

## CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Moderadora: Luz León

### 94. EQIS 1.0: SOFTWARE PARA EL CÁLCULO DE PESOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

E. Sánchez-Iriso, M. Errea

Departamento de Economía, Universidad Pública de Navarra.

**Antecedentes/Objetivos:** La búsqueda de valores para los QALYs (*Quality-Adjusted Life Years*) en el campo de economía de la salud resulta no ser tarea fácil. Las evaluaciones económicas, sobre todo los análisis coste-utilidad, deberían ser una práctica habitual pero las herramientas para llevarlas a cabo son escasas y requieren de conocimientos técnicos específicos. En no pocas ocasiones, los colegas de profesión se han acercado a nosotros para preguntar por las medidas de efectividad que se emplean y mostrar interés sobre su obtención. Hecho que acabamos resumiendo en la cuestión “Where is QALY?”. Esta motivación nos ha llevado a generar EQIS (*Evaluation of Quality Index Software*), una aplicación informática de fácil manejo para el usuario, capaz de calcular los pesos sobre calidad de vida relacionada con la salud para distintas muestras.

**Métodos:** EQIS calcula medidas de salud mediante datos procedentes del cuestionario EQ-5D, a partir del sistema descriptivo de cinco dimensiones y la Escala Visual Analógica (EVA o VAS), ofreciendo medidas de salud para la muestra designada por el usuario aplicando cinco algoritmos distintos: 1.º Dolan P (1996) y sus ponderaciones para el Reino Unido (metodología de obtención, TTO). 2.º Greiner W et al (2003) y sus ponderaciones para Europa (metodología, VAS), siendo dichos pesos considerados a día de hoy por el grupo EuroQol como la valoración más robusta a nivel europeo cuando no se realiza un análisis coste-utilidad. Dos trabajos realizados para España, 3.º Badía-VAS (1997) y 4.º Badía-TTO (2001), a la espera de nuevas ponderaciones. Por último, proponemos un 5.º algoritmo, cuyo cálculo parte de la información de la propia muestra.

**Resultados:** La aplicación devuelve las medidas de salud y sus valores reescalados para los individuos de la muestra una vez aplicados los cinco métodos, además de una serie de gráficos interesantes para el análisis. Por un lado, un gráfico que representa si existe algún problema en cualquiera de las dimensiones del instrumento EQ-5D, por grupos de edad, y por otro, los gráficos obtenidos para cada uno de los algoritmos.

**Conclusiones:** El interés de esta aplicación radica en la sencillez de su utilización y que ha sido diseñado para cumplir un objetivo muy específico como es el de calcular medidas de CVRS. Finalizada la primera versión EQIS 1.0 se ha realizado una guía para facilitar el uso del mismo, y se ha publicado una web donde descargar de manera gratuita tanto el programa completo como una base de datos que sirva como ejemplo para el usuario. La dirección web es <http://www.econ.unavarra.es/~eqis>.

Financiación: Proyecto financiado por la Asociación de Economía de la Salud (Beca Bayer 2009).

### 135. ALEXITIMIA Y CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Iglesias-Rey<sup>a</sup>, M. Barreiro-de Acosta<sup>a,b</sup>, F. Caamaño-Isorna<sup>c</sup>, I. Vázquez Rodríguez<sup>d</sup>, A. Lorenzo González<sup>a</sup>, E. Domínguez-Muñoz<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>FIENAD; <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, CHUS; <sup>c</sup>Universidad de Santiago, IBERESP; <sup>d</sup>Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago.

**Antecedentes/Objetivos:** La alexitimia es un rasgo de personalidad que se caracteriza por una dificultad en percibir y expresar emociones y ha sido relacionada con la enfermedad inflamatoria intestinal y con la calidad de vida relacionada con la salud de estos sujetos. El objetivo de este estudio ha sido identificar la contribución de la alexitimia a la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

**Métodos:** Se diseñó un estudio transversal sobre una muestra de 534 pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Para la medida de las variables independientes se usaron un cuestionario socio-demográfico y clínico, the Hospital Anxiety and Depression Scale y the Toronto Alexithymia Scale. Las variables dependientes se determinaron a través del Short-Form 36 Health Survey y the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire. Para el análisis de los datos se utilizó la regresión lineal múltiple y la regresión logística.

**Resultados:** La tasa de respuesta fue del 91,4%. La prevalencia de alexitimia en la muestra total fue de 30,2% (IC 95%, 25,97-34,36), no encontrándose diferencias entre pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. La alexitimia se relacionó de forma significativa con una peor calidad de vida, siendo la dificultad en identificar sentimientos y el pensamiento orientado hacia lo externo los factores de la alexitimia relacionados con peores puntuaciones.

**Conclusiones:** La prevalencia de alexitimia es elevada en la enfermedad inflamatoria intestinal y constituye un importante determinante de la calidad de vida relacionada con la salud. Por tanto, la alexitimia y sus componentes deberían ser consideradas en el manejo de esta población de enfermos.

### 577. BIBLIOTECA VIRTUAL BIBLIOPRO: PATIENT REPORTED OUTCOMES EN ESPAÑOL

M. García-Durán<sup>a,b</sup>, M. Ferrer<sup>a,b</sup>, J. Alonso<sup>a,b</sup>, en nombre del Comité Científico de BiblioPRO<sup>b,c,d</sup>

<sup>a</sup>IMIM; <sup>b</sup>CIBERESP; <sup>c</sup>CIBERSAM; <sup>d</sup>CIBERER.

**Antecedentes/Objetivos:** BiblioPRO (<http://bibliopro.imim.es>) es una biblioteca virtual de *Patient Reported Outcomes* (PRO) en español. Su objetivo es facilitar la identificación, selección y acceso legal a las versiones españolas de los cuestionarios PRO y sus manuales de uso, así como promover su uso adecuado en la investigación, práctica clínica y gestión sociosanitaria.

