112 registros, para el período.

Resultados: El número y proporción de altas en pacientes de 65 y más se ha incrementado notablemente desde 1997; este grupo generó el 39% de ingresos hospitalarios en 2005 frente al 33% en 1997. La proporción de altas del grupo de 75 y más respecto al total es la que más aumenta (35%), siendo actualmente el 22% del total. La proporción de hombres es 50% superior a la de mujeres en el grupo de 65 a 74 a. mientras que ambas se igualan en el grupo de 75 y más. El patrón de morbilidad sigue dominado por las enfermedades circulatorias, aunque las respiratorias son las que más han aumentado, seguido del capítulo de lesiones. La estancia media es significativamente mayor que en el resto. El número de procedimientos se ha incrementado en un 50% en este grupo, siendo su perfil muy diferente: mientras que las intervenciones del cristalino eran el 15% del total para 1997, en 2005 apenas llegan al 3% y las intervenciones articulares se han duplicado. La complejidad media, 18% superior a la media, también aumenta en estos años y paralelamente su coste.

Conclusiones: La demanda de hospitalización de las personas de 65 y más años ha registrado un gran incremento en los últimos años en los hospitales del SNS, especialmente en los más mayores. Respecto al perfil de asistencia prestada, el principal cambio deriva del aumento de enfermedades respiratorias y del desplazamiento de las intervenciones sobre cataratas hacia las articulares, sobre todo las de sustitución de rodilla y cadera que son actualmente más frecuentes.

O-047

REVISIÓN SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIÓNES COGNITIVAS DE PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE MEMORIA ASOCIADOS A LA EDAD

A. Novoa, O. Juárez, M. Nebot et al

Agencia de Salud Pública de Barcelona. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública UPF-IMAS-ASPB.

Antecedentes y objetivos: El deterioro cognitivo asociado a la edad supone la pérdida de funciones cognitivas, de autonomía personal y limitación de las relaciones interpersonales. Han aparecido diversas terapias no farmacológicas destinadas a prevenir el deterioro cognitivo, concretamente los problemas de memoria, que deben ser evaluados. El objetivo fue establecer, mediante una revisión de la literatura científica, la efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención o estabilización de los problemas de memoria asociados a la edad.

Métodos: Se realizó una búsqueda exhaustiva en Pubmed. Se incluyeron los estudios publicados desde 1990 que evaluaran la efectividad de una intervención cognitiva sobre la memoria en personas mayores sin deterioro cognitivo leve ni demencia. Se clasificaron los estudios en baja o elevada calidad según la homogeneidad de la población, existencia de grupo control, equivalencia entre los grupos de comparación, tamaño muestral, tiempo de seguimiento y calidad de los indicadores de efecto. Las intervenciones se clasificaron según la estrategia utilizada (ensayo, elaboración, organización, control de la comprensión y apoyo).

Resultados: Veinticinco estudios cumplieron los criterios de inclusión. En el 88% las intervenciones incluyeron estrategias de ensayo (repetición del contenido y mnemotecnias). La duración de la intervención fue mayor de 10 h en el 68%. No todos los estudios describen seguimiento (68%), siendo en seis superior a un año y hasta 5 años en uno de ellos. En el 88% se observaron cambios favorables a la intervención. La transferencia a otros dominios (mejora en áreas de la memoria no directamente entrenadas) únicamente se observó en un estudio de 8 que lo evaluaron. Nueve de los estudios se consideraron de calidad elevada (36%). El 100% utilizaron la estrategia de ensayo en sus intervenciones, y la duración de éstas fue superior a 10 horas en el 77%. De los estudios de calidad elevada, se observaron efectos favorables a la intervención en los 7 estudios que evaluaron los cambios sobre la memoria verbal ($p < 0,05$), y en dos de tres estudios que evaluaron memoria no-verbal ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los resultados sugieren que existe una fuerte evidencia sobre la efectividad de las intervenciones en memoria desarrolladas en gente mayor. A pesar de la variabilidad en la calidad y del diseño de los estudios, en la mayoría se observó un efecto favorable de la intervención. Sin embargo, las intervenciones cognitivas mejoran únicamente aquellas áreas entrenadas. En conclusión, las intervenciones en memoria deberían incluir actividades en diferentes áreas o ajustarse a las necesidades de cada individuo.

O-048

¿RECOMENDAMOS EL CRIBADO SISTEMÁTICO DE TRASTORNOS AFECTIVOS EN LOS MAYORES DE CASTILLA LA MANCHA?

B.S. Baón Pérez, J.M. Flórez, A. Vera, N. Fernández, E. Segura, E. Vázquez, R.E. Rodríguez, L.I. García et al

Servicio de Salud Mental. Hospital General de Ciudad Real. ESCAM. Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Ciudad Real. ESCAM.

Antecedentes y objetivos: Las personas mayores viven una época de fragilidad afectiva. Casi un tercio de los mayores de 65 años sufren trastornos depresivos. Desde Salud Mental del Área de Ciudad Real un grupo multidisciplinar elabora una guía de práctica clínica para mejorar su identificación y manejo desde el Servicio de Salud (SESCAM). **Objetivos:** Conocer la evidencia disponible sobre la efectividad del cribado sistemático (CS) de trastornos afectivos (TA) en mayores. Valorar su recomendación desde los dispositivos de SESCAM. Y determinar el instrumento indicado para la detección.

Métodos: El grupo de Detección de la guía realizó una revisión bibliográfica desde 1/1/1997 a 29/12/2006 en las bases Red Internacional de Agencias de Evaluación (INAHTA), Cochrane Library, Euroscan, otras agencias e instituciones, Medline y buscadores generales; usamos como descriptores "mood disorders" OR "affective disorders" AND "elderly" OR "Aged" AND "screening" OR "diagnosis". Se realizó una síntesis cualitativa valorando la metodología aplicada, con especial atención a estudios en contextos semejantes. Se organizó un grupo de discusión con todos los participantes de la guía para lograr la mayor aplicabilidad posible. La calidad de los artículos para determinar el instrumento de detección se evaluó con la lista sobre pruebas diagnósticas del STARD group.

Resultados: Se identificaron dos informes de agencias internacionales y tres revisiones sistemáticas en las que se probaba la efectividad del CS en adultos, siempre que se garantizase el correcto manejo de los pacientes. En España dos subprogramas diferentes del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) recomiendan el CS desde Atención Primaria: uno, a todos los mayores, y otro sólo a mayores de riesgo. Múltiples estudios prueban el mejor pronóstico de enfermedades en mayores con buen manejo de TA asociados. Sólo un estudio español recomendaba el CS desde Atención Especializada. Se seleccionaron 12 estudios de validez diagnóstica de cuestionarios, dos de ellos de validación al español y uno diseñado en nuestro contexto.

Conclusiones: El cribado sistemático de trastornos afectivos en los mayores resulta efectivo siempre y cuando se garantice el seguimiento y manejo terapéutico de los pacientes. Se recomienda la detección sólo desde Atención Primaria, y la sensibilización de Especializada en trastornos afectivos en mayores; hasta próximas actualizaciones de la guía. Se establece la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 preguntas validada al español como herramienta de detección.

