

SESIÓN DE PÓSTERES I

Miércoles, 17 de octubre de 2012. 15:00 a 16:00 h

Pantalla 3

Enfermedades crónicas

Modera: Maira Bes Rastrollo

101. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP) EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ

A. Rabadán Asensio, J. Almenara Barrios, M.J. Abellán Hervás, C. Ruiz Barbosa, P. Peña González, S. de los Reyes Vázquez, C. Lagares Franco, C. González del Pino, J.B. Sálina Pérez

Delegación de Salud de Cádiz, Consejería de Salud; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Cádiz (UCA); Departamento de Enfermería (UCA); Departamento de Estadística e Investigación Operativa (UCA); ETEA.

Antecedentes/Objetivos: El análisis de la literatura pone de manifiesto la necesaria homogeneización a la hora de obtener la información para construir los APVP, su cálculo e, incluso, su forma de presentarlos en la aplicación de las políticas de Salud Pública. Nuestro objetivo se centra en: calcular los APVP por sexos y agrupaciones de causas de muerte según CIE 9ª.

Métodos: El indicador APVP, se calcula, para una cohorte, tomando como base el número total de años de vida que las personas fallecidas prematuramente no han vivido. El número de APVP se obtiene sumando los productos del número de muertes de cada edad por la diferencia de esta edad y una edad límite. La sumatoria de todos los años aportados por todos los fallecidos son los Años Potenciales de Vida Perdidos. El estudio lo hemos llevado a cabo en la provincia de Cádiz (entre 2002 y 2006). El total de fallecido fue de 43.917; 23.576 son hombres y 20.341 mujeres.

Resultados: En las mujeres la mayor parte de los APVP los generan los Tumores con 23.967,50 años, seguidos de las Enfermedades del Aparato Circulatorio con 8.050, Lesiones y envenenamientos con 7072,50, determinadas condiciones de origen perinatal con 5.622,50, Anomalías congénitas con 4.290 y Enfermedades infecciosas con 3.072,50. Estas causas señaladas, en su conjunto, acumulan más del 80% de los APVP por todas

las causas. En los hombres son, también, los Tumores con 39.162,50 APVP los que más años perdidos generan, seguidos de Lesiones y envenenamiento con 32.660, Enfermedades del Aparato Circulatorio con 22.505, Enfermedades infecciosas con 13.727,50, Enfermedades del Aparato Digestivo con 8.520, Determinadas condiciones de origen perinatal con 7.245 y Anomalías congénitas con 5.200. Estas causas acumulan más del 85% de los APVP por todas las causas.

Conclusiones: Dado que las tasas clásicas de mortalidad ofrecen una información muy escorada hacia los grupos de edad muy avanzada, pues son los que aportan el mayor peso por número de defunciones en estas tasas, se ha optado por valorar la mortalidad prematura mediante las tasas estandarizadas por grupos de edad de los APVP por municipio (Carga de enfermedad). Estos nuevos valores presentados a las Unidades de Gestión Clínica y a los Ayuntamientos les debe inducir a priorizar sus objetivos en función no sólo de la carga de enfermedad que supone cada patología, sino también, obviamente, según su capacidad de influencia para modificarlas.

459. MORTALIDAD Y AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ESPAÑA

R. Gènova, F. Català, E. Álvarez, C. Morant, N. Fernández de Larrea

Subdirección de Promoción y Prevención, Consejería de Sanidad, Madrid; Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia; Universidad Rey Juan Carlos; Hospital Ramón y Cajal; Agencia Laín Entralgo.

Antecedentes/Objetivos: Para establecer o priorizar estrategias de salud pública orientadas a reducir las pérdidas de salud atribuibles a patologías potencialmente evitables, es fundamental disponer de información fiable acerca de la carga de enfermedad de las enfermedades crónicas, entre ellas las enfermedades cardiovasculares (ECV). **Objetivo:** describir detalladamente la carga de enfermedad de las enfermedades cardiovasculares en España en el año 2008 mediante la mortalidad y los años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVP) a nivel nacional.

Métodos: Los datos de mortalidad se elaboraron a partir de los ficheros de microdatos anonimizados facilitados por el Instituto Nacional de Estadística. Se calcularon el número de muertes y AVP por grupos de edad y sexo. Para el cálculo de los AVP se utilizó la tabla de vida estándar Coale-Demeny West nivel 26 modificada. Siguiendo los criterios del Estudio de Carga Global de Enfermedad, se aplicó la ponderación por edad y la tasa de descuento. Se utilizaron los programas Gsmor y Epidat.