**Métodos:** Los cuestionarios son identificados mediante revisiones sistemáticas de literatura. El Comité Científico de BiblioPRO extrae información sobre las principales características de los cuestionarios basadas en la taxonomía de estos instrumentos: contenido medido, población diana (por género, grupo de edad, y cultura), categoría específica de enfermedad basada en la CIE-10, modelo de medida (psicométrico, econométrico, clinimétrico, otro), dimensiones, y número de ítems. Un buscador inteligente permite a los usuarios identificar los cuestionarios más adecuados para un estudio, de acuerdo con esta taxonomía científica y palabras clave. La documentación descargable adicional provee descripciones detalladas, referencias bibliográficas relevantes y las normas de puntuación para su correcta aplicación. Puesto que la mayoría de versiones españolas de estos cuestionarios son obras derivadas o adaptadas, BiblioPRO solicita autorizaciones formales para digitalizar, reprodu-

cir y distribuir los cuestionarios tanto a los autores originales como a los de la adaptación.

**Resultados:** En la actualidad, la biblioteca transfiere información sobre 524 cuestionarios PRO en español. De éstos, 273 son medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, 48 Escalas de Síntomas, 18 Satisfacción con el Tratamiento, 12 Escalas de medición de Actividades de la Vida Diaria y 158 otras. La mayoría son cuestionarios específicos para una enfermedad, aunque se incluye información para 62 cuestionarios genéricos en español. Entre los específicos, los más frecuentes son los relativos a Trastornos Mentales y del Comportamiento (156), seguidos de Neoplasias (34). La mayor parte de los cuestionarios han sido diseñados para poblaciones adultas, con 36 cuestionarios para niños/as y adolescentes.

**Conclusiones:** BiblioPRO facilita la transferencia de conocimiento proporcionando el acceso a los cuestionarios por parte de los usuarios potenciales de PROs en los países de habla hispana, incluyendo América Latina. Más allá de la biblioteca, el equipo realiza cursos y talleres de formación especializados, así como recomendaciones de buena práctica de cada cuestionario, gracias a la evaluación estandarizada de sus propiedades psicométricas.

Financiación: CIBERESP (EST003), FIMIM - Recercaixa (2010ACUP 00158), AGAUR (2009 SGR 1095).

### 632. EVALUACIÓN DEL SF-12V1 PARA EL CRIBAJE DE DEPRESIÓN MAYOR EN 6 PAÍSES EUROPEOS

G. Vilagut<sup>a,b</sup>, C.G. Forero<sup>a,b</sup>, J. Alonso<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>IMIM, Barcelona, <sup>b</sup>CIBER Epidemiología y Salud Pública.

**Antecedentes/Objetivos:** Evaluar el funcionamiento del cuestionario de salud SF-12 como herramienta de cribaje para depresión mayor en los últimos 12 meses (DM) en 6 países europeos y obtener un punto de corte óptimo del componente sumario mental para DM cada uno de esos países.

**Métodos:** Los datos proceden del proyecto ESEMeD, un estudio transversal con entrevista personal a domicilio de una muestra representativa de la población adulta no institucionalizada de Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España (n = 21.425). La presencia de depresión se evaluó con el instrumento CIDI 3.0, una entrevista estructurada que permite obtener diagnósticos de los principales trastornos del estado de ánimo y de ansiedad según criterios DSM-IV. Además, se administró el SF-12 a toda la muestra y las puntuaciones del componente sumario mental (MCS-12), se calcularon utilizando pesos americanos. Se realizó un análisis de las curvas ROC, para calcular la sensibilidad (Se), especificidad (Es), área bajo la curva (AUC) y otras medidas relacionadas, a lo largo de todo el rango del MCS-12 para predecir la presencia de DM en cada país. Se escogió el punto de corte óptimo que proporcionaba el mejor balance entre sensibilidad y especificidad.

**Resultados:** El valor medio del MCS-12 fue de 53,7 (DE = 8,1) en toda la muestra (casi 4 puntos mejor que en la población general americana). El AUC fue de 0,84 (DE = 0,01), oscilando entre 0,81 en Bélgica y Francia y 0,87 en Alemania. El punto de corte óptimo para toda la muestra fue MCS-12 ≤ 48,6, con una sensibilidad de 72,2, una especificidad de 83,2 y un cociente de probabilidad positivo de 4,3. Los mejores resultados se obtuvieron en Alemania (AUC = 0,87, Se = 76,8, Es = 87,0).

**Conclusiones:** Los resultados del SF-12 como herramienta de cribaje de depresión mayor fueron aceptables y equiparables a los observados en otras escalas psicopatológicas basadas en síntomas comúnmente utilizadas en estudios epidemiológicos, como el GHQ-12. El punto de corte óptimo difiere del MCS-12 = 42 sugerido en estudios previos para la población americana, pero los resultados en términos de validez diagnóstica son similares. Por su comparabilidad, el SF-12 es una alternativa importante para el estudio de psicopatología en encuestas poblacionales.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III FEDER, (PI08/90724); AGAUR (2009 SGR 1095), EAHC2008 13 08.

### 637. EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DE LOS INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICOS PARA CÁNCER DE PRÓSTATA

S. Schmidt<sup>a</sup>, Y. Pardo<sup>a,b</sup>, G. Vilagut<sup>a,b</sup>, O. Garin<sup>a,b</sup>, A. Pont<sup>a</sup>, O. Cunillera<sup>a</sup>, V. Becerra<sup>a</sup>, M. Ferrer<sup>a,b</sup>, en nombre del Comité Científico BiblioPRO

<sup>a</sup>IMIM-Hospital del Mar; <sup>b</sup>CIBERESP.

**Antecedentes/Objetivos:** Debido a la cantidad de instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud desarrollados en los últimos años, es difícil seleccionar el más adecuado para un determinado uso. Este estudio pretende realizar una evaluación sistemática por pares de expertos de las propiedades métricas de los instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud específicos para cáncer de próstata.

**Métodos:** En 2009 se realizó una revisión sistemática en PubMed para localizar los artículos que incluyeran instrumentos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud específicos para cáncer de próstata. La revisión de títulos y resúmenes fue realizada por dos evaluadores independientes, y un tercer evaluador en caso de discrepancias. Los artículos identificados de cada cuestionario fueron revisados por dos evaluadores independientes, aplicando la herramienta EMPRO (Evaluating the Measurement of Patient-Reported Outcomes), específicamente diseñada para evaluar de manera estandarizada las características métricas: modelo de medida, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio. Las puntuaciones se transformaron en una escala de 0 a 100.

