

O5 - Comunicación Oral/Oral communication

Salud infantil I

Child health I

Jueves 2 de Octubre / Thursday 2, October
9:00:00 a/to 11:00:00

Moderador/Chairperson:
Nuria Aragónés

LAS VERSIONES ESPAÑOLAS DEL VSP-A Y EL KINDL: FIABILIDAD Y VALIDEZ DE DOS MEDIDAS GENÉRICAS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD PARA NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

Vicky Serra-Sutton*, Luis Rajmil*, Silvina Berra*, Marta Aymerich*, Rosalia Santed**, Montse Ferrer**

*AATRM, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona, España. **IMIM, Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona, España.

Antecedentes: El VSP-A mide la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de adolescentes de 12-18 años e incluye 39 ítems y 11 dimensiones: energía, bienestar psicológico, relaciones con los amigos, actividades de ocio, relaciones con padres, bienestar físico, relaciones con profesores, actividades escolares, autoestima, relaciones con personal sanitario y satisfacción con la vida sentimental y sexual. El KINDL incluye una versión infantil (8-12 años) y otra para adolescentes (13-18 años) con 24 ítems y 6 dimensiones: bienestar físico y emocional, autoestima, familia, amigos, y funcionamiento en la vida diaria. Los objetivos de este estudio han sido adaptar la versión española del KINDL y comprobar las propiedades psicométricas del VSP-A y KINDL de forma paralela.

Métodos: El proyecto Kidscreen, financiado por la Comisión Europea para el desarrollo de una medida de CVRS en 7 países, ha permitido incluir el VSP-A y el KINDL para facilitar el análisis de su validez. La versión pre-test del KINDL fue administrada junto al VSP-A en la fase piloto del KIDSCREEN. Se seleccionaron 4 colegios de Barcelona y Girona y se administraron los cuestionarios a 561 niños/as y adolescentes (en dos ocasiones para analizar la estabilidad test-retest). La fiabilidad se analizó mediante alphas de Cronbach y coeficientes de correlación intraclass (CCI). Para analizar la validez preliminar se compararon las dimensiones del KINDL y VSP-A según edad, género y titularidad del colegio (público-privado) mediante pruebas t-student. Finalmente, se compararon las puntuaciones del VSP-A y KINDL mediante coeficientes de correlación de Pearson para comprobar su validez convergente/discriminante.

Resultados: Se incluyeron 491 casos en los análisis, de los cuales el 49.9% eran niñas y el 50.1% niños. Las dimensiones del VSP-A presentaron una consistencia interna elevada y estabilidad test-retest aceptable (alpha de Cronbach: 0,70-0,91, CCI: 0,61-0,88). En el caso del KINDL, los resultados de la consistencia interna y estabilidad test-retest fueron aceptables para la mayoría de sub-escalas, excepto para bienestar físico y funcionamiento escolar que presentaron alphas de Cronbach < 0,70 y CCI < 0,60. Las chicas presentaron peor CVRS medida a partir del VSP-A (menos energía, bienestar emocional, bienestar físico y autoestima, puntuación global más baja; $p < 0,001$) y del KINDL (menos bienestar psicológico y físico, autoestima más baja; $p < 0,001$). En general, la puntuación global del VSP-A presentó una correlación elevada con la puntuación global del KINDL de adolescentes ($r = 0,83$).

Conclusiones: Los resultados de la comprobación psicométrica del VSP-A y KINDL presentan una validez y fiabilidad aceptables para ser utilizadas en la población infantil (KINDL) y de adolescentes (VSP-A y KINDL). También disponer de dos cuestionarios para poder medir la CVRS en niños/as y adolescentes, así como poder monitorizar la salud de la población de este rango de edad mediante su inclusión en encuestas de salud.
Estudio financiado parcialmente por el Fondo de Investigación Sanitaria (PI 021206)

¿SON CAPACES DE CONTESTAR UN CUESTIONARIO DE SALUD AUTOPERCIBIDA LOS NIÑOS/AS DE 6 A 11 AÑOS?: LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CHILD HEALTH AND ILLNESS PROFILE, CHILD EDITION (CHIP-CE)

Vicky Serra-Sutton*, Luis Rajmil*, Imma Guillamon*, Maria Dolors Estrada*, Jordi Alonso**. En nombre del Grupo: "Grupo de Investigación para la versión española CHIP-CE"

*AATRM, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona, España. **IMIM, Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona, España.