Resultados: En 2008, el número de muertes por ECV fue de 126.252 (56.651 en hombres [45%] y 69.601 en mujeres [55%]); la tasa de mortalidad estandarizada (población estándar europea) fue de 155,0 por 100.000 habitantes (186,5 en hombres y 126,4 en mujeres). El número de AVP por ECV fue de 504.091 (289.506 en hombres [57%] y 214.585 en mujeres [43%]). Estas cifras representan el 32,9% del total de muertes (el 28,6% en hombres y el 37,4% en mujeres) y el 24% de los AVP. En el grupo de personas de 70 o más años, las ECV fueron responsables del 36,6% del total de defunciones (31,7% en hombres y 40,8% en mujeres) y del 24% de los AVP (22,7% en hombres y 26,1% en mujeres). Distribución por edades: del total de defunciones por ECV el 0,5% tuvieron lugar en menores de 35 años, el 2,2% entre 35-49, el 6,6% entre 50-64, el 25,7% entre 65-79 y el 65,1% en personas de 80 o más años. En el caso de los AVP, los porcentajes fueron, respectivamente, del 3,7%, 11,3%, 20,5%, 34,7% y 29,8%.

Conclusiones: La elevada carga de enfermedad de las ECV en España, tanto en términos de mortalidad como de mortalidad prematura, justifica que se sigan realizando esfuerzos para identificar e implementar intervenciones de salud pública efectivas para prevenir estas patologías.

Financiación: FIS PI09/00086.

204. EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ASTURIAS

M. Margolles, E. García Fernández

Consejería de Sanidad; Observatorio de Salud en Asturias.

Antecedentes/Objetivos: Según La Estrategia Nacional de Cardiopatía isquémica (CI), en España, las enfermedades cardiovasculares son, generalmente, la primera causa de muerte para la población española. En este estudio se intenta analizar la situación de la CI en Asturias atendiendo a un modelo de trabajo del Observatorio de la Salud en Asturias en el que se tienen en cuenta los determinantes de salud, los factores predisponentes y los resultados de salud en términos de morbilidad y mortalidad.

Métodos: Estudio transversal descriptivo a partir de los datos de las diferentes fuentes de información sobre los determinantes de salud implicados en la CI, los factores predisponentes y los resultados de salud así como la intervención sanitaria. Se recogen indicadores de determinantes referentes al sistema sanitario, a los estilos de vida, a los factores socioeconómicos, y a la calidad ambiental. Se abordan indicadores del sistema sanitario que evalúan la calidad de respuesta del sistema ante la CI atendiendo a los niveles de evaluación propuestos por la Estrategia nacional de CI. Se describen todos estos indicadores y se muestran en el análisis realizado con el programa SPSS v15 y el sistema SIG GVSig 1.1. a través de tablas, gráficos de distribución y evolución y mapas. Se analizan indicadores que informan sobre la promoción y protección de la salud, la detección, diagnóstico y tratamientos de factores de riesgo; el síndrome coronario agudo; la enfermedad coronaria crónica, angina estable, disfunción ventricular izquierda, muerte súbita, la revascularización miocárdica y trasplante cardíaco; la prevención secundaria y rehabilitación cardíaca y los sistemas de Información e Investigación.

Resultados: Se han recogido casi todos los indicadores establecidos en la Estrategia Nacional de CI abordando de manera integral los determinantes y resultados de salud. Se observan en todos ellos gran variabilidad geográfica en cuanto a la presentación debidos a diferentes distribuciones de estilos de vida, factores socioeconómicos en unos casos y diferentes prácticas sanitarias tanto preventivas como terapéuticas y rehabilitadoras. Se observan diferencias no solo geográficas sino de patrones de género y etarios que expresamos en formato tabla, gráficos y mapas de distribución de todas esas desigualdades en casi todos los indicadores.

Conclusiones: Con este estudio hemos logrado conocer la situación de la CI en Asturias y permite describir los diferentes factores implicados en resultados de salud con lo que podremos en el futuro planificar más adecuadamente una adecuada respuesta ante esta enfermedad tan frecuente y de resultados tan graves para nuestra sociedad. Consideramos conveniente que periódicamente se monitoricen los procesos y los resultados y se revisen y actualicen los logros y los objetivos.