**Resultados:** Se identificaron 10 cuestionarios específicos con gran variabilidad en la cantidad de información sobre sus características métricas (entre 2 y 17 artículos): Instrumento de DALE et al (2), ESCAP\_CDV (2), PCQoL (2), Instrumento de TALCOTT et al (2), EORTC QLQ PR-25 (3), PORPUS (3), PROSQOLI (4), EPIC (7), FACT-P (10) y UCLA-PCI (17). Respecto al modelo de medida, el EPIC mostró la puntuación más alta (90 puntos), seguido del UCLA-PCI, PROSQOLI, PCQoL, PORPUS y el de Talcott, todos ellos con puntuaciones > 50. Únicamente tres cuestionarios (EPIC, PCQoL y UCLA-PCI) presentaron puntuaciones > 50 en fiabilidad. La puntuación más alta en validez fue para el UCLA-PCI (87 puntos), seguido del PCQoL, PORPUS, EPIC y PROSQOLI, con puntuación > 50. En sensibilidad al cambio, no se disponía de información para varios instrumentos y entre los evaluados, el PCQoL, el EPIC y el PORPUS mostraron puntuaciones altas (> 80 puntos).

**Conclusiones:** La evaluación realizada indica que sólo dos de los 10 cuestionarios revisados disponen de información suficiente demostrando características métricas adecuadas de modelo de medida, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio: el EPIC y el PCQoL. Cabe destacar que todos los instrumentos son psicométricos, excepto el PORPUS, que ha sido diseñado para permitir estimar utilidades y realizar análisis coste-utilidad.

Financiación: ISC III FEDER (PS09/02139); AGAUR (2011 FI\_B 01008), (2009 SGR 1095).

### 987. INFLUENCIA DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD EN LA CALIDAD DE VIDA EN LA JUBILACIÓN

L. Pino, M.J. Forjaz, M.E. Prieto-Flores, A. Ayala, F. Rojo-Pérez, G. Fernández-Mayoralas, P. Martínez-Martín, en representación del Grupo Español de Investigación en Calidad de Vida y Envejecimiento

Instituto de Salud Carlos III, CSIC, Fundación CIEN.

**Antecedentes/Objetivos:** El aumento de la esperanza de vida en las personas de edad avanzada, junto con las políticas de jubilación preco-

ces, contribuye a que, en la actualidad, la etapa de jubilación pueda suponer más de dos décadas en la vida de una persona. Parece entonces obligado preguntarse si esos años que se ganan a la vida, en concreto, si esos años de jubilación, son vividos con buena calidad de vida (CdV). En este estudio se pretende explicar la CdV en la jubilación en función de variables sociodemográficas y de salud en población mayor no institucionalizada.

**Métodos:** La fuente de datos utilizada fue una encuesta sobre CdV (CadeViMa-España-2008), realizada a una muestra de 1.106 personas representativa de la población española de 60 o más años no institucionalizada. Se seleccionaron las personas jubiladas ( $n = 585$ ). Se aplicó un modelo de regresión logística binomial para explicar la valoración de los adultos mayores sobre la CdV en la jubilación (empeora vs. se mantiene o mejora). Como variables independientes de tipo sociodemográfico se incluyeron: sexo, edad, pareja, hijos/as, nivel de estudios y percepción de la posición económica del hogar. Los indicadores de salud fueron: independencia funcional (índice de Barthel), depresión (HADS-D), número de enfermedades y valoración del estado de salud.

**Resultados:** La edad ( $M \pm DE$ ) del grupo de jubilados fue de  $73,32 \pm 7,08$  años y estaba formado en su mayoría por hombres (71,11%). Una valoración positiva de la CdV en la jubilación se asoció con mayor edad ( $OR = 1,05$ ,  $CI = 1,01-1,09$ ), vivir en pareja ( $OR = 2,57$ ,  $CI = 1,49-4,49$ ), no tener hijos/as ( $OR = 0,43$ ,  $CI = 0,20-0,94$ ), mejor percepción de la posición económica del hogar ( $OR = 1,46$ ,  $CI = 1,22-1,75$ ), mejor valoración del estado de salud ( $OR = 1,64$ ,  $CI = 1,06-2,52$ ) y menor depresión ( $OR = 0,90$ ,  $CI = 0,84-0,97$ ). En el modelo no se encontraron diferencias por sexo, si bien los jubilados fueron más positivos en la valoración de la CdV con la jubilación que las mujeres jubiladas (test chi-cuadrado,  $p = 0,041$ ).

**Conclusiones:** Las personas jubiladas más añosas, con pareja, sin hijos/as, con una buena percepción económica de su hogar, sin síntomas depresivos y que valoran su salud positivamente, tendrían más posibilidades de percibir que la CdV se mantiene o mejora tras su salida del mercado laboral. Estos resultados destacan la importancia de la perspectiva de CdV para favorecer un buen ajuste a la jubilación. En la práctica, no sólo merece una especial atención la situación económica de este grupo sino también la promoción de políticas sociales y de salud que mejoren su CdV.

Financiación: MICINN (PN I+D+i, ref. SEJ2006-15122-C02-00).

## 128. AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD, SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA EN DIABÉTICOS DE UN ÁREA METROPOLITANA

M.M. Esteban y Peña<sup>a</sup>, X. Fernández Cordero<sup>a</sup>, M. Rodríguez Pérez<sup>a</sup>, V. Hernández Barrera<sup>b</sup>, A. López-de Andrés<sup>b</sup>, R. Jiménez-García<sup>b</sup>, A. Gil de Miguel<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Instituto de Salud Pública-DEC, Ayuntamiento de Madrid;

<sup>b</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos.

**Antecedentes/Objetivos:** Comparar la autopercepción de la salud, la salud mental y la calidad de vida en relación con la salud (CVRS), entre diabéticos y no diabéticos residentes en una gran ciudad e identificar que variables sociodemográficas, comorbilidades y estilos de vida se asocian a peor CVRS entre los diabéticos.

**Métodos:** Estudio de casos y controles. Se seleccionaron 358 personas con diabetes (casos) de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid. Por cada caso se seleccionaron dos controles con características similares de edad sexo y distrito. La población finalmente estudiada asciende a 1.074 personas. Analizamos la autopercepción del estado de salud. La valoración de la salud mental se hizo con el General Health Questionnaire, versión 12 (GHQ-12) y el cuestionario

(COOP/WONCA), 9 ítems para medir la CVRS. Como variables independientes se incluyeron características sociodemográficas (nivel educativo, clase social, estado civil), variables autoreferidas de estilos de vida (obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y ejercicio físico), enfermedades crónicas asociadas y consumo de medicamentos (tranquilizantes, hipnóticos y antidepresivos). Se ha empleado el análisis multivariante utilizando el ANCOVA para la elaboración de los datos.