Encuestas y métodos

O-049

COSTE-UTILIDAD DE UN PROGRAMA BASADO EN CAMINAR PARA MUJERES MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

N. Gusi, M.C. Reyes, J.L. González-Guerrero, E. Herrera-Molina, J.M. García-Domínguez et al

Facultad Ciencias Deporte. Universidad de Extremadura. Cáceres. Unidad de Geriátria. Hospital de Cáceres. Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura.

Antecedentes y objetivos: La recomendación médica de ejercicio físico a las personas mayores con sobrepeso o depresión moderada es común, pero ¿a quién remitir?. El propósito de esta investigación es asesorar el coste-utilidad de la adición de un programa basado en caminar al cuidado usual en atención primaria en mujeres mayores de 60 años con sobrepeso y moderadamente depresivas.

Métodos: 106 mujeres fueron distribuidas aleatoriamente en un grupo experimental (n = 55) y en un grupo control (n = 51). La intervención consistió en la remisión del médico de atención primaria a un programa supervisado de tres sesiones de 50 min de ejercicio basado en caminar durante 6 meses. Las mediciones principales fueron los costes desde la perspectiva del sistema de salud y los Años de Vida Ajustados a la Calidad de Vida (AVAC) derivados de la utilidad ofrecida por el cuestionario EQ-5D. La incertidumbre de la ganancia media de AVAC se estimó mediante la técnica no paramétrica bootstrapp de 1.000 repeticiones. Se estudiaron las curvas de aceptabilidad de coste-efectividad. Se realizaron 4 análisis de sensibilidad atendiendo a las posibles variaciones en el salario del especialista en ejercicio físico, número de participantes por sesión, variabilidad en la eficacia del programa y la peor combinación de dichas variaciones.

Resultados: La estrategia reclutó al 79% de los pacientes identificados por el médico de atención primaria, y el 86% de los participantes del grupo de ejercicio completaron el programa. Tras 6 meses, el coste incremental medio por participante del programa de ejercicio respecto al tratamiento usual fue de 41€. El incremento medio de AVAC por participante en el programa de intervención fue de 0,132 (95% IC: 0,104 a 0,286). Cada AVAC ganado por el programa de ejercicio respecto al programa usual costó 311€ (143€ to 394€). Las curvas de aceptabilidad de coste-efectividad mostraron un 90% de probabilidad que la adición del programa es la mejor estrategia si el techo de inversión fuera de 350€/AVAC.

Conclusiones: El programa basado en caminar denominado "El Ejercicio Te Cuida" mostró una alta participación, fue aplicable y su adición al cuidado usual de atención primaria fue coste-efectiva. [ISRCTN98931797].

Financiación. Plan Regional I+D+I de Extremadura (2PR02B017).

EQ-5D VS SF-12 COMO INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA SALUD PERCIBIDA EN ENCUESTAS DE POBLACIÓN GENERAL

M. Ferrer, O. Cunillera, R. Tresserras, G. Vilagut, P. Brugulat, M. Herdman, A. Medina, L. Rajmil, J. Alonso et al

Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del IMIM-Hospital del Mar. Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Antecedentes y objetivos: Las encuestas de salud poblacionales incluyen habitualmente alguno de los cuestionarios genéricos de salud percibida disponibles en la actualidad. Sin embargo existen pocos estudios comparativos de estos cuestionarios en encuestas de salud que aporten información sobre cual es el más adecuado para esta aplicación. El objetivo fue comparar la fiabilidad y validez del índice de valores de preferencias del EQ-5D y las medidas resumen físico y mental del SF-12. Los dos cuestionarios genéricos de Salud Percibida fueron incluidos en la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA).

Métodos: Submuestra de 4.319 personas que participaron en la ESCA-2006, representativa de la población general, en la que se administraron el EQ-5D y el SF-12 versión 2. Una de las medidas resumen que proporciona el EQ-5D es un índice de valores de preferencias en el que 1 sería el mejor estado de salud posible y 0, la muerte. El SF-12 produce dos medidas sumario de salud física y mental, en las que valores superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la población de referencia. Para evaluar la fiabilidad se estimó la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach. Para la evaluación de la validez del constructo se siguieron dos aproximaciones: a) coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de los cuestionarios evaluados; y b) testar las diferencias entre grupos de edad en puntuaciones de salud mediante ANOVA y estimar la magnitud mediante el coeficiente del tamaño del efecto.

Resultados: Los dos cuestionarios presentaron coeficientes alfa de Cronbach superiores a la recomendación estándar de 0,7 (0,85 los sumarios del SF-12 y 0,91 el EQ-5D). El coeficiente de correlación de Pearson entre el EQ-5D y el SF-12 mostró asociación elevada con el sumario físico y moderada con el sumario mental (r = 0,61 y 0,37, respectivamente). La media del sumario físico del SF-12 iba de 51,9 en el grupo de individuos de 15-44 años a 37,9 en el de 75 o más años (p < 0,001 y tamaño del efecto de 1,4). La media del índice EQ-5D en estos mismos grupos iba de 0,93 a 0,69 (p < 0,001 y tamaño del efecto de 1,1).

Conclusiones: Ambos cuestionarios demostraron buenos resultados de fiabilidad y validez en la población general. Mientras que la fiabilidad fue algo superior para el EQ-5D, el sumario físico del SF-12 presentó mayor discriminación entre grupos de edad.

O-050

O-051

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES DE CODDINGTON PARA POBLACIÓN ESPAÑOLA

E. Villalonga-Olives, J.A. Palacio-Vieira, L. Rajmil, J.M. Valderas, J. Alonso et al

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

Antecedentes y objetivos: No existen escalas para evaluar acontecimientos vitales en nuestro país. En el estudio KIDSCREEN-Seguimiento, que pretende evaluar cambios en el estado de salud de chicos y adolescentes españoles, se consideró necesaria la medición de acontecimientos vitales, escogándose la Escala de Acontecimientos Vitales de Coddington (CLES), desarrollada en EE.UU. El objetivo de este trabajo fue adaptar la CLES para su uso en población española y evaluar su validez preliminar, replicando el diseño original. **Métodos:** La CLES contiene 53 acontecimientos habiendo 3 versiones específicas para 3 franjas etarias (de 5 a 19 años). El período recordatorio es de 12 meses. Se puntúa con unidades de cambio vital (LCU). A mayor puntuación mayor grado de reajuste social necesario tras sufrir cada uno de los acontecimientos (siendo medido a partir de la gravedad, el período y el número de veces que ha ocurrido el evento). La puntuación global es el sumatorio de todos los LCU. Durante la adaptación se realizaron traducciones directas e inversas que fueron evaluadas por: un comité de expertos, dos pruebas piloto y los autores de la versión original. La versión española final (1.0) fue administrada a 30 chicos en 2 ocasiones con 3 meses de intervalo para estimar su fiabilidad, estimándose el coeficiente de correlación intraclase (CCI). La validez de constructo se evaluó comparando las respuestas de los chicos con las de sus padres (N = 19). Se calcularon los T-test para datos apareados y los coeficientes de correlación de Pearson.