Financiación: Fondos de Cohesión Territorial 2011 del Ministerio de Sanidad y Política Social, como Apoyo a la Implementación a la Estrategia Nacional de Salud de Cardiopatía Isquémica.

538. MUERTES SÚBITAS CARDIOVASCULARES EXTRAHOSPITALARIAS EN ADULTOS DE EDAD MEDIA EN BARCELONA

E. Barbería, M. Gotsens, A. Xifró, M. Rodríguez-Sanz, J. Castellà, J. Medallo

Institut de Medicina Legal de Catalunya; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Rovira i Virgili; Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Frecuentemente la muerte súbita cardiovascular (MSC) extrahospitalaria constituye la primera manifestación

de las enfermedades cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es conocer la incidencia y las causas de MSC extrahospitalaria en el periodo 2004-2006 en la ciudad de Barcelona.

Métodos: Estudio poblacional descriptivo y retrospectivo a partir del Registro de Mortalidad (RM) de la ciudad de Barcelona, que integra los datos facilitados por el Departament de Salut y la información de las muertes con intervención medicolegal, procedente del Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC). Se seleccionaron todas las defunciones de individuos residentes en Barcelona entre 35 y 49 años de edad, fallecidos en esta ciudad entre 2004 y 2006, cuya causa básica de defunción correspondiera a causas cardiovasculares (capítulo IX o códigos Q20 a Q28 del capítulo XVII de la CIE-10) y que fueron objeto de autopsia judicial. Se revisó la historia medicoforense de cada una de las defunciones seleccionadas, se estableció si se trataba de una muerte súbita y la causa de la misma. Se calcularon las tasas de mortalidad estandarizadas por edad según la población europea estándar de 35-49 años para cada sexo y en el total, el riesgo relativo entre sexos y las tasas específicas para grupos quinquenales de edad.

Resultados: En el periodo estudiado se produjeron 219 muertes cardiovasculares, de las que el 47,5% fueron objeto de autopsia judicial y la mayoría de éstas, el 94,2%, fueron muertes súbitas. El 44,7% de las muertes por causa cardiovascular y el 6,6% del total de las defunciones en esa franja de edad fueron MSC extrahospitalarias estudiadas por el IMLC. La principal causa de muerte por MSC fueron las enfermedades isquémicas del corazón (63,5%); seguido de otras enfermedades del corazón (17,3%) y de las enfermedades cardiovasculares (10,2%). La tasa estandarizada de mortalidad por MSC fue 9,52 por 100.000 habitantes (IC95%: 7,73-11,61). En hombres fue 16,50 (IC95%: 13,13-20,46) y en mujeres 2,88 (IC95%: 1,61-4,74); el riesgo relativo entre sexos fue 5,73 (IC95%: 4,61-7,11). Las tasas específicas para grupos de edad fueron 4,43 (35-39 años), 9,33 (40-44 años) y 14,81 (45-49 años).

Conclusiones: El presente estudio confirma la baja incidencia de la MSC en nuestro entorno y reafirma la necesidad de incorporar las fuentes forenses no sólo al conocimiento de las causas de la muerte súbita sino también al de su incidencia.

518. CIRUGÍA CARDÍACA Y GÉNERO

M.V. García Palacios, M.A. Fernández Gómez, M.R. Díaz-Crespo del Hoyo, F.J. López Fernández

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte en la mujer. Sin embargo, su manifestación clínica puede variar de la descripción clásica de isquemia atribuida al género masculino, pudiendo infravalorarse por paciente y médico. El objetivo de este estudio fue determinar la existencia de diferencias de género en la patología cardíaca con tratamiento quirúrgico.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, con vigilancia activa de intervenciones de cirugía cardíaca realizadas entre 2008-2009, recogiendo: sexo, edad, obesidad, diabetes, enfermedad cardíaca vascular/valvular, intervención realizada, duración, riesgo ASA, riesgo de infección NNIS, presencia de infección y exitus. Análisis mediante comparación de proporciones y medias, Kaplan-Meier y multivariante mediante regresión logística.