**Resultados:** El grupo de diabéticos tiene significativamente menos consumo de alcohol, mayor prevalencia de obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia y enfermedades cardíacas. La prevalencia de la autopercepción de la salud como regular o mala fue del 64,12% entre los diabéticos frente al 38,57% los no diabéticos ( $p < 0,05$ ). Los resultados del GHQ12 muestran que la salud mental es significativamente peor entre los diabéticos que entre los no diabéticos ya que obtienen puntuaciones = 3 el 29,05 y el 21,03%, respectivamente. Tanto en el sumatorio total como en mayoría de sus esferas del cuestionario COOP/WONCA los resultados mostraron una calidad de vida en relación con la salud, significativamente peor entre los sujetos con diabetes. Las variables que determinan la peor percepción de la CVRS medida con el COOP/WONCA en los diabéticos son: ser mujer, tener más edad, ser obeso, la falta de ejercicio físico, la coexistencia de depresión, la utilización de medicamentos para dormir y el padecimiento una enfermedad cerebrovascular.

**Conclusiones:** La autopercepción de la salud, el bienestar psicológico y la CVRS de los diabéticos de la ciudad de Madrid es considerablemente menor que la de los que no lo son. La peor calidad de vida en los diabéticos se asocia con ser mujer, la presencia de depresión, con la falta de ejercicio o la obesidad.

## 144. CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

A. Escobar<sup>a</sup>, E. Rekalde<sup>b</sup>, E. Sánchez<sup>c</sup>, M. González Sáenz de Tejada<sup>a</sup>, I. Lafuente<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Investigación, Hospital de Basurto CIBERESP; <sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital de Mendaro; <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital de Donostia; <sup>d</sup>Unidad de Investigación, Hospital de Galdakao.

**Antecedentes/Objetivos:** En nuestro país la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) no se ha medido de forma regular, por lo que el objetivo del presente estudio es analizar los cambios en la CVRS en pacientes ingresados por IC a los 6 meses del alta.

**Métodos:** Estudio prospectivo, de una cohorte de pacientes ingresados por IC. Las mediciones se realizaron durante el ingreso y a los 6 meses del alta. Se midió la CVRS por medio de un cuestionario genérico, SF-12, que tiene dos dimensiones, el componente sumario físico (CSF) y el componente sumario mental (CSM) y otro específico validado en español, el Minnesota Living with Heart Failure (MLWHF). Este cuestionario consta de 21 ítems, puntuados de 0 a 5, con una puntuación total entre 0 y 105 puntos (de mejor a peor CVRS). Asimismo, presenta dos dimensiones, una física con 8 ítems, puntuación entre 0 y 40 puntos, y otra emocional con 5 ítems, con una puntuación entre 0 y 25 puntos. Las comparaciones entre la situación basal y los cambios a los 6 meses se han realizado mediante la prueba t de Student para muestras pareadas y la comparación entre ingresados y no ingresados mediante la prueba de Mann-Whitney.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 88 pacientes con las dos mediciones cumplimentadas, sin valores perdidos en ninguno de los ítems de los cuestionarios. Hubo un 58% de hombres, la edad media fue de 73,7 (DE 11,2) y al alta hubo un 1,2% de NYHA I, 73,2% II y 25,6% III. A los 6 meses del alta se observaron mejoras estadísticamente significativas en la puntuación total del MLWHF de 14,6 puntos ( $p < 0,001$ ), en

la dimensión física de 6,3 puntos ( $p < 0,001$ ), en la emocional de 2,1 ( $p = 0,006$ ) y en el CSM del SF-12 con una diferencia de 4,2 puntos ( $p = 0,01$ ). Asimismo, encontramos diferencias estadísticamente significativas en los cambios de la CVRS entre los pacientes que habían reingresado (37,5%) frente a los que no, en la puntuación total del MLWHF (6,9 vs 19,3 puntos;  $p = 0,02$ ) y en la dimensión física (2,4 vs 8,6 puntos;  $p = 0,04$ ), no encontrándose significación estadística en la dimensión emocional (1,7 vs 2,5;  $p = 0,6$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes dados de alta experimentan en una mejoría en su calidad de vida a los 6 meses, pero aquellos que han sido reingresados obtienen mejorías mucho menores.

## 279. ANÁLISIS RASCH DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA QOL-AD DE PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DEMENCIA

A. Ayala<sup>a</sup>, M.J. Forjaz<sup>a,b</sup>, B. León-Salas<sup>c</sup>, P. Martínez-Martín<sup>b,c</sup>, Grupo UMA-UIPA\*

<sup>a</sup>Instituto de Salud Carlos III; <sup>b</sup>CIBERNED; <sup>c</sup>Unidad de Investigación del Proyecto Alzheimer; Fundación CIEN-Fundación Reina Sofía, Instituto de Salud Carlos III, Centro Alzheimer; Fundación Reina Sofía.

**Antecedentes/Objetivos:** La escala Quality of Life-Alzheimer's Disease (QOL-AD) es un instrumento diseñado para evaluar la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad de Alzheimer mediante autoinforme y por "proxy". El objetivo del estudio es estudiar las propiedades de medida de la escala QOL-AD, utilizando la versión "proxy", mediante análisis Rasch en una muestra de cuidadores de mayores institucionalizados con demencia.

**Métodos:** El tamaño de la muestra es de 136 cuidadores familiares que valoraron la CdV de los pacientes; la edad media  $\pm$  desviación típica de los pacientes fue de  $83 \pm 6,3$  años, con un 84,6% de mujeres. El QOL-AD se compone de 13 preguntas y cuatro opciones de respuesta (de malo a excelente), y una mayor puntuación refleja mejor CdV. Se analizó el ajuste al modelo Rasch, la ordenación apropiada de las categorías, la unidimensionalidad, la dependencia local, la fiabilidad y el funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) por características de los pacientes (género, edad, estado civil, nivel de estudios y diagnóstico de Alzheimer). Se utilizó el programa RUMM2030 para analizar los datos.