Resultados: 10 de los 53 acontecimientos vitales fueron difíciles de entender durante la prueba piloto, sobre todo en los más jóvenes, y fueron modificados. 7 acontecimientos se consideraron poco equivalentes por los autores originales y necesitaron una revisión. El tiempo promedio de administración fue de 17 min (rango 10-20). No se encontraron diferencias en las dos administraciones de la escala (diferencia = -0,01, p = 0,99) (CCI = 0,63). Las puntuaciones globales de chicos y padres tenían una correlación moderada (r = 0,42). Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones medias de padres e hijos en la puntuación global (diferencia = 3,79, p = 0,009). Estos resultados son muy similares a los de la versión original.

Conclusiones: La versión española de la CLES es comprensible, fácil de completar y aparentemente tan fiable y válida como la original. Por tanto puede utilizarse en el contexto de investigación, si bien es necesario evaluar sus propiedades métricas de una manera más exhaustiva.

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

O-053

EVOLUCIÓN DE ALGUNOS INDICADORES DE SALUD EN EL PERÍODO 1994-2006

A. Mompart, A. Medina, E. Sécúli, V. Martínez, C. Medina, P. Bruguat, R. Tresserras et al

Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes y objetivos: Las tres ediciones de la Encuesta de salud de Cataluña (ESCA) constituyen tres momentos de observación que permiten analizar la evolución de un conjunto mínimo de variables comparables. Analizar la evolución de algunos indicadores de salud en el período 1994-2006, según sexo y clase social.

Métodos: Para la comparación se han adecuando las bases de datos de 1994 y 2002 a la división territorial sanitaria actual, corrigiendo los factores de ponderación según la población en cada momento y se han estandarizado las proporciones para tener indicadores comparables en el tiempo.

Resultados: La evolución de la autopercepción del estado de salud como excelente, muy bueno y bueno entre 1994 y 2006 es favorable, con un incremento ligeramente mayor de las mujeres (83,4% en varones y 73,8% en mujeres, en 2006; 80,7% y 72,0% en 1994). En el período estudiado, aumenta la proporción de personas de ambos sexos que declaran padecer trastornos crónicos (71,6% en varones y 83,0% en mujeres, en 2006; 55,3% y 67,5% en 1994), y discapacidades (12,7% en varones y 19,0% en mujeres; 9,3% y 13,7% en 1994). Se observan cambios por clase social, tanto en los trastornos crónicos como en las discapacidades. El consumo de medicamentos aumenta especialmente en los varones aunque las mujeres continúan siendo más consumidoras (49,0% en varones y 65,8% en mujeres, en 2006; 35,8% y 50,8% en 1994), y es más elevado en las clases más desfavorecidas. Los varones de 15 años y más reducen el consumo de tabaco, mientras las mujeres aumentan respecto al 1994 pero se constata un descenso a partir del 2002 (34,5% en varones y 24,4% en mujeres, en 2006; 44,4% y 22,2% en 1994). Se observan cambios por clase social entre 1994 y 2006. El control periódico de la presión arterial aumenta en ambos sexos hasta situarse en el 43,4% y el 49,8% en 2006 (24,1% y 25,0% en 1994), observándose un incremento más elevado en las clases más desfavorecidas. Ha aumentado la práctica de las mamografías en el grupo recomendado de 50-69 años (85,5% en 2006 y 26,6% en 1994), desapareciendo las diferencias por clase social.

Conclusiones: La población de Cataluña, en general, valora positivamente su estado de salud y mejoran algunos hábitos y prácticas preventivas. Los trastornos crónicos y las discapacidades, especialmente entre los grupos más desfavorecidos, constituyen los principales problemas que deben afrontar los servicios de salud.

O-052

VALORES DE REFERENCIA DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-12 EN POBLACIÓN ADULTA DE CHILE

L. Hoffmeister, B. Medina, P. Cárdenas, A. Guerrero, A. Burgos, C. Vallebuona, C. González, X. Aguilera et al

Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud de Chile.

Antecedentes y objetivos: La mejora de la calidad de vida (CV) de la población es un objetivo prioritario del sistema de salud chileno. El 2006 se realizó la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud. En ella, se aplicó el instrumento SF12v2, por primera vez a nivel poblacional en Chile. Este trabajo pretende obtener los valores de referencia para la población adulta chilena del cuestionario SF-12v2 y el análisis de su fiabilidad y validez.

Métodos: Estudio transversal de una muestra aleatoria, triéptica y representativa de población de 15 o más años (N = 6.210). Se realizaron entrevistas individuales en domicilio. El cuestionario incluyó distintos aspectos de CV: estilos de vida, discapacidad, factores del entorno y el instrumento SF12v2 estándar. El análisis de éste se restringió a la población de 18 o más años (N = 5.851). Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión y los percentiles de las puntuaciones de las 8 dimensiones, según edad y sexo. La validez concurrente con respecto a la satisfacción vital y al estado de salud percibido se evaluó mediante el coeficiente Rho de Spearman. Para el análisis de fiabilidad, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados: La dimensión con la puntuación media más alta (mejor) es Rol Emocional, con 81,2 (DE 24,1) y la más baja (peor) es Salud general, con 48,7 (DE 22,8). En todas las dimensiones las mujeres tienen una puntuación peor que los hombres (p < 0,001), siendo mayores las diferencias en Función física y Rol físico. Excepto en Rol Emocional y en Salud mental, la puntuación disminuyó a mayor edad (p tendencia lineal < 0,001). La Función física tiene un 68,2% de población con puntuación máxima y las dimensiones restantes tienen entre 16,1% y 52,0%, mientras que todas tienen menos de 5% de puntuaciones mínimas. La consistencia interna de todas las dimensiones es muy alta (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,81). La Percepción de salud general tiene la mayor correlación con el estado de salud percibido (Rho de Spearman 0,61 p < 0,001), mientras que el recorrido de las otras dimensiones va de 0,29 a 0,40. La satisfacción vital está más correlacionada con la dimensión Salud Mental (Rho de Spearman 0,35 p < 0,001).

Conclusiones: Los resultados facilitan la interpretación de las puntuaciones del SF-12 y entregan evidencia acerca de su fiabilidad y validez para la población chilena. Comparando los valores absolutos con los estadounidenses, la Salud general y el Rol emocional tienen puntuaciones medias más bajas y la Vitalidad más alta, mientras que la tendencia por edad y sexo es similar. La mayoría de las dimensiones pueden mejorar o empeorar en las siguientes mediciones, permitiendo evaluar el cambio en posteriores estudios.

O-054

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SALUD ORAL DE CATALUÑA 2006

E. Casals Peidró, E. Cuenca Sala, R. Prats Coll, A. Plasència Taradach et al

Dpte. de Salut (DGSP). U. Barcelona Càtedra d'Odontologia Preventiva i Comunitària.

Antecedentes y objetivos: La encuesta epidemiológica de caries 2006 permite el seguimiento de su evolución (1983, 1991 y 1997), la evaluación de las intervenciones sanitarias y una aproximación al cumplimiento de los objetivos fijados.