Resultados: Se estudiaron un total de 609 pacientes intervenidos de sustitución valvular (SV: 50,4%), by pass (BP: 41,4%) o ambas (8,2%), predominando los hombres (59,2%). El grupo de edad más frecuentemente intervenido fue el de 61-75 años en ambos sexos, siendo más jóvenes los hombres (28,4% vs 18,7% menores de 59 años) y longevas las mujeres (22,2% vs 11% mayores de 75). A nivel bivariante las mujeres presentaron mayor obesidad (23,1% vs 14,5%) y afectación de la

válvula mitral (52,2% vs 11,6%) frente a una mayor afectación en hombres de la válvula aórtica (93,9% vs 55,8%), enfermedad vascular (62,2% vs 30,6%), revascularización con safena (51,9% vs 24,5%) y mayor infección postquirúrgica (6,1% vs 2,8%). No se detectaron diferencias significativas entre ambos sexos en los antecedentes de diabetes, índices ASA o NNIS y exitus del paciente, ni en el análisis de supervivencia del tiempo transcurrido hasta el episodio de infección. El modelo multivariante mostró para la mujer un mayor riesgo de padecer una enfermedad cardíaca con criterios quirúrgicos a partir de los 65 años (RR: 3,2), valvulopatía mitral (RR: 2,0) y acompañarse de obesidad (RR: 1,8). Los hombres presentaron mayor riesgo de enfermedad de coronaria (RR: 3,6), revascularización con safena (RR: 1,8) y afectación de válvula aórtica (RR: 12).

Conclusiones: La patología cardíaca quirúrgica se incrementa en la mujer a partir de los 65 años, principalmente por patología valvular, mostrando diferencias según sexo (hipertensión en hombres y fiebre reumática en mujeres). La indicación de revascularización en nuestra muestra mostró diferencias de género, no coincidiendo con la frecuencia esperada de cardiopatía isquémica descrita en la mujer. Sería recomendable enfocar el estudio de estas diferencias desde un posible diagnóstico tardío (médico-paciente) con menos posibilidades de revascularización, desconocimiento de síntomas atípicos más frecuentes en la mujer, o la falta de atención y alerta ante éstos.

20. EXHAUSTIVIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMEDAD CORONARIA ISQUÉMICA DE ANDALUCÍA EN LA COHORTE EPIC-GRANADA

E. Molina-Montes, J. Cambil, E. Molina-Portillo, J.M. Torres, F. Rosell, M. Bailén, R. Vázquez, M.J. Sánchez

Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Facultad de Ciencias de la Salud, Granada; Plan Integral de Cardiopatías en Andalucía; Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES); Hospital Universitario de Jaén; Hospital Puerta del Mar.

Antecedentes/Objetivos: En Andalucía no existen registros de base poblacional de enfermedad coronaria isquémica (ECI). El proyecto EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) es un estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico, en el que participan 23 centros de 10 países europeos, entre ellos, Granada. El objetivo fue determinar la exhaustividad de las fuentes disponibles en el Sistema Sanitario Andaluz para la identificación de casos de ECI en la cohorte EPIC-Granada.

Métodos: Diseño: estudio de cohorte prospectivo. La cohorte EPIC-Granada incluye 7.879 sujetos de 35-65 años de ambos sexos. Fuentes de información: 1) EPIC: diagnóstico autoreportado en el reclutamiento (1992-96) y en el seguimiento telefónico (1996-1998); 2) CMBD 1998-2008 de Granada, con códigos: 410-414 (CIE-9); 3) Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio (ARIAM); 4) Registro Nacional de Mortalidad (INE). Los casos incidentes de ECI se validaron (OMS/Monica 2000) con revisión de historias clínicas y ARIAM. Variables: fecha de diagnóstico, edad, sexo, fuente de identificación, tipo de ECI (IAM, angina). La exhaustividad de las fuentes se estimó a través del método de captura-recaptura. Se calculó la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de todas las fuentes.

Resultados: El enlace de la base de datos EPIC-Granada con las fuentes permitió identificar 404 casos incidentes "posibles" de ECI. Se validó el diagnóstico de 194 casos (101 IAM, 81 anginas, 12 eventos fatales). El CMBD identificó un 87,1% de los casos, y ARIAM un 38,1%. El INE identificó 11 de los 12 casos fatales. En cuanto a la exhaustividad, el modelo más adecuado fue el que asumía que CMBD y ARIAM eran independientes de la fuente de EPIC (exhaustividad del 97%). La exhausti-

vidad de la fuente EPIC fue muy baja, sólo identificó un 14% de los casos. La sensibilidad de CMBD fue mayor (87%) que la de la ARIAM (38%), pero ARIAM presentó una mayor especificidad (89%). Combinando ambas fuentes se alcanzó una especificidad del 81%, tanto para el IAM como para la angina.