**Resultados:** El primer análisis Rasch no mostró buen ajuste de los datos al modelo, aunque se confirmó que la escala era unidimensional. Se colapsaron las categorías intermedias, "regular" y "bueno/a", en 6 ítems. Se eliminaron los ítems 7 (Matrimonio) y 11 (Capacidad realizar tareas por diversión) por presentar dependencia local con el ítem 6 (Familia) y 10 (Capacidad realizar tareas), respectivamente. También se quitó el ítem 12 (Situación financiera) por medir otro constructo (residuos estandarizados por encima de 2,5). El análisis final de 10 ítems presentó buen ajuste al modelo Rasch ( $\chi^2 [20] = 29,113$ ,  $p = 0,086$ ), con una buena fiabilidad ( $PSI = 0,799$ ), unidimensionalidad y ausencia de dependencia local. No se observó DIF por ningún factor. La distribución de los cuidadores y las puntuaciones de los ítems en una escala logit fue  $-1,043 \pm 1,221$ , con efecto suelo. El nivel más alto de CdV correspondió al segundo umbral del ítem 10 (Capacidad para realizar tareas) y el más bajo al primer umbral del ítem 4 (Condiciones de vida).

**Conclusiones:** Los resultados del análisis Rasch muestran que, eliminando tres ítems y cambiando las opciones de respuesta en otros, la escala QOL-AD en la versión "proxy", es una medida unidimensional, fiable y con buena validez interna. \*UMA-UIPA: Unidad Multidisciplinaria de Apoyo-Unidad de Investigación del Proyecto Alzheimer. Miembros: L. Agüera Ortiz, J.L. Dobato Ayuso, I. Cruz Orduña, B. Fraides Payo, B. León Salas, J. Olazarán Rodríguez, I. Ramos García, M. Valentí Soler.

## 387. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTROPLASTIA DE RODILLA Y CADERA EN CATALUÑA. ESTUDIO ANTES-DESPUÉS

V. Serra-Sutton<sup>a,b</sup>, A. Allepuz<sup>c</sup>, O. Martínez<sup>a</sup>, M. Espallargues<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; <sup>b</sup>CIBER Epidemiologia i Salut Pública; <sup>c</sup>Servicio de Atención Primaria Alt Penedès-Garraf, Institut Català de la Salut.

**Antecedentes/Objetivos:** El uso de las medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en el ámbito de cirugía ortopédica es cada vez más frecuente para valorar su efectividad clínica. El objetivo del presente estudio fue evaluar la CVRS de pacientes antes y después de su artroplastia total de cadera y rodilla (ATC y ATR) y los factores relacionados con las puntuaciones al año de la cirugía.

**Métodos:** Se trata de un estudio prospectivo evaluativo. Se seleccionaron por conveniencia 7 hospitales públicos de diferente nivel de complejidad y volumen. Para el cálculo del tamaño de la muestra, se tuvo en cuenta el volumen de intervenciones en cada centro a partir de los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de 2005. Se seleccionaron 2.000 pacientes de forma consecutiva a su indicación de ATC y ATR (enero 2007-junio 2008). Se realizó una entrevista telefónica un mes antes y 12 meses después de su cirugía. Se administraron dos cuestionarios de CVRS, uno genérico el SF-36 y uno específico para artrosis, el WOMAC. Se recogieron variables demográficas, psicosociales y una pregunta sobre percepción global de cambio (reagrupada en: mejora mucho-bastante, algo mejor-igual, empeora algo-mucho al año). Se analizaron los factores relacionados con las puntuaciones de CVRS a los 12 meses a partir de modelos lineales generales.

**Resultados:** Se reclutó a un total de 1.605 pacientes con indicación de ATC y ATR (36 y 91%). Se realizó una entrevista telefónica basal a 902 pacientes y en 951 pacientes a los 12 meses (proporción de respuesta de 60 y 62%). Un total de 672 pacientes contestaron a ambas entrevistas telefónicas. A nivel global presentaron mejores puntuaciones de CVRS al año de la cirugía comparado con el basal en ambos cuestionarios. Sin embargo, un 9% percibió poca mejoría siendo las puntuaciones muy similares en el basal y al año en este último grupo. Las mujeres, pacientes con bajo apoyo social, con puntuaciones más bajas (peores) en salud mental presentaron peores puntuaciones en la CVRS a los 12 meses (en el SF-36 y WOMAC) ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Las puntuaciones de CVRS de los pacientes mejoraron mucho después de la ATR y ATC en el presente estudio. A pesar de ello, un grupo reducido percibió estar igual o peor después de la artroplastia, siendo su cambio caso nulo en términos de incremento de su CVRS. A pesar de identificar factores asociados a la CVRS posterior a la cirugía similares a estudios publicados, es necesario profundizar en los factores relacionados con la no mejora al año de la cirugía.

## 623. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN POBLACIÓN INFANTIL EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

I. Donate, P. Alonso, M. Margolles

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Principado de Asturias.

**Antecedentes/Objetivos:** La calidad de vida (CVRS) a menudo se usa para medir los efectos de las enfermedades crónicas en pacientes para saber de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana. Desde la salud pública también es útil para identificar subgrupos con salud física o mental más frágil y orientar políticas o las intervenciones para mejorar su salud. Este trabajo pretende analizar la CVRS en niños de 8 a 15 años de Asturias y valora sus factores asociados.

**Métodos:** Los datos provienen de la primera Encuesta de Salud Infantil ( $n = 2.500$ ), realizada en 2009 en Asturias. En ella se incluían

preguntas del cuestionario KIDSCREEN-10 a través de las respuestas de sus padres/madres que analizan varias dimensiones que pueden ser analizadas independiente o globalmente. Se analizan únicamente las respuestas de niños y niñas de 8-15 años.

**Resultados:** Los niños y niñas asturianas presentan unos valores más favorables (55,6 global, 55,6 en niños y 56,1 en niñas) comparando nuestros resultados con los valores de referencia de la población europea (49,9, 50,3 y 49,7, respectivamente) y de España (ENS) (53,6, 53,3 y 53,8, respectivamente). La valoración de CVRS en Asturias es superior en niñas que en niños, si bien las diferencias no son significativas. Las puntuaciones de CVRS son superiores en niños/as de 8-11 años que en adolescentes. Por edad y sexo conjuntamente, tanto en Asturias como en España los resultados obtenidos son mayores en niñas o chicas que en niños o chicos. No obstante, en Europa los resultados son peores en chicas adolescentes que en chicos de las mismas edades. El diferencial de CVRS de Asturias respecto a España se incrementa sustancialmente en la adolescencia y en chicas de esa edad (datos asturianos: 56,6 vs. 52,6 en España y 48,5 en Europa). En relación a la clase social se observa un menor índice de CVRS a medida que bajamos de clase social. La diferencia llega a ser de más de 5 puntos básicos entre clases altas y bajas. En relación al nivel de estudios de los padres/madres a mayor nivel educativo mayor CVRS, relacionándose más con el nivel de estudios de las madres que con el de los padres.