Antecedentes: El CHIP-CE es un cuestionario genérico que mide la salud percibida de niños/as de 6 a 11 años e incluye figuras ilustrativas que ayudan a comprender las preguntas. Los objetivos del estudio han sido adaptar la versión española del CHIP-CE y analizar lo que los niños/as de estas edades son capaces de explicar sobre su propia salud.

Métodos: Para obtener las versiones adaptadas del CHIP-CE se ha seguido la metodología de traducción directa e inversa. Se realizaron 46 entrevistas cognitivas (probing) a niños y niñas de 6 a 11 años procedentes de 2 colegios de Barcelona. Se administraron 10-15 preguntas a cada niño/a y se evaluó la comprensión de las mismas y las alternativas de respuesta a partir de guías estructuradas (por ejemplo si contestaban que habían tenido dolor, se les preguntaba dónde lo habían tenido, cuándo, qué era el dolor, qué le pasaba a la figura que acompañaba la pregunta y cómo harían la pregunta con sus propias palabras). Después de cada entrevista se evaluaba el nivel de comprensión y la habilidad de cada niño/a para contestar a las preguntas. Todas las entrevistas fueron grabadas, transcritas y codificadas y se realizó un análisis de contenido de las mismas. Finalmente se realizó una prueba piloto en 76 niños y niñas de un colegio de primaria de Barcelona.

Resultados: Como resultado del proceso de adaptación se ha excluido 1 ítem por falta de equivalencia con la versión original. De las 46 entrevistas realizadas, 20 fueron a niños/as de 6-7 años. Los niños/as describieron sus vivencias en relación a diferentes aspectos de su salud percibida. En algunas ocasiones, las preguntas fueron modificadas para mejorar la claridad del vocabulario (p.e. "¿tus padres han escuchado tus ideas?": entendían el concepto de ideas, pero algunos comentaban sus "opiniones" a sus padres, sus "ideas" las explicaban a amigos/as, hermanos/as o se las reservaban para ellos mismos). Los niños/as de 6 años entendieron la mayor parte de los conceptos incluidos en el CHIP-CE, aunque necesitaban apoyo (mímica, sinónimos o figura). La figura representa un refuerzo importante para la comprensión. A partir de los 8 años, las respuestas del niño/a sobre el significado de palabras o ítems fueron más elaboradas sin necesidad de apoyo. Además, utilizaban con más frecuencia las 5 alternativas de respuesta y las enmarcaban en un período recordatorio adecuado. En la prueba piloto, los niños/as contestaron todo el cuestionario en 1 hora escolar.

Conclusiones: La versión española del CHIP-CE parece adecuada para los niños de 6-11 años de edad. Se ha profundizado en lo que los niños/as pueden describir sobre su salud percibida y se ha confirmado que a partir de los 6 años pueden contestar al CHIP-CE.
Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (contrato nº01/0420)

POSTNATAL AEROALLERGEN EXPOSURE AND CHILDHOOD WHEEZING

Sarah Polk¹, Laura Muñoz-Ortiz¹, Jordi Sunyer¹, Maria Barnes², Matias Torrent³, Cecilia Figueroa⁴, Josep M Antó¹, Oriol Vall-Comellas⁴, Paul Cullinan². En nombre del Grupo: AMICS (Asthma Multi-Center Infants Cohort Study)

¹URRA, IMIM, Barcelona, Spain. ²Occupational & Environmental Medicine, Imperial College, London, UK. ³Area Salud, Institut Balear Salut, Menorca, Spain. ⁴Pediatría, Hospital del Mar, Barcelona, Spain.

Background: The large increase in diagnosis of asthma in Europe since 1970 remains unexplained. Early exposure to allergen has been proposed both to augment and reduce risk of the diagnosis of asthma.

Methods: Children (n = 1611) were recruited prior to birth for the Asthma Multi-centre Infants Cohort Study (AMICS). Three concurrent cohorts (Ashford, Kent (UK); Menorca island (Spain) and Barcelona-city (Spain) followed the same research protocol. Aeroallergen levels, house dust mite (Der P 1) and cat allergen (Fel D 1), were assayed following dust collection in the living room at 3 months of age. Additional exposures as well as symptoms were reported by their parents at annual interviews. Information was available for 1263 children (Ashford 95% recruited, Barcelona 40%, Menorca 94%) through their fourth year.