Conclusiones: La sensibilidad, especificidad y exhaustividad de las fuentes CMBD y ARIAM en la identificación de casos de ECI fue elevada. La combinación de estas fuentes de información podría ser de utilidad para disponer de un sistema de información poblacional sobre incidencia de ECI en Andalucía, si bien requiere de la validación del diagnóstico ECI.

Financiación: Consejería de Salud. Junta de Andalucía (PI-00471/2010).

464. AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN. EL CASO DE ESPAÑA

C. Morant, E. Álvarez, F. Català, R. Gènova, N. Fernández de Larrea

Hospital Ramón y Cajal; Universidad Rey Juan Carlos; Centro Superior de Investigación en Salud Pública; Subdirección de Promoción y Prevención, Consejería de Sanidad, Madrid; Agencia Laín Entralgo.

Antecedentes/Objetivos: La Clasificación de Carga de Enfermedad fue construida desde una perspectiva etiológica e incluye la insuficiencia cardíaca (IC) entre los denominados "códigos basura". En España en un número elevado de muertes la causa básica de defunción asignada es la IC en lugar de la patología de base que ha dado lugar a la IC. Objetivo: cuantificar el posible impacto de las defunciones codificadas como IC en el cálculo de los años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVP) por enfermedades cardiovasculares en España en el año 2008.

Métodos: A partir de los datos de mortalidad de los ficheros de microdatos anonimizados del Instituto Nacional de Estadística se seleccionaron las defunciones asignadas a los códigos I50, I50.0, I50.1 e I50.9 de la CIE-10. Se calcularon los AVP atribuidos a la IC por grupos de edad y sexo. El número de años de vida perdidos a cada edad de muerte se obtuvo tomando como referencia la tabla de vida estándar de Coale-Demeny West nivel 26 modificada. Se aplicaron las valoraciones sociales del Estudio de Carga Global de Enfermedad de la OMS (ponderación por edad [k = 1] y tasa de descuento [3%]).

Resultados: Del total de defunciones por enfermedades cardiovasculares, 20.969 (17%) fueron atribuidas a la IC (5% del total de defunciones en España en 2008). La tasa bruta de mortalidad por IC fue de 46,0/100.000 habitantes (31,6 en hombres y 60,0 en mujeres) y la tasa ajustada por la población estándar europea de 23,6/100.000 (22,6 en hombres y 23,3 en mujeres). Por edad, el 79,7% de las defunciones tuvieron lugar en personas de 80 o más años, 67,6% en el caso de los hombres y 86,0% en las mujeres. Del total de AVP por enfermedades cardiovasculares en España en 2008, 60.339 (12,0%) fueron atribuidos a la IC (el 9% en el caso de los hombres y el 16% en las mujeres), correspondiendo a una tasa bruta de AVP de 1,3/1.000 habitantes (1,2 en hombres y 1,4 en mujeres). Por edad, el 47,8% de los AVP correspondieron a personas de 80 o más años (30,7% en el caso de los hombres y 61,6% en las mujeres).

Conclusiones: La importante proporción de defunciones asignadas en España a la categoría de IC tiene un impacto relevante en el cálculo de los AVP por enfermedades cardiovasculares. Dado que las principales causas de IC en nuestro medio son la cardiopatía isquémica y la cardiopatía hipertensiva, los cálculos de AVP basados en los datos actuales de mortalidad podrían infraestimar la mortalidad prematura por estas dos causas específicas.

Financiación: FIS PI09/00086.

183. TENDENCIAS EN LA HOSPITALIZACIÓN POR ISQUEMIA CARDÍACA Y RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

M.J. Medrano, I. Galán, C. Ortiz, R. Pastor-Barriuso, R. Boix

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se han producido avances en la prevención primaria de la isquemia cardíaca (IC), así como en su diagnóstico y tratamiento, cuyo impacto en la mortalidad ha sido demostrado. Sin embargo, no se conoce el efecto sobre la morbilidad.