**Conclusiones:** La CVRS en niños/as asturianos es superior a la encontrada en España y Europa. Los resultados de este estudio son concordantes con los datos disponibles en la literatura, que relacionan la CVRS con factores sociodemográficos que están relacionados con la presencia de desigualdades en salud.

## 625. IMPACTO DE LA GRIPE A (H1N1/2009) EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

M. Hollmann, O. Garin, M. Galante, O. Cunillera, M. Ferrer, E. Sicuri, A. García-Altés, M. Nebot, A. Domínguez, J. Alonso

CIBERESP; UPF; IMIM-Hospital del Mar; UAB; CRESIB; AIAQS; ASPB; UB.

**Antecedentes/Objetivos:** Las epidemias y pandemias de gripe no sólo son causa de morbimortalidad, sino que producen un gran impacto sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de la población. Pero existe muy poca evidencia formal. Nuestro objetivo fue describir el impacto de la gripe A en la CVRS de pacientes hospitalizados y ambulatorios en España, durante las temporadas 2009-2010 y 2010-2011.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional y longitudinal. Se incluyeron pacientes hospitalizados y ambulatorios con diagnóstico confirmado de gripe. En la evaluación basal se recogió información sociodemográfica, clínica y de CVRS (7 días previos y durante el proceso gripal). Ésta también fue evaluada una vez recuperados los pacientes (> 45 días del síndrome). Se utilizó el EQ-5D, que proporciona tanto una puntuación global (0-1, peor-mejor) como la utilidad (-0,65-1). Se analizó la pérdida y posterior recuperación de la puntuación/utilidad debidas a la gripe, en hospitalizados y ambulatorios. A partir de las diferencias de utilidad de cada paciente se calcularon los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) perdidos por la gripe A, tanto a nivel individual como global (con el número de casos estimados de gripe en España).

**Resultados:** Sólo se presentan aquí resultados de la primera onda pandémica (2009-2010). Se obtuvo información de CVRS de 149 pacientes hospitalizados y 185 ambulatorios. Las puntuaciones medias del EQ-5D disminuyeron durante el proceso gripal, pasando de 0,83 (DE = 0,03) a 0,35 (DE = 0,04) en hospitalizados y de 0,95 (DE = 0,01) a 0,59 (DE = 0,03) en ambulatorios. No se observaron diferencias entre las medias observadas antes y después del proceso gripal ( $p = 0,853$

hospitalizados y 0,102 ambulatorios). La pérdida de AVAC individual durante la hospitalización (0,014) fue considerablemente mayor que la de los pacientes ambulatorios (0,001). Sin embargo, la pérdida social de AVAC por casos ambulatorios de gripe A en España fue mucho mayor: 7.255,4 perdidos por ambulatorios vs 64,2 por hospitalizados. Se presentarán datos de la onda epidémica 2010-2011, con información recogida en 400 pacientes hasta ahora. Y se compararán las estimaciones para cada onda.

**Conclusiones:** La gripe A (H1N1)2009 supuso un deterioro significativo de la CVRS, para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Una temporada de gripe como la estudiada produce una pérdida considerable de AVAC a nivel poblacional, condicionada por la gran incidencia de casos y el deterioro temporal y comprobable a la que producen algunas patologías crónicas.

Financiación: Investigación comisionada ISCIII GR09/0026; AGAUR (2009 SGR 1095).

## 696. RESULTADOS SOBRE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DESDE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL (SÍNDROME DE DOWN)

J. Sánchez, O. Ayala, M. Fuentes, M. Sáinz, J. Fereres

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario San Carlos, Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** En todos los aspectos del síndrome de Down tanto los familiares, los profesionales como ellos mismos apuestan cada vez más por una forma de vida de modo autónoma e independiente. Esto no es fácil, ya que como en otros campos de la discapacidad, estas personas encuentran incompreensión, discriminación, falta de empleo, aspectos todos ellos integrantes en la calidad de vida; por ello era necesario conocer la calidad de vida percibida por ellos mismos. Objetivo: Conocer la calidad de vida percibida por las personas con síndrome de Down en las diferentes CC.AA.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. En el estudio se incluyeron 868 sujetos con síndrome de Down adultos mayores de 16 años residentes en todas las CC.AA. Para evaluar la calidad de vida se ha utilizado un cuestionario utilizado específico, con 115 preguntas organizadas en las siguientes áreas: salud y autoestima, hábitos saludables, ocio y tiempo libre, recursos personales, recursos sociales, satisfacción personal, recursos económicos y familiares, integración familiar y en centros de formación. Dicho cuestionario se realizó de forma autocumplimentada. Las variables cualitativas mediante frecuencia y porcentaje. Se calcularon las medianas de los porcentajes positivos de cada una de las dimensiones estudiadas y su rango intercuartílico. La asociación entre variables cualitativas se ha realizado con el test de Ji-cuadrado; en el caso de comparación de variables cuantitativas se utilizó la t de Student con sus intervalos de confianza del 95%.

**Resultados:** Del total de 868, 391 fueron varones (45,2%) y 475 mujeres (54,8%) con una media de edad de 25,2 años (DE 6,4), siendo la media para los varones de 25,1 años (DE 7,2) y de 25,3 años (DE 6,6) para las mujeres, sin diferencias significativas para la edad entre ambos grupos ( $p > 0,05$ ). En cuanto a los aspectos referidos a la calidad de vida percibida, declararon aspectos positivos en cuanto a salud y autoestima 82,35% (RIC 15,52-90,75), hábitos saludables 78,1% (RIC 44,95-90,85), ocio y tiempo libre 68,75% (RIC 46,8-89,27), recursos personales 75% (RIC 50,6-82,5), recursos sociales (RIC 79,8-91,25%), satisfacción personal 64,25% (RIC 50,77-83,45), recursos económicos 65,7% (RIC 58,9-82,55), integración familiar 92,95% (RIC 58,9-82,55), recursos educativos 82,4% (RIC 55,00-81,1).