Métodos: Encuesta aleatoria estratificada con la escuela como unidad de muestreo. Se ha examinado a los escolares de 1º (6-7 años), 3º (8-9 años) y 6º de Primaria (11-12 años) y 2º de ESO (13-14 años), de una muestra aleatoria representativa (n = 68) sobre el listado de centros educativos (n = 2.593). Los datos de exploraciones y cuestionario se introdujeron y explotaron en el aplicativo Epidents (Windows), diseñado para este estudio por 7 odontólogos calibrados (Marzo-Junio 2006). Se ha explotado variables según nacionalidad y nivel socioeconómico.

Resultados: Las exploraciones válidas fueron 3.405 exploraciones (847 de 1º, 881 de 3º, 836 de 6º y 841 de 2º ESO). Un 12,1% de escolares tenían nacionalidad no española. Un 49,8% eran niños. La prevalencia se sitúa en un 26,4% en los escolares de 1º, un 33,7% en los escolares de 3º, en un 45,8% en los escolares de 6º y en un 44,7% en los escolares de 2º ESO. El porcentaje de escolares libres de caries a los 12 años (objetivo 60% en 2010) ha mantenido la tendencia continuada de aumento (14% en 1983; 38% en 1991, 53,4% en 1997 y 54,2% en 2006). El porcentaje de escolares libres de caries a los 6 años (objetivo 80% en 2010) había mantenido una tendencia continuada de aumento desde un 21% (1983) a un 54% (1991) y un 70,2% (1997) pero esta tendencia se ha roto disminuyendo hasta un 63,3% en 2006. El índice CAOD a los 12 años ha mantenido una disminución continuada pasando de un valor de 2,98 (1983), a 1,66 (1991), 0,9 en 1997 y 0,73 en 2006. El CAOD de 0,73 agrupado por nacionalidad ofrece una cifra de 0,65 para los nacionales UE; 1,16 para nacionales de América Latina y Caribe, y 1,47 para nacionales de África del Norte. El porcentaje de escolares con presencia de sellados ha aumentado del 3,5 (1997) al 5,8% (2006) pero está lejos del porcentaje para España (34,1%). El índice de restauración (IR) mantiene una evolución positiva (12% en 1983; 35% en 1991; 44,6% en 1997 y 52,5% en 2006) aunque presenta unas enormes diferencias por agrupaciones de nacionalidad (61,1% UE; 54,8% América Latina y Caribe; 30%Asia; 28,2% Europa del Este; 11% África del Norte y 0% para África Subsahariana) y según nivel social del padre (IR a los 14 años) situándose en un 93,9% (I), un 85% (II), un 72,5% (III), un 69,6% (IVa), un 66,3% (IVb), un 54,7% (V) y un 55,4% (0).

Conclusiones: Los resultados muestran que la caries es todavía un problema de salud de elevada prevalencia entre escolares y rompe las tendencias de clara disminución de la prevalencia de caries entre 1983 y 1997. El estado de salud oral de los escolares de nacionalidad no española es claramente peor en todas las variables de salud estudiadas. Aunque el índice CAOD a los 12 años (0,73) supera el objetivo para 2010 (menor a 1) el objetivo de un 80% libre de caries a los 6 años (63,3% en 2006) y el objetivo de un 60% libre de caries a los 12 años (54,2%) requieren repotenciar seriamente las actividades de promoción de acción global y aplicar las actividades preventivas asistenciales planificadas para grupos de riesgo desde atención primaria. Deberían incorporarse actividades restauradoras en dentición definitiva, especialmente en determinados grupos sociales si quiere alcanzarse el objetivo de un IR de 65% (actualmente se sitúa en 52,5%).

Financiación. Departament de Salut (DG Salut Pública).

O-055

PROBLEMAS DE SALUD METAL EN ADOLESCENTES CHILENOS. RESULTADOS DE LA ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD ESCOLAR 2004

B. Medina, A. Burgos, A. Guerrero, M. Chiu, J. Szot, L. Hoffmeister, C. González et al

Dpto. de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud de Chile.

Antecedentes y objetivos: Los cambios demográficos y en estilos de vida de los chilenos han determinado un nuevo perfil de salud, en el que la salud mental surge como un desafío urgente. En Chile, estudios poblacionales han mostrado elevadas prevalencias de trastornos de salud mental en adultos, sin embargo, la información en adolescentes es escasa. En octubre de 2004 se realizó la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE), iniciativa de vigilancia de factores de riesgo y protectores en adolescentes de 13 a 15 años de edad, liderada por la Organización Mundial de la Salud. Esta encuesta indaga en áreas como estilos de vida, salud mental, factores protectores psicosociales, entre otros. El objetivo de esta comunicación es el análisis de los hallazgos en el área de salud mental.

Métodos: Estudio transversal, con muestreo aleatorio bietápico, aplicado en 4 regiones de Chile (Metropolitana, I, V y VIII) a estudiantes de 13 a 15 años (N = 8.131). Se utilizó un cuestionario autoadministrado de 91 preguntas, 52 de las cuales correspondían al cuestionario básico de la EMSE. En este estudio se analizaron 24 preguntas correspondientes a áreas de salud mental, consumo de alcohol y factores protectores psicosociales. Se utilizó el Software Epiinfo 2002. Se calcularon proporciones e intervalos de confianza de 95% y odds ratios para evaluar asociaciones. Los resultados son representativos de la población escolar de 13 a 15 años de cada región.

Resultados: Prevalencia mensual de consumo de alcohol: Rango de 25-33% en las 4 regiones. Consumo problemático de alcohol: 9-15%. Prevalencia de síntomas depresivos: 21-23% en hombres y 34-41% en mujeres. El 12-15% de los varones y 27-31% de las mujeres pensaron seriamente en el suicidio en el último año. La ideación suicida se asocia con: sexo femenino, autopercepción de soledad, síntomas depresivos, consumo de alcohol e intimidación por parte de pares ($p < 0,001$). Consumo problemático de alcohol se asocia con: síntomas depresivos, problemas para dormir e inversamente con la preocupación de sus padres por sus problemas y control de sus deberes escolares ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los resultados sugieren un bajo nivel de bienestar psicosocial en adolescentes chilenos. La prevalencia de síntomas depresivos y pensamientos suicidas en mujeres es significativamente superior que en varones y a lo reportado por otros países que han aplicado la encuesta. Los resultados de este estudio son los primeros de los que se dispone para este grupo a nivel poblacional en Chile y marcan una línea base que permitirá evaluar las estrategias implementadas. La promoción del desarrollo psicosocial y de la salud mental son esferas de acción prioritaria para la infancia y adolescencia.

Servicios sanitarios 1

O-056

SALUD MENTAL, ESTILOS DE VIDA Y CONDICIONES LABORALES EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE CATALUNYA

X. Blancafort Sansó, E. Masachs Fatjó, S. Valero Ventura, A. Arteman Jané et al

Fundació Galatea. Servei Psiquiatria Hospital Vall d'Hebron.