Métodos: A partir de los microdatos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria se identificaron los pacientes que fueron hospitalizados por IC entre 1982 y 2009. Se calcularon tasas ajustadas por edad para IC (CIE9-MC 410-414) y para infarto de miocardio (410) por separado; para hombres y para mujeres y para casos incidentes de ingreso urgente y casos crónicos (414). Se modelizaron las tendencias anuales mediante modelos aditivos generalizados, incluyendo como variables explicativas datos anuales de consumo de fruta y verdura, prevalencia de tabaquismo, obesidad y diabetes, consumo de estatinas, hipotensores y antiagregantes y frecuencia de intervenciones coronarias percutáneas (ICP). Se tuvo en cuenta la modificación de criterios diagnósticos de infarto adoptada internacionalmente en 2000.

Resultados: Se identificaron 2.993.678 hospitalizaciones (69,5% hombres y 30,4% mujeres) en 762,3 millones de personas-año (p-a). La distribución por sexo permaneció estable durante el periodo estudiado, pero la edad aumentó de $6,9 \pm 13,5$ a $66,2 \pm 12,5$ en hombres y de $66,7 \pm 14,2$ a $73,0 \pm 11,9$ en mujeres. En hombres, las tasas aumentaron de 189,9 a 468,1 casos \times 100.000 p-a de 1982 a 2000, y disminuyeron posteriormente cada año hasta 351,4 en 2009, lo que representa una disminución acumulada del 24,9%. En mujeres la evolución fue idéntica, con incrementos hasta el año 2000 y una disminución posterior del 24%. La inflexión en las tasas de hospitalización por infarto agudo ocurre dos años más tarde y el ritmo de descenso es menor que en el resto de categorías diagnósticas. Desde 1996 aumentó el consumo de estatinas (incremento de 1.126,1%), hipotensores (583,3%), antiagregantes (176,2%), consumo de fruta y verdura (7,4%); y disminuyó la prevalencia de tabaquismo (12,4% en mujeres y 25,2% en hombres). Las prevalencias de obesidad y diabetes se incrementaron un 40% y 37,5% respectivamente. Las ICP aumentaron un 254%. Todas las variables se asociaron significativamente ($p < 0,001$) con la tendencia de la hospitalización por IC.

Conclusiones: La frecuencia de hospitalización por IC experimentó un brusco cambio de tendencia en el año 2001. Los resultados sugieren que la disminución de la frecuencia se asocia con las medidas preventivas. El ritmo de descenso es menor en el infarto agudo, asociado al cambio de criterios diagnósticos. La edad de hospitalización se retrasó 6 años.

Financiación: Ayudas MSCI EC11-282 Y FIS PI11/01276.

80. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (ECV) EN BIZKAIA: EPIDEMIOLOGÍA, PROCESO DE ATENCIÓN Y PROPUESTA DE MEJORA

P. Sancho, V. de Castro, M. Ugarte, E. Hernández, I. Baonza, N. Muniozgueren

Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Subdirección de Salud Pública de Bizkaia.

Antecedentes/Objetivos: La ECV fue primera causa de muerte en las mujeres y tercera en los hombres en Bizkaia en 2009. Analizamos la epidemiología de la enfermedad y el proceso de atención recibido en todos los ámbitos, con objeto de identificar puntos débiles y proponer mejoras.

Métodos: Definición de caso: paciente que reside en Bizkaia y que presenta una ECV, definida como una alteración encefálica secundaria a un trastorno vascular. Fuentes de información: Encuesta de Salud de

la CAPV [ESCAV], CMBD; Registro de mortalidad, Servicio de Valoración de Dependencias de Diputación, Emergencias (112), Indicadores de proceso del Contrato Programa (hospitales) y de la Oferta Preferente (Atención Primaria), entrevistas con responsables de Servicios de Neurología y de Atención Primaria de la Red Pública.

Resultados: En 2009 ingresaron por ECV 1.529 hombres (TC: 277/100.000) y 1.279 mujeres (TC: 217/100.000) y fallecieron 514 mujeres (TC: 86,88/100.000) y 358 hombres (TC: 64,65/100.000). Durante los 10 últimos años la incidencia ha aumentado, sobre todo en las mujeres y la mortalidad ha disminuido generándose un aumento en la prevalencia de ECV y de sus secuelas. Entre las valoraciones de dependencia realizadas en el periodo 2008-2010, un 17% (6.936) presentaban un diagnóstico de ictus y, entre los pacientes con ictus, el% de grandes dependientes era superior al encontrado en la población total valorada (34% versus 18%). Aspectos positivos identificados: el Código Ictus, Unidades de Ictus, práctica de la fibrinólisis y utilización de protocolos hospitalarios están en un proceso de mejora continuo. En prevención primaria, se controlan y monitorizan distintos factores de riesgo (HTA, colesterolemia, glucemia, consumo de tabaco, alcohol...) de forma sistemática. Puntos de mejora: la rehabilitación precoz y la rehabilitación tras el alta, aspectos de organización y coordinación entre los niveles de asistencia y la información al ciudadano y al paciente presentaban un amplio margen de mejora.