**Conclusiones:** De los resultados obtenidos en nuestro estudio se desprende que las personas con SD autodeclararon aspectos positivos de calidad de vida en todas las dimensiones estudiadas.

## 697. CONCORDANCIA ENTRE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN Y SUS FAMILIARES

J. Sánchez<sup>a</sup>, O. Ayala<sup>a</sup>, M. Fuentes<sup>a</sup>, M. Sáinz<sup>a</sup>, D. Casado<sup>b</sup>, J. Fereres<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario San Carlos, Madrid; <sup>b</sup>SIPOSO Seminario de Intervención y Políticas Sociales, Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** La mejora de las condiciones de vida de la población ha provocado la necesidad de incorporar nuevos indicadores de la calidad de vida percibida. Sin embargo, se veía necesario el conocimiento de estos aspectos en las personas con síndrome de Down, especialmente la concordancia entre los sujetos y sus familiares. **Objetivo:** Conocer la calidad de vida relacionada con la salud, percibida por las personas con síndrome de Down (SD) y sus familiares y establecer su concordancia en las diferentes comunidades autónomas (CC.AA.).

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. En el estudio se incluyeron 30 sujetos con SD de adultos mayores de 16 años residentes en todas las CCAA del ámbito nacional y sus familias. El cuestionario de calidad de vida específicamente fue diseñado para tal fin por un panel de expertos. Dicha herramienta consta de 115 preguntas organizadas en salud y autoestima, hábitos saludables, ocio y tiempo libre, recursos personales, recursos sociales, satisfacción personal, recursos económicos y familiares, integración familiar y centros de formación y recursos. El cuestionario fue autocumplimentado en el caso de las familias y autocumplimentado con apoyo para las personas con SD. Se ha realizado un estudio de acuerdo absoluto expresado en % así como el índice de kappa entre sujetos y familiares; se calculó la mediana y rango intercuartílico de los diferentes ítems de cada dimensión valorada.

**Resultados:** Se han calculado por un lado las medianas y sus rangos intercuartílicos obteniéndose los siguientes resultados: acuerdo absoluto para salud y autoestima 86% (RIC 80-95), hábitos saludables 93% (RIC 78-100), ocio y tiempo libre 82,5% (RIC 77-90), recursos personales 88,50% (RIC 82-92,5), satisfacción personal 89% (RIC 81-95), recursos económicos 92% (RIC 90-95) y centros de formación y recursos 95% (RIC 79-95%). En cuanto a la concordancia calculada mediante el índice de kappa, se han obtenido los siguientes resultados: salud y autoestima 0,50 (RIC 0,01-0,77), hábitos saludables 0,54 (RIC 0,42-1,00), ocio y tiempo libre 0,47 (RIC 0,22-0,61), recursos personales 0,59 (RIC 0,44-0,70), satisfacción personal 0,63 (RIC 0,51-0,67), recursos económicos 0,62 (RIC 0,62-0,64) y centros de formación y recursos 0,64 (RIC 0,52-1,00).

**Conclusiones:** La concordancia obtenida entre los sujetos y sus familiares se consideró moderada y buena en la mayoría de las áreas de interés estudiadas, si bien en las áreas del ocio y tiempo libre, salud y autoestima y hábitos saludables obtienen índices por debajo de 0,60.

## 698. RESULTADOS: BIENESTAR PRODUCTIVO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

J. Sánchez<sup>a</sup>, O. Ayala<sup>a</sup>, M. Fuentes<sup>a</sup>, M. Sáinz<sup>a</sup>, D. Casado<sup>b</sup>, J. Fereres<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario San Carlos, Madrid; <sup>b</sup>SIPOSO Seminario de Intervención y Políticas Sociales, Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** En cuanto al síndrome de Down (SD), tanto los familiares, los profesionales como ellos mismos apuestan cada vez más por una forma de vida de modo autónomo e independiente. Esto no es fácil, ya que como en otros campos de la discapacidad, estas personas encuentran incompreensión, discriminación, falta de empleo, aspectos todos ellos integrantes en la calidad de vida, por ello era necesario conocer el bienestar productivo de estas personas. **Objetivo:** Conocer los aspectos sociodemográficos y bienestar pro-

ductivo de las personas con SD en las diferentes comunidades autónomas (CC.AA.).

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. En el estudio se incluyeron personas mayores de 16 años con SD provenientes de asociaciones englobas en Down de todas las CC.AA. Para evaluar el bienestar productivo se ha utilizado un cuestionario específico que evaluaba dos esferas: la integración laboral y los recursos económicos, dentro de uno más amplio autocumplimentado de calidad de vida. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencia y porcentaje. Se calcularon las medianas de los porcentajes positivos de cada una de las dimensiones estudiadas y su rango intercuartílico. La asociación entre variables cualitativas se ha realizado con el test de Ji-cuadrado, en el caso de comparación de variables cuantitativas se utilizó la t de Student con sus intervalos de confianza del 95%.

**Resultados:** La participación de las asociaciones Down fue de 62 (78,5%) y la de los sujetos de 868 (51,4%). De los 868, 391 fueron varones (45,2%) y 475 mujeres (54,8%) con una media de edad de 25,2 años (DE 6,4), sin diferencias significativas para la edad entre ambos grupos ( $p > 0,05$ ). En cuanto a su estado civil, la mayoría de las personas con SD son solteras 844 (98,4%), su nivel de estudios mayoritario es educación primaria (48,4) y 25% estudios de ESO. El lugar de residencia es el hogar familiar, 709 (82,9%). Respecto al régimen laboral destacamos que 219 (27%) tienen empleo remunerado. De las 219 personas con trabajo, 30 (13,17%) lo hacen en empresa ordinaria con apoyo y 11 (5%) se encuentran vinculados a un Centro Especial de Empleo. En cuanto a los ítems referentes a la integración laboral, la mediana fue 86,85% (RIC 79,52-92,77), sin diferencias entre hombres y mujeres ( $p > 0,005$ ) y 84,05% (RIC 54,05-88,62) se encuentran satisfechos en cuanto a la dimensión sobre recursos económicos.

**Conclusiones:** Sólo un 27% de las personas con SD consigue empleo; sin embargo, están bien integradas laboralmente y contentas con los recursos económicos que reciben.