Antecedentes y objetivos: Diversos estudios sugieren que los médicos residentes pueden ser especialmente vulnerables al estrés y que la prevalencia de malestar psicológico en este colectivo es superior a la de la población general. Conocer esta prevalencia y factores asociados, permitiría plantear la necesidad de medidas de prevención en un momento clave de la formación del médico. *Objetivos del estudio:* determinar la prevalencia de malestar psicológico entre la población de residentes de medicina de Catalunya así como de los factores personales y laborales asociados a dicho malestar.

Métodos: La encuesta de salud tiene como población diana los residentes de medicina de Catalunya. La muestra incluye un total de 206 residentes. Se ha elaborado una encuesta de salud y de condiciones de trabajo que incluye el Cuestionario de Salud General en su versión de 12 ítems, que permite la operativización del concepto —malestar psicológico—. Se ha realizado un muestreo aleatorio simple sobre el censo de residentes de medicina colegiados en los cuatro colegios de médicos de Catalunya. La encuesta de salud tiene formato digital y fue dispuesta y contestada en la página web de la Fundació Galatea (<http://www.fgalatea.org/enquesta.htm>). Cada participante aleatoriamente seleccionado, en caso de aceptación voluntaria, accedía a dicha web y después de introducir un código de identificación, que permitía un acceso restringido solo a los sujetos seleccionados, satisfacía el cuestionario. Desde un punto de vista estadístico los análisis finales se han realizado en el contexto de modelos de regresión logística, tomando como factor a predecir la presencia o ausencia de malestar psicológico (GHQ > 2 versus GHQ < 3).

Resultados: La media de edad se sitúa en los 28,61 años (DE = 2,7). Las mujeres son el 68% del total. La prevalencia de malestar psicológico se sitúa en el 30,1% de los encuestados (IC 95% 23,8%-36,4%). Las variables con mayor capacidad discriminativa entre afectados y no afectados son: llevar las preocupaciones del trabajo a casa y la falta de reconocimiento por parte del tutor o superior.

Conclusiones: Ni las horas de trabajo, ni la cantidad de guardias, ni las condiciones de trabajo en general, como podría considerarse a priori, son los factores que mejor discriminan entre residentes afectados o no de malestar psicológico. Factores de manejo psicológico como una mayor atención profesional por parte del tutor o una mejora sobre las estrategias de gestión de las preocupaciones del residente pueden favorecer la mejora de la salud mental de este profesional.

USO DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE MORBILIDAD POBLACIONAL EN EL ANÁLISIS DE COSTE DE LA DIABETESJ.M. Inoriza, J. Coderch, M. Carreras, L. Vall-Llosera, P. Ibern, M. García-Goñi et al
Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE). Universitat Pompeu Fabra (UPF). Universitat Complutense de Madrid.

Antecedentes y objetivos: La epidemiología y los costes de la diabetes han sido objeto de múltiples investigaciones. Se caracterizan por recurrir a muestras con distinto grado de representatividad y en diferentes ámbitos asistenciales y utilizan diferentes metodologías de clasificación de los pacientes. El presente estudio muestra los resultados obtenidos a partir de un sistema de registro sanitario de base poblacional en una Organización Sanitaria Integrada que permite la estimación del coste de los pacientes en base a la morbilidad atendida en cualquier ámbito asistencial utilizando los Clinical Risk Groups como sistema de medida de la morbilidad.

Métodos: En la comarca del Baix Empordà (N = 88.240 residentes) una misma organización ofrece la atención sanitaria a la población residente. Dispone de un registro unificado de morbilidad, actividad y costes individuales en un entorno de seguro obligatorio que permite el análisis del impacto de una patología. Los costes relativos a pacientes atendidos fuera de la organización sanitaria integrada no se han incorporado al análisis. Esto afecta fundamentalmente a las altas de hospitales de alta tecnología, y también a los costes en salud mental y socio sanitarios. Los residentes fueron agrupados utilizando el software crg (versión 1.2B). El análisis incluye los mismos pacientes durante los años 2004 y 2005.

Resultados: En el año 2005 fueron clasificados como diabéticos 3.212 personas (prevalencia estimada 5,8% en mayores de 17 años). Respecto a 2004 aparecieron 691 pacientes más (incidencia acumulada 0,8%). El 100% de los pacientes fueron visitados en APS al menos una vez (16,4 visitas/año de promedio); un 62% fue visitado por algún especialista (3,9 visitas/año); el 29% acudió a urgencias (1,8 visitas/año) y el 12% fue hospitalizado (9,1 días estancia media). El coste medio de un diabético fue de 1980€ (3,5 veces más que el coste medio), de los que 880€ corresponden a consumo farmacéutico (44%). No existen diferencias significativas interanuales aunque sí entre tipo de pacientes diabéticos. Los CRG los clasifican en 21 categorías diferentes y las oscilaciones de coste van desde los 1.110€ para los diabéticos sin complicaciones a los 25.972€ que consumen los diabéticos que precisan diálisis. El coste de estos pacientes supuso el 12,5% del coste total de la población y un 15% del coste farmacéutico. El análisis entre ABS muestra diferencias tanto a nivel de la utilización de recursos como en el coste final.

Conclusiones: Los resultados obtenidos son coherentes con los estudios publicados en nuestro país. A diferencia de éstos nuestro estudio incluye toda la población de una comarca seguida durante dos años en una situación de práctica real. La utilización de los crg como sistema de clasificación de pacientes resulta útil y permite la combinación con medidas de resultado clínico, más allá del coste y la utilización que han sido objeto de esta investigación.

Financiación. Agencia de Evaluación de Tecnologías e Investigación Médica (AATRM).

O-057

O-058

COMPARACIÓN DE MÉTODOS DE CÁLCULO DE READMISIONES HOSPITALARIAS PARA SU USO COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL

D. Malmusi, F. Cots, M. Riu, M. Sala, X. Castells et al

Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica. Hospital del Mar. Barcelona. Unitat Docent de Medicina Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB.

Antecedentes y objetivos: La tasa de rehospitalizaciones precoces es una información de fácil acceso en los datos de actividad hospitalaria y se utiliza de forma extensa como indicador de calidad y para el benchmarking. A lo largo de los años, en la literatura internacional, se ha puesto en duda su adecuación y han aparecido varios intentos de acotar una definición de readmisión relacionada con la calidad hospitalaria y comparable entre centros. Se revisan y comparan estas propuestas para seleccionar un método más adecuado para nuestro entorno asistencial.

Métodos: Revisión de la literatura sobre concepto de readmisión y definiciones operativas. Selección de definiciones de readmisión conceptualmente adecuadas y con algoritmos automatizados a partir de información existente en el CMBD, y de métodos de ajuste por casuística centrados en factores determinantes de la readmisión. Reproducción de los algoritmos y ajustes escogidos en los datos anonimizados de hospitalizaciones de la red de hospitales de uso público (XHUP) del año 2001, y discusión crítica de los resultados obtenidos con los distintos métodos.