Conclusiones: Insistir en la promoción de la salud para evitar el inicio de hábitos nocivos (tabaco, alcohol) y fomentar hábitos saludables (ejercicio, alimentación). Mantener un control adecuado de HTA, DM, hipercolesterolemia y fibrilación auricular pueden evitar el primer ictus o la recidiva. Realizar campañas de educación sanitaria para que la población conozca los síntomas precoces del ictus y la necesidad de solicitar atención urgente. Informar adecuadamente al paciente y a su familia sobre la enfermedad y su manejo tras el alta hospitalaria. Mejorar coordinación entre la atención Primaria y Especializada. Mejorar la rehabilitación precoz en los hospitales y la indicada tras el alta.

74. INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO DCA EN HOMBRES Y MUJERES MENORES DE 50 AÑOS

V.A. Arrufat Gallén, J.B. Bellido Blasco

Programas de Promoción de la Salud, Centro de Salud Pública Castelló, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat; Sección Epidemiología, Centre Salut Pública Castelló, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El daño cerebral adquirido (DCA) es el paradigma de la dependencia. Describir la incidencia de DCA en la población de hombres y mujeres menores de 50 años en la provincia de Castelló, para el periodo 1995-2005. Caracterizar a las personas afectadas DCA y supervivientes (edad, sexo, mortalidad hospitalaria) Iniciar el registro de casos DCA en jóvenes de base poblacional: Estandar for Surveillance of Neurotrauma, WHO Genève 1995, CDC Atlanta.

Métodos: Estudio epidemiológico que realiza una descripción de los casos de hombres y mujeres con DCA menores de 50 años, residentes en Castelló e ingresos urgentes en los hospitales de la Comunidad Valenciana desde 1995 a 2005, revisando el CMBD. Para ello y en colaboración con neurólogo (Geffners) y documentalista (Sempere), hemos preparado una tabla con los diagnósticos de la CIE-9-MC, en la que se incluyen los posibles diagnósticos considerados como DCA. Se obtienen resultados por sexo de las variables sociodemográficas y de hospitalización. Se calcula la tasa de incidencia de DCA por sexos para el periodo estudiado.

Resultados: Se obtiene un total de 446 ingresos por DCA urgentes en hombres y 184 en mujeres. Total 630 casos urgentes DCA residentes en la provincia de Castelló e ingresados de urgencia en los hospitales valencianos de 1995 a 2005. La media anual de ingresos por DCA muestra que el 41,5% son hombres y 18,8% son mujeres. La Tasa de Incidencia

DCA por sexo en menores de 50 años es de 221 hombres y 106,3 mujeres al año por 100.000 habitantes. LA edad media al alta es de 30,4 ± 12,42 años. Razón h/m: 2,4/1 en 2005. En el 19,5% de hombres y 3,7% de mujeres se registra código E: lesiones por agentes externos. De estos 10% de los casos registrados lo son por accidente de tráfico en hombres menores de 50 años y 4,5% en mujeres.

Conclusiones: La tasa de Incidencia anual es el doble para hombres que para mujeres, 221 casos por año en hombres y 106,3 casos en mujeres por millón de habitantes.

232. PATRÓN GEOGRÁFICO DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR ASMA EN ESPAÑA

C. Ortiz, I. Galán, M.J. Medrano, C. Linares, V. Flores, R. Fernández-Cuenca, E. Boldo

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Describir la distribución geográfica a nivel provincial de los ingresos hospitalarios por asma en España.

Métodos: La fuente de información fue la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE, basada en un muestreo estratificado bietápico. En una primera fase se seleccionan los hospitales, que en la actualidad representan el 90,6% de los centros hospitalarios, y, en una segunda, se seleccionan los enfermos dados de alta que representan el 97% de las altas hospitalarias que se producen en España. Se estiman las tasas provinciales por 100.000 habitantes ocurridas en población general debidas a asma (CIE9-MC: 493), ajustadas por la población estándar europea, para los periodos 1981-1984, 1993-1997 y 2005-2009; así como por edad (≤ 14 años y ≥ 15 años) y sexo. Las tasas por provincia se ordenaron en cuartiles para su representación geográfica.