Results: Fel D 1 levels varied by center (Ashford 1.8 ig/g (median), Barcelona 0.28 ig/g, Menorca 0.25 ig/g). Early transient wheezers (only wheezed before the age of three) had lower levels of Fel D 1 at all three centers than never wheezers (OR=0.74 for levels above center median, 95% CI 0.53-1.02, after adjusting for lower respiratory tract infection during first year, antibiotic use during first year and center). Fel D 1 levels did not differ between persistent wheezers and never wheezers (OR=1.11, 0.76-1.64, after adjusting for siblings, maternal asthma, maternal smoking in first year, antibiotic use in first year, lower respiratory tract infection in first year, birth weight, sex and center). Fel D 1 levels also did not differ among late wheezers (wheezed in year 3 or 4 only) and never wheezers (OR 1.03, 0.68-1.57, after adjusting for maternal smoking in first year, maternal asthma, breast feeding, sex and center). However, there was a significant interaction between Fel D 1 level and maternal smoking during the first year for late wheezers as opposed to never wheezers (OR=2.47 among smokers, 1.14-5.35). Maternal atopy did not modify any of these relationships. No associations were found with Der P 1.

Conclusions: Early life exposure to Fel D 1 impacts wheezing in young children. However, results differ according to the pattern of childhood wheezing and concurrent exposure to maternal smoking.

037

RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO ESPAÑOLA DEL KIDSCREEN: UNA MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD INFANTIL Y DE ADOLESCENTES DE LA UNIÓN EUROPEA

Silvina Berra*, Luis Rajmil*, Marta Aymerich*, Vicky Serra-Sutton*, Ulrike Ravens-Sieberer**

*Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona, España. **Robert-Koch Institut, Berlín, Alemania.

Antecedentes: El KIDSCREEN es un estudio multicéntrico que se propuso desarrollar, aplicar y validar un instrumento genérico multidimensional de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para su uso en niños y adolescentes de 8 a 18 años de la Unión Europea. La base del desarrollo del instrumento fueron los elementos relevantes acerca de la CVRS desde la perspectiva de los niños/as y jóvenes, recogidos a partir de grupos de discusión, además de una revisión sistemática de la literatura y un consenso de 24 expertos/as sobre el contenido y la estructura del cuestionario, mediante el método Delphi. Durante el proceso de traducción directa e inversa se redujo el número de ítems hasta obtener una versión con 168 ítems para adolescentes y 159 ítems para niños/as. La prueba piloto tuvo el objetivo de reducir el número de ítems y analizar las propiedades psicométricas del cuestionario.

Métodos: La prueba piloto se llevó a cabo en muestras de conveniencia con una distribución equilibrada de edad, género y clase social. La muestra española se recogió en dos colegios públicos y uno privado e incluyó a 207 niños y 354 adolescentes. El análisis de datos permitió una segunda reducción de ítems siguiendo la comprobación psicométrica clásica y la teoría de respuesta al ítem. Obtenidas las versiones definitivas, se estudió su aceptabilidad (valores perdidos), poder discriminante (efectos suelo y techo), consistencia interna de las escalas (a de Cronbach) y su validez según la correlación con un índice de calidad de vida de referencia y un ítem general de salud percibida.

Resultados: Respondieron el 97% de los niños y el 82% de los adolescentes. La tasa de respuesta de los padres fue 82% y 67% respectivamente. Se obtuvo una versión reducida de 20 ítems y una versión de investigación con 76 ítems distribuidos en diez dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico positivo y negativo, apoyo social, relación con los padres y vida familiar, autopercepción física y autoestima, autonomía, función cognitiva y escolar, rechazo social y percepción de oportunidades económicas. En general, todas las dimensiones presentaron un a de Cronbach superior a 0,80, excepto la de rechazo social ($\alpha = 0,70$) y una buena correlación con el índice de referencia y con el ítem de salud general percibida. El efecto suelo fue inferior a 1% en todas las dimensiones y el efecto techo fue variable, entre 1,4% (bienestar físico) y 17,7% (rechazo social). En la muestra española, como en el resto de los países, los adolescentes tuvieron un perfil de CVRS algo peor que los niños, excepto en dos dimensiones (rechazo social y percepción económica).