Resultados: Se han seleccionado y comparado: la readmisión urgente en menos de 31 días (Ashton et al. Soc Sci Med. 1996;43:1533-41), el algoritmo de readmisiones relacionadas utilizado por lasist para el programa Hospitales TOP 20 (http://www.iasist.com/top20/Top20_2006/Resultados/metodologia.html), y un algoritmo de readmisiones potencialmente evitables (Halfon et al. J Clin Epidemiol. 2002;55:573-87); la tasa de readmisión en el conjunto de la XHUP fue del 4,9% con la definición básica de Ashton, del 3,9% según lasist i del 5,8% según Halfon. El ránking de los grupos de hospitales difiere de forma sustancial según la definición de readmisiones empleada. Como métodos de ajuste, se compararon el modelo de predicción de lasist y la estandarización indirecta por severidad y casuística APR-GRD; ambos métodos reducen las diferencias entre grupos de centros.

Conclusiones: Las diferencias conceptuales de los indicadores de readmisiones precoces testados se reflejan en los resultados que proporcionan. Los algoritmos de Halfon y de lasist son clínicamente plausibles y se acercan más al concepto de readmisiones relacionadas con la calidad, aunque ambas propuestas tienen ventajas e inconvenientes. El algoritmo de Halfon es más elaborado y permite distinguir entre readmisiones evitables por complicación o por recurrencia. La elevada tasa obtenida con este método podría reflejar la inclusión de determinadas readmisiones no urgentes. Puede ser necesario adaptarlo a nuestro.

O-060

APLICACIÓN DEL MODELO EUROPEO DE CALIDAD AL ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DEL GASTO FARMACÉUTICOA. Catalán Ramos, M.A. Pons Mesquida, N. Parellada Esquius, L. Diego del Río, L. Acuña Reina, R. Dehesa Camps et al
Instituto Catalán de la Salud.

Antecedentes y objetivos: El modelo europeo de calidad (EFQM) está constituido por un conjunto de factores y criterios con capacidad para determinar el nivel de excelencia de una organización sanitaria y su potencialidad para obtener los mejores resultados posibles. **Objetivos:** 1) identificar —a partir de dicho modelo— los factores que explican la variabilidad del gasto farmacéutico de los equipos de atención primaria, con el fin de optimizar sus resultados económicos y 2) elaborar una fórmula predictiva del gasto farmacéutico.

Métodos: *Diseño:* estudio transversal retrospectivo realizado entre 267 equipos de atención primaria de Cataluña en el período enero-diciembre de 2003. *Variable dependiente:* gasto farmacéutico/habitante/año. *Las variables independientes proceden de las 6 dimensiones del modelo EFQM:* liderazgo, personas (profesionales sanitarios y población atendida), políticas y estrategias, alianzas y recursos, proceso asistencial y resultados (satisfacción de usuarios y resultados clínicos). Para cada variable se ha realizado análisis descriptivo y regresión lineal simple con la variable dependiente. Para confeccionar el modelo predictivo se ha realizado una regresión múltiple con el método step-wise.

Resultados: Más del 50% de las variables estudiadas (50) se correlacionan significativamente con el gasto farmacéutico. La mayoría pertenecen a las dimensiones EFQM de: personas (características demográficas y socioeconómicas de la población atendida), política y estrategia (oferta sanitaria, accesibilidad, acreditación docente de los equipos), alianzas y recursos (planificación territorial de las oficinas de farmacia) y procesos (calidad de prescripción farmacéutica y atención domiciliaria). No se ha detectado relación alguna entre aspectos relacionados con el clima laboral de los profesionales y la satisfacción de los usuarios con el sistema sanitario.

Conclusiones: 1) Tan sólo 6 variables explican el 71,1% de la variabilidad del gasto farmacéutico de los equipos de atención primaria. 2) La mejora de la calidad de la prescripción farmacéutica el único factor cuya mejora es capaz de optimizar el gasto farmacéutico. 3) El conocimiento de los factores que condicionan el gasto farmacéutico de los equipos de atención primaria, permite a los proveedores sanitarios priorizar las actuaciones encaminadas a optimizar el balance coste-efectividad de sus intervenciones.

Financiación. Proyecto financiado por la Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Expediente 040/17/2002.

O-059

PROPUESTA DE INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

P. Beltrán Troncoso, I. Vargas Lorenzo, M.L. Vázquez Navarrete, J. Corderch Lasaletta, J.R. Llopert López et al

Hospital General de Cataluña. Servei d'Estudis Consorci Hospitalari de Catalunya. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Badalona Serveis Assistencials.

Antecedentes y objetivos: La limitada coordinación asistencial es un importante problema del sistema nacional de salud español. Un obstáculo para su mejora es el insuficiente desarrollo de instrumentos de evaluación, especialmente, en las transiciones entre niveles asistenciales. El objetivo del estudio es contribuir a la evaluación de la coordinación entre niveles asistenciales mediante la elaboración de un conjunto de indicadores relevantes y factibles.

Métodos: A partir de revisiones de continuidad y coordinación asistencial de Reid et al y Terraza, se elaboró un conjunto de indicadores siguiendo los criterios de Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations. Se analizó su factibilidad en discusión con los responsables de sistemas de información y su aplicabilidad práctica, mediante revisión de registros e historias clínicas, para un proceso y en 2 organizaciones sanitarias. Se seleccionó la Enfermedad Pulmonar Obstruictiva Crónica (EPOC), por ser un proceso crónico prevalente en que intervienen varios niveles asistenciales y dos Organizaciones Sanitarias Integradas de Cataluña, por contar con sistemas de información verticales y mecanismos de coordinación específicos para EPOC.

Resultados: Se propuso 17 indicadores relativos a coordinación de información y de gestión de la atención y se seleccionaron 11 por su factibilidad; a pesar de lo cual, la obtención de los datos requirió un importante esfuerzo. En coordinación de información, los indicadores de transferencia de información más relevantes son de calidad de los datos en documentos de interconsulta, si no se comparte la historia clínica. Cuando se comparte, se proponen indicadores de resultado —repetición de visitas por falta de resultados y duplicación de pruebas—, cuya aplicación, no obstante, comporta elementos de subjetividad clínica. En coordinación de gestión de la atención, se aplican indicadores de adherencia a medidas preventivas y pautas terapéuticas. Factores necesarios para la interpretación de los indicadores son existencia de protocolos que especifiquen circuitos de pruebas, criterios de derivaciones y controles, y sistema de codificación de la morbilidad común para atención primaria y especializada, con estadios clínicos y exacerbaciones de procesos crónicos.

Conclusiones: La aplicación e interpretación de indicadores de evaluación de la coordinación asistencial requiere una clara especificación de roles por niveles asistenciales. Asimismo, su utilización solo podrá ser continua y sistemática con sistemas de información integrados que recojan los datos necesarios de forma rutinaria.

Financiación. Parcialmente financiado por FIS (04/2688) y CHC.

O-061

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA AL ICTUS AGUDO EN CATALUÑA ANTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GPC. CONOCER DÓNDE ESTAMOS PARA IMPLEMENTAR MEDIDAS DE MEJORA

S. Abilleira, A. Ribera, E. Sánchez, R. Tresserras, M. Gallófré, M.L. de la Puente et al

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM). Unitat d'Epidemiologia Cardiovascular. Hospital Vall d'Hebron. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes y objetivos: Una de las líneas prioritarias de la planificación sanitaria en Cataluña es la enfermedad cerebrovascular (ECV). La primera fase de desarrollo del Plan Director ECV incluyó la elaboración y difusión (noviembre 2005) de la Guía de Práctica Clínica del Ictus (GPC). Nos propusimos analizar, mediante la primera de una serie de auditorías bienales, la calidad de la atención hospitalaria al paciente con ictus en los hospitales de agudos públicos antes de la difusión de la GPC.