## 728. ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN LOS "OTROS ADOLESCENTES" DE MELILLA

D. Castrillejo Pérez<sup>a</sup>, E. Gómez Gracia<sup>b</sup>, M. Gutiérrez Bedmar<sup>b</sup>, J. Fernández Creuet Navajas<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Consejería de Bienestar Social y Sanidad de Melilla; <sup>b</sup>Medicina Preventiva, Universidad de Málaga-UMA.

**Antecedentes/Objetivos:** Pretendemos conocer la CVRS de los jóvenes que cursan programas de garantía social (PCPI) y de los menores extranjeros no acompañados (MENA) entre 14 y 18 años en la CA de Melilla con el fin de diseñar programas de promoción de la salud que mejoren su calidad de vida.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante muestreo por conglomerados con un procedimiento monoetápico. N = 144 (37,9% de posibles participantes), 71 (42%) MENA y 73 (34,6%) PCPI. Se utiliza la versión española del VSP-A. Potencia del 80%. Análisis estadístico descriptivo calculando las medias para cada dimensión del VSP-A. Comparación de medias mediante la t de student, entre los valores de referencia, el conjunto del estudio, MENA Y PCPI en cada dimensión; entre cada dimensión y el sexo, y por edad y sexo en cada dimensión con los valores normativos. Se calcula *effect size*, d de Cohen y correlación r en cada dimensión y el sexo.

**Resultados:** El 50,7% son PCPI y el 49,3% MENA. 71,7% varones y 28,3% mujeres. Media de edad: 16,23. País de nacimiento: 56,3% Marruecos, resto España. Encontramos valores por encima de su estándar recomendado en fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach). Puntuaciones medias inferiores a los valores normativos en todas las dimensiones excepto en relación con los profesores, tanto en MENA como en PCPI.

En la comparación de medias entre los valores de referencia y los encontrados hay diferencias significativas, por menor puntuación tanto en MENA como PCPI, en las dimensiones: vitalidad, bienestar físico, bienestar psicológico, relación con amigos, relación con los padres, actividades de ocio y puntuación total. Encontramos diferencias significativas entre los PCPI y los MENA con menor puntuación en relación con los padres, actividades de ocio y puntuación total. En cuanto al sexo hay diferencias significativas en bienestar físico, bienestar psicológico, autoestima, relación con amigos, relación con los padres, relación con profesores, actividades escolares y actividades de ocio.

**Conclusiones:** En estos colectivos estudiados (fracaso escolar previo, menores inmigrantes sin familia que viven en recursos sociales comunitarios), hayamos diferencias con la población normalizada en casi todas las dimensiones medidas y se encuentran además diferencias por sexo. El diseño de programas con MENA debe de tener en cuenta facilitar actividades de ocio, valorar los conflictos vividos con sus padres, sobre todo en mujeres, y potenciar las relaciones con otros jóvenes. Sobre la mujer MENA, potenciar autoestima, trabajar el empoderamiento y su autonomía.

general minimiza los síntomas y ayuda a evitar episodios intensos, hospitalizaciones o visitas a urgencias innecesarias; por tanto, mejora la calidad de vida del paciente y disminuye costos económicos para la sanidad.

#### 840. ESTUDIO PILOTO DESCRIPTIVO Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO SOBRE ALERGIA A PÓLENES EN GRANADA CAPITAL

A.R. González Ramírez<sup>a</sup>, J.F. Florido López<sup>b</sup>, A. Bedmar<sup>b</sup>, M. Pérez Sánchez<sup>c</sup>, M.T. Bullejos<sup>c</sup>, M. Cabrera<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Fundación FIBAO; <sup>b</sup>Hospital Universitario San Cecilio, Granada (HUSC);

<sup>c</sup>Hospital Virgen de las Nieves, Granada; <sup>d</sup>Atención Primaria (AP), Alcalá la Real.

**Antecedentes/Objetivos:** La prevalencia de las alergias y en especial la rinitis y el asma se esta incrementando llamativamente, sobre todo en los países occidentales. Se estima que más del 20% de la población mundial sufre alguna enfermedad alérgica mediada por IgE, cifras que varían según la edad y la distribución geográfica de la muestra estudiada. **Objetivos:** Elaborar y validar un cuestionario dirigido a pacientes alérgicos por pólenes. Conocer el perfil y obtener información sobre alergias causadas por pólenes de los pacientes de nuestra área sanitaria. Enero-junio 2010.

**Métodos:** Estudio piloto epidemiológico descriptivo de tipo transversal por encuesta. Se diseñó por expertos un cuestionario. Para valorar el lenguaje empleado, la comprensión de los ítems y el tiempo de respuesta se paso un borrador a 20 pacientes. Conocidos los resultados del pretest y realizados los ajustes oportunos (eliminación y modificación de preguntas), el instrumento definitivo de 47 preguntas se pilotó a 135 sujetos; se obtuvo: variables sociodemográficas, calidad de vida, conocimiento y medidas preventivas, tratamiento. Análisis descriptivo, medias y rangos para variables numéricas y distribución de frecuencias para cualitativas. Se aplicó Ji-Cuadrado a variables cualitativas y t de Student para cuantitativas.

**Resultados:** Validez y fiabilidad del cuestionario: la validez del contenido fue garantizada con la participación de personal experto en el tema, la fiabilidad con un  $\alpha$  de Cronbach de 0,88, la validez del constructo mediante análisis factorial, índice de Kaiser Meyer Olkin 0.8. El 56% fueron hombres y el 44% mujeres. La edad media fue de  $31 \pm 7,33$  años. Según la sintomatología, los hombres presentan mayor porcentaje (74,4%) de alergias del sistema respiratorio que las mujeres (26,6%);  $p < 0,001$ . Los pacientes menores de 35 años presentan más síntomas de rinoconjuntivitis (73,5%) que de asfixia/ahogo (26,5%);  $p < 0,002$ . Solo un 57% de los pacientes toma medidas preventivas contra su alergia (75,4% mujeres). El 79% no se interesa por conocer los niveles de pólenes y un 17% sabe lo que es un calendario polínico.

**Conclusiones:** Para obtener datos fiables mediante cuestionario es necesario que éste haya sido sometido a proceso de validación. El manejo apropiado del asma bronquial y de las alergias estacionarias en