Conclusiones: El cuestionario presenta propiedades psicométricas aceptables. Se espera que sea una herramienta útil para comparar la CVRS en niños/as y adolescentes de la Unión Europea.

Financiado por la Comunidad Europea. Contrato N° QLRT-2000- 30751.

039

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN ASTURIAS

Julio César Alonso Lorenzo¹, Patricio Suárez Gil², Angel López Díaz², María Dolores Martín Rodríguez³, María del Mar Martínez Suárez⁴

¹Gerencia de Atención Primaria de Oviedo, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España. ²Servicio de Formación, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Asturias, Oviedo, España. ³Área de Organización Asistencial, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España. ⁴Área de Formación, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: La vigilancia del patrón de lactancia materna es esencial para evaluar el cumplimiento de la recomendación de OMS sobre la nutrición en los niños durante los primeros meses de vida. En 1996 realizamos una primera evaluación en Asturias. Tras seis años del estudio inicial nos propusimos un nuevo trabajo con los siguientes objetivos: Estimar la prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias en la actualidad, y comparar los resultados actuales con los obtenidos en 1996.

Métodos: Se realizó un estudio transversal con datos "status-quo". La población estuvo constituida por los niños de entre 0 y 6 meses en el momento del estudio (16 de diciembre de 2003), nacidos en hospitales públicos de Asturias (3216); se eliminaron 28 casos en que no se disponía de teléfono. Se obtuvo una muestra de 1.050 niños por muestreo aleatorio estratificado con asignación fija por Área Sanitaria (muestreo no equiprobabilístico). Los datos se obtuvieron por cuestionario telefónico, preguntando si el día del estudio el niño había tomado el pecho. Para el análisis, los datos fueron ponderados por los inversos de la probabilidad de selección. La estimación de la curva de prevalencia de lactancia según la edad del niño se realizó mediante regresión logística univariante. También se estimaron el Índice de Deserción (ID): porcentaje de niños que habiendo iniciado lactancia materna la han abandonado en una fecha dada, y el Índice de Lactancia Acumulada (ILA): porcentaje de toda la lactancia potencial de la comunidad que se ha producido efectivamente durante un período. Se obtuvieron los intervalos de confianza de la curva de prevalencia y los ID, tanto la configuración de la curva como de los indicadores de lactancia se compararon con los obtenidos en 1996.

Resultados: Se efectuaron 829 entrevistas (tasa de respuesta 78,9%), en 17 casos hubo negativa a contestar. La prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en los recién nacidos fue 49,1% (IC 95%: 45,7; 52,1), decayendo a los 60 días al 29,0% (IC 95%: 25,9; 32,1) y alcanzando 14,8% (IC 95%: 12,4; 17,2) a los 120 días. Los ID fueron de 21,4% (IC 95%: 20,2; 22,8) a los 30 días y 57,2% (IC 95%: 54,7; 60,0) a los 90 días. El ILA a los 90 días era 14,8% y a los 120 de 13,1%.

Conclusiones: Inicia LME la mitad de la población de recién nacidos, esta prevalencia no se diferencia sustancialmente con la obtenida seis años antes. La curva de mantenimiento de la LME presenta una configuración ligeramente distinta a la anterior: Muestra una caída menos pronunciada de la lactancia en el grupo que la mantiene a los 90 días de vida del niño. La prevalencia de la LME se mantiene por debajo de las recomendaciones.

038

DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE HOSTILIDAD Y VICTIMIZACIÓN EN POBLACIÓN ESCOLAR

Alberto M. Torres Cantero*, Ildefonso Hernández Aguado*, Enrique Perdigero Gil*, María del Carmen Davó Blanes**, María del Carmen Martínez Fernández*, Barbara Dalbos*, Fabiola Pérez-Chacon Barragán*

*Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante. **Escuela de Enfermería, Universidad de Alicante, San Vicente de Raspeig, Alicante.