Métodos: Se recogió mediante revisión de historias clínicas la información sobre distintos indicadores de calidad de la atención hospitalaria al ictus, siguiendo las recomendaciones de la GPC. Los hospitales participantes reclutaron de forma retrospectiva 20, 40 o 60 casos consecutivos (códigos CIE-9: 431, 433,01, 434, 436) según número de ingresos/año. Todos los casos habían ingresado en el primer semestre de 2005. La inclusión de casos en el registro se realizó al mismo tiempo en todos los hospitales participantes (marzo-mayo 2006). El 10% de los casos reclutados en cada centro se revisaron externamente, tras selección aleatoria, para determinar la calidad de los datos recogidos. Los indicadores se agruparon en 6 perfiles que atienden a diferentes aspectos de la práctica clínica y un séptimo perfil ('top 13') que incluye una selección de indicadores con un nivel alto de evidencia científica. Se definió el cumplimiento de cada perfil como el porcentaje medio de todas las acciones/intervenciones correctas según los indicadores definidos previamente.

Resultados: Se incluyeron 1791 casos, 53,9% hombres, edad media 75,64 ± 12,44 años. La variabilidad interobservador global fue de 0,7. El cumplimiento de los perfiles asistenciales fue (porcentaje medio, (IC 95%)): calidad de la historia clínica 78,4 (77,5-79,4), estándares de atención básica 92,3 (91,5-93,1), evaluación neurológica 37,5 (37,3-39,3), medidas iniciales del tratamiento rehabilitador 44,9 (43,1-46,6), prevención y manejo de complicaciones 68,4 (66,9-69,9), medidas preventivas iniciales 78,8 (77,3-80,4), y 'top 13' 75,1 (74,2-76).

Conclusiones: Existen ámbitos a mejorar en la atención hospitalaria al ictus, sobre todo los aspectos relacionados con la evaluación y seguimiento neurológico del paciente y la rehabilitación.

Financiación. Proyecto Investigación FIS 052709.

O-062

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS SOBRE LOS REINGRESOS Y LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICAF. Güell Viaplana, M. Rodríguez Sanz, X. Castells Oliveres et al
Servei Català de la Salut. Agència de Salut Pública de Barcelona. Institut Municipal d'Assistència Sanitària.

Antecedentes y objetivos: Las enfermedades respiratorias crónicas —EPOC, asma y otras enfermedades con limitación crónica del flujo aéreo— son de alta prevalencia e implican diferentes niveles de atención y especialización sanitaria. Dentro de los posibles abordajes en su tratamiento se encuentra la gestión de casos. El propósito del presente estudio es investigar el efecto de la intervención combinada de gestión de casos, aplicada a enfermos respiratorios crónicos sobre los reingresos hospitalarios, el consumo total de días de estancia y la estancia media de ingreso.

Métodos: Se ha utilizado un diseño pre-post y se dispone de un grupo control. La población de estudio son los enfermos respiratorios crónicos mayores de 15 años que se atienden en dos hospitales de la ciudad de Manresa. En un hospital se realizó la intervención de gestión de casos combinada con sesiones de educación sanitaria y se habilitó el acceso a un hospital de día para la atención precoz de reagudizaciones; el otro hospital se utilizó de control. Se estudia el cambio en el número de reingresos, el consumo total de días de estancia y la estancia media de ingreso en el período de estudio (1996-97 'pre' y 2001-02 'post') en cada uno de los hospitales, mediante el ajuste de modelos lineales generalizados, teniendo en cuenta el sexo, la edad y la comorbilidad.

Resultados: El número de ingresos debidos a la enfermedad respiratoria crónica aumenta significativamente en el grupo control un 23% en el período post respecto al período PRE ($p = 0,011$), mientras que disminuye de manera no significativa en el grupo de intervención un 8% ($p = 0,168$). El consumo de días de estancia hospitalaria cambia de manera significativa en los dos hospitales, respecto al período pre el hospital control aumenta un 46% y en cambio, en el hospital intervención disminuye un 36%. En relación a la estancia media de ingreso, se muestra un aumento en el grupo control de 2,54 días ($p = 0,003$), y en cambio, se observa una disminución de 3,16 días en el grupo intervención ($p < 0,001$).

Conclusiones: La aplicación del modelo de gestión de casos de base hospitalaria, en el que se realiza un abordaje multidisciplinar de la patología educando al paciente respiratorio crónico en el auto-manejo de la enfermedad y se le facilita el tratamiento de reagudizaciones en un hospital de día, posibilita la obtención de una mejora en el uso de los servicios hospitalarios en tanto que se consigue una disminución en los reingresos, en el consumo total de días de estancia hospitalaria y en la estancia media de ingreso.

O-064

USO DE SERVICIOS SANITARIOS SEGÚN LAS NECESIDADES EN SALUD EN POBLACIÓN DE 8 A 18 AÑOS DE 11 PAÍSES EUROPEOS

S. Berra, L. Rajmil, C. Tebé, M. Erhart, M. Herdman, J. Alonso, U. Ravens-Sieberer et al

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (Barcelona). Robert Koch Institute (Berlín, Alemania).

Antecedentes y objetivos: El uso de servicios sanitarios, su adecuación a necesidades o la existencia de desigualdades sociales, ha sido poco estudiado en el conjunto de Europa. Objetivo: analizar el volumen de uso de servicios sanitarios según necesidades en salud de la población de 8 a 18 años de 11 países europeos, teniendo en cuenta factores sociodemográficos.

Métodos: Se seleccionaron muestras representativas de chicos/as y su madre/padre, según el país, por muestreos de números telefónicos, escuelas u hogares; los cuestionarios se administraron en la escuela o el hogar. La variable dependiente fue el número de contactos con profesionales de salud en los 12 meses previos. Las necesidades en salud fueron recogidas a través de la declaración de enfermedades crónicas (EC), días con limitación de actividad, problemas psiquiátricos (Strength and Difficulties Questionnaire) y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS, cuestionario KIDSCREEN-52). Las variables sociodemográficas fueron ocupación y máximo nivel de estudios (NE) entre padre y madre, así como recursos materiales de la familia (RM). La muestra se ponderó por edad y sexo por país, según datos censales. Se analizó el volumen anual de contactos mediante un modelo multivariado de regresión binomial negativa (razón de tasas de incidencia, RTI); la variabilidad del volumen de uso entre países mediante un modelo multinivel; y los factores asociados a baja utilización, mediante regresión logística (0 vs 1 contacto anual).

Resultados: Participaron 16.210 chicos/as (49% chicas) y sus padres (35,7% tasa de respuesta). El volumen de uso fue mayor en todas las categorías de necesidad [ej. 1 EC: IC 95% RTI = 1,91-2,67; 2 ó más EC: IC 95% RTI = 2,40-3,46], así como en baja CVRS en la dimensión de Bienestar Físico (IC 95% RTI = 1,08-1,52); y fue menor en quienes tuvieron elevada CVRS en Bienestar Físico (IC 95% RTI = 0,79-0,99) y Vida Familiar (IC 95% RTI = 0,79-1,00). En el grupo de bajo NE, el volumen de uso fue menor, aunque no estadísticamente significativo (IC 95% RTI = 0,77-1,03), y fue mayor la probabilidad de estar en el grupo de no utilización (IC 95% de odds ratio = 1,07-1,76). La varianza explicada atribuible a la variabilidad entre países no resultó relevante.

Conclusiones: Las necesidades en salud, tanto físicas, psicológicas como la CVRS, se asociaron adecuadamente al volumen de uso de servicios. Elevados niveles de CVRS se asociaron a menor número de contactos. Se revelaron desigualdades sociales en el uso de servicios según el nivel de estudios de los padres en esta muestra de varios países europeos. La tasa de respuesta indica un posible sesgo de selección hacia grupos más favorecidos.

O-063

CARGA ASISTENCIAL HOSPITALARIA DE LA ATENCIÓN AL ICTUS EN CASTILLA Y LEÓNA. Álvarez Requejo, M.A. Nieto Martín, T. García Reguero, C. Gorostiza Jiménez et al
Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. D. General Asistencia Sanitaria. D. Técnica Atención Especializada.

Antecedentes y objetivos: Las enfermedades cerebrovasculares y especialmente el ictus ocasionan una gran morbilidad y mortalidad en Castilla y León, comunidad con un acusado y progresivo envejecimiento de su población. El ictus es una de las principales causas de discapacidad y dependencia, la asistencia a esta patología supone un peso económico relevante para el sistema de salud. Este trabajo estudia la evolución de la carga asistencial en hospitalización ocasionada por la atención al ictus agudo en la red asistencial de Sacyl.

Métodos: Análisis descriptivo de la casuística debida a episodio agudo de ictus a lo largo de un período de cinco años (2001-2005) en los 14 hospitales de Sacyl, a partir de la información procedente del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) hospitalario y su agrupación mediante los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Se incluyeron todas las altas con diagnóstico principal comprendido entre las categorías 430 a 436, excluyendo los correspondientes a los códigos 433.X0. El coste de la asistencia se estimó en función de los GRD y referido al año 2003.

Resultados: Se identificaron 25.336 episodios de ictus agudo. La tasa anual de hospitalización experimentó un aumento del 13,2% (de 193,3 por 100.000 en 2001 a 218,7 en 2005), con un reparto desigual por áreas de salud. Esta tasa fue mayor en varones (246 en 2005) que en mujeres (200) y aumentaba con la edad en ambos. El 51,5% de los episodios correspondieron a ictus isquémico (ISQ), el 19,1% a isquemia cerebral transitoria (ICT), el 18% hemorragia cerebral (HCB), un 3,5% hemorragia subaracnoidea (HSA) y el 7,9% a otros tipos de ictus. Los varones tenían una edad media casi 5 años inferior que las mujeres (72,8 vs 77,5), una mayor proporción de HCB (20,1% vs 15,5%) y mayor complejidad de la casuística (peso medio GRD = 2,64 vs 2,38), mientras que las mujeres presentaron una mortalidad intrahospitalaria más elevada (17,2%; IC 95%: 16,5-17,9) que los varones (15,2%; IC 95%: 14,6-15,8). La mortalidad intrahospitalaria global ascendió al 16,1%, con diferencias significativas en función del tipo de ictus y progresivamente creciente con la edad. El ictus ocasionó un 2,2% de las altas y un 3,5% de las estancias anuales de Sacyl. La complejidad de la casuística (case-mix) se mantuvo estable, en torno a 2,52. El coste promedio de la asistencia hospitalaria al episodio de ictus ascendió a 4.291€.

Conclusiones: El ictus agudo ocasiona un impacto asistencial hospitalario creciente en Castilla y León, con un aumento de la tasa de hospitalización cercano al 3% anual. El peso medio de los GRD del ictus agudo es un 68% mayor que el promedio de Sacyl y ocasiona un exceso de consumo de recursos hospitalarios de esta magnitud.

O-063B

ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ DE UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

M.I. Pasarán, S. Berra, A. González, A. García-Altés, A. Plaza, A. Segura, B. Starfield, et al .

Agencia de Salut Pública de Barcelona; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; Regió Sanitària de Barcelona; Institut d'Estudis de la Salut; Johns Hopkins University.

Antecedentes/objetivos: La necesidad de evaluación de los servicios sanitarios ha puesto en evidencia la falta de instrumentos en algunas áreas. Starfield y Shy diseñaron un conjunto de instrumentos (PCAT: Primary Care Assessment Tools) para la evaluación de las características que, según su modelo teórico, debería alcanzar la APS. La versión dirigida a los responsables de los Equipos de Atención Primaria (EAP) ha sido recientemente adaptada al sistema sanitario español y catalán. Objetivo: analizar la fiabilidad y validez del instrumento, como fase piloto previa al diseño del cuestionario definitivo.

Métodos: Se envió el cuestionario traducido y adaptado a 87 directores de EAP de Barcelona. Contenia 163 ítems, 27 de variables descriptoras del EAP y de la población que atienden y el resto de las dimensiones a medir: primer contacto y accesibilidad (8 ítems), continuidad (14), coordinación (17), globalidad (46), atención centrada en la familia (16), orientación comunitaria (25) y competencia cultural (10). Los ítems se respondían con una escala Likert de 1 a 4 y las dimensiones se calcularon como promedio de todos sus ítems. El análisis incluyó: 1) media, desviación estándar, valores perdidos y distribución de las respuestas en cada ítem; 2) validez ítem-dimensión convergente para la comprobación de los supuestos de la escala de Likert para construir un índice de cada dimensión; 3) consistencia interna de las dimensiones mediante alfa de Cronbach.

Resultados: Respondieron el 81% de los directores/as de EAP. Las puntuaciones medias fueron en general altas (> 3,0) por homogeneidad en las respuestas (más del 90% respondieron la misma opción) y sólo 4 ítems tuvieron más de un 10% de valores perdidos. La mayoría de los ítems mostraron una correlación positiva moderada con sus dimensiones, 11 ítems presentaron correlaciones bajas (< 0,20). La consistencia interna fue adecuada en casi todas las dimensiones (alfa de Cronbach > 0,70), siendo inferiores en las dos subdimensiones de coordinación (0,63 y 0,66). Como resultado de este estudio piloto 5 ítems fueron eliminados, 5 fueron modificados y en 4 se realizaron modificaciones en el diseño de las opciones de respuesta con el fin de facilitar y mejorarlas.

Conclusiones: Se obtuvo una aceptable fiabilidad y validez del PCAT-EAP. Próximamente se realizará un análisis test-retest. La administración piloto ha servido para obtener una versión definitiva del PCAT-EAP previamente traducido y adaptado del original, que permitirá evaluar aspectos de la APS que hasta ahora no era posible abordar. Financiación. FIS (PI052763).