Antecedentes: La violencia en los jóvenes, cada vez más precoz, se ha convertido en uno de los asuntos sociales de mayor relevancia. El informe del Defensor del Pueblo pone de manifiesto que hasta un 33% de un grupo de 3000 escolares de ESO en toda España refieren sufrir con cierta frecuencia algún tipo de acción violenta. El objetivo de este estudio es describir la distribución del grado de hostilidad y victimización en escolares y su asociación con factores individuales y familiares.

Metodología: Estudio transversal en 6 centros escolares de Alicante incluyendo de 3 a 7 cursos por Centro desde 1º de ESO a 1º de bachillerato. Todos los alumnos presentes en las clases el día de la entrevista recibieron un cuestionario para su auto-complimentación en el aula. Las visitas concertadas con la dirección del centro no fueron informadas previamente en las aulas. Todos los niños presentes el día de la visita (84% de los matriculados) completaron los cuestionarios.

Resultados: Fueron cumplimentados 646 cuestionarios con una edad media de 14,6 años (rango de 11 a 19) y 47% de niñas. El rango de hostilidad medida en la escala fue de 0 a 59, con una puntuación media de 9,95 (IC 95%: 9,12-10,77), siendo 1,9 veces mayor en niños (13; IC95% 11-15) que en niñas (7; IC95%). El 8% refirió no haber realizado actos hostiles hacia sus compañeros en la semana precedente. El rango de victimización medido fue de 0 a 60, con una puntuación media de 5,57 (IC95%= 4,87-6,26), y el doble en niños que en niñas. La correlación entre victimización y hostilidad es moderada ($r = 0,554$, $p < 0,01$). La hostilidad referida varió significativamente entre Centros ($p < 0,001$), con el nivel educativo de la madre ($p < 0,05$), el número de horas viendo la televisión y videojuegos ($p < 0,05$), la hostilidad con el padre, con la madre, y entre los adultos ($p < 0,05$). En la regresión múltiple la hostilidad referida se asoció con el grado de hostilidad con el padre ($p < 0,01$). La victimización referida varió también entre centros ($p < 0,001$), con el hacinamiento ($p < 0,05$), el número de horas viendo la televisión y videojuegos ($p < 0,05$), la hostilidad con el padre, la hostilidad con la madre, y la violencia entre adultos ($p < 0,05$). En los análisis de regresión múltiple la hostilidad con el padre, sexo, horas de televisión y hostilidad entre adultos se asoció con la victimización ($p < 0,01$).

Conclusiones: Hostilidad y victimización son fenómenos frecuentes en la población escolar. El análisis realizado sobre las diferencias individuales y familiares ha permitido identificar algunas variables de interés. Las diferencias encontradas entre centros son compatibles con las peculiaridades educativas de los centros incluidos, requiriendo un análisis más detallado por su especial interés.

040

SEXUAL HEALTH EDUCATION: ATTITUDES, KNOWLEDGE AND SOURCES OF INFORMATION OF PORTUGUESE ADOLESCENTS

Teresa Correia, Henrique Barros

Hygiene and Epidemiology, University of Porto Medical School, Porto, Portugal.

Introduction: Despite frequent engagement in health-risk behaviours and expressing health-related concerns, adolescents have the lowest rate of health service utilization of any age group and it is not clear specially where they expect and look for information on issues relating to sexuality, with a strongly felt need for confidentiality and the opportunity to meet with a health professional to obtain guidance even without parental knowledge or consent. We aimed to describe attitudes, knowledge and sources of information that Portuguese adolescents recognized as sexuality health related concerns and choices.

Methods: We evaluated a random sample of 7932 adolescents (4448 girls), 15 to 19 years-old, selected in 16 Portuguese districts. They completed an anonymous self-administered questionnaire in the classroom, comprising questions on social, demographic and behavioural characteristics, namely regarding sexual activity, drugs and violence.

Results: There were significant geographic differences concerning the role of health care services, sexual practices, attitudes and knowledge. Only 22% of the surveyed adolescents ever obtained information on sexuality issues in Primary Care Health Centres. Girls more frequently ask a professional advice (68%). Most participants (72%) declared that there should be an individual discipline as part of school curriculum to deal with sexual and reproductive topics, or as alternative a special health centre in the school (11%).

Conclusion: Political decisions in Portugal do not favour the teaching of sexuality and reproductive subjects as independent curriculum topics. However, that is the will of most adolescents, not satisfied with primary care health structures.