Resultados: La tasa global promedio de morbilidad por asma en el periodo 2005-2009 fue de 54,8 por 100.000 habitantes, alcanzando una tasa máxima de 206,8 en la provincia de Asturias y una tasa mínima de 19,8 en la provincia de Jaén. Las provincias del norte de España y en especial de la cornisa cantábrica (Asturias, Santander, País Vasco y Burgos), así como Baleares, Barcelona y Lleida, describen las tasas más altas, mientras que en las provincias de Extremadura y Andalucía occidental se concentran las tasas más bajas. Este patrón es bastante similar para hombres y mujeres. Los ≤ 14 años que viven en las provincias del norte de España tienen también mayor riesgo de hospitalización por asma. La distribución en los periodos 1981-1985 y 1993-1997 mantiene, en líneas generales, la observada en 2005-2009.

Conclusiones: Se observa una gran variabilidad geográfica en la magnitud de los ingresos hospitalarios por asma. La cornisa Cantábrica junto con Baleares y Cataluña describen las tasas más altas mientras que Extremadura y la zona occidental de Andalucía tienen las tasas más bajas. Esta variabilidad sugiere la existencia de diferentes factores precipitantes que sería necesario identificar en posteriores estudios.

Financiación: Ayuda FIS PI11/01276.

357. PATRÓN DE PRESENTACIÓN DE LAS CRISIS AGUDAS DE ASMA EN LAS DIFERENTES ZONAS CLIMÁTICAS DE LA CAPV

I. Tamayo, M. Dorronsoro, V. de Castro, O. Mokoroa, N. San Juan, I. Dorronsoro, M. Ogueta, J.M. Altzibar

Subdirección de Salud Pública Gipuzkoa; Unidad de Información y Control Gestión, Hospital Donostia; Subdirección de Salud Pública Álava; Subdirección de Organización y Sistemas de Información, Hospital Donostia; Subdirección de Salud Pública Bizkaia; Subdirección de Calidad, Osakidetza.

Antecedentes/Objetivos: El asma es una enfermedad inflamatoria crónica cuya prevalencia está aumentando. Se sabe que las exacerba-

ciones que sufren el 20% de los asmáticos suponen el 80% de los costes directos del mismo. Además de los factores relacionados con la hipótesis higiénica (factores ambientales) de la enfermedad se han documentado diferencias por edad, sexo y diferencias geográficas en relación al área climática. El objetivo de este trabajo es conocer si existen diferencias en la presentación de crisis agudas por asma en las diferentes áreas climáticas de la CAPV para la población pediátrica y la adulta.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo con los datos de frecuentación de los servicios de urgencias por crisis aguda de asma. Se han obtenido datos de todos los hospitales públicos de la CAPV y se han considerado todos los episodios que obtuvieron un primer diagnóstico de asma al alta (CIE-9: 493.0, 493.2 y 493.9). Se han obtenido tasas específicas para la población pediátrica (0-14 años) y adulta (≥ 15 años) para tres diferentes áreas climáticas definidas: Vertiente Atlántica, Zona de Clima Subatlántico y Zona Clima Submediterráneo.

Resultados: El patrón de presentación de las crisis agudas de asma se ha mostrado similar en la Vertiente Atlántica y en la Zona Climática Subatlántica con tasas de 592,3 y 933,9 \times 100.000 para la población pediátrica y 33,5 y 40,3 \times 100.000 para la adulta respectivamente. Las Razones de Tasas de niños y adultos son de 17,67 y 23,16 respectivamente. La Zona de Clima Submediterráneo presenta tasas más bajas en la población pediátrica, 273,8 \times 100.000 y más altas en la adulta, 61,7 \times 100.000 de tal manera que la razón de tasas varía sustancialmente siendo de 4,44.

Conclusiones: Existe diferente patrón en las reagudizaciones del asma en la CAPV. Las dos zonas climáticas atlánticas se comportan de manera similar en cuanto a las presentaciones de las crisis agudas de asma por grupo de edad siendo la carga fundamental la correspondiente a la edad pediátrica. En la zona de clima más mediterráneo disminuye mucho la diferencia en las urgencias por asma en edad pediátrica y adulta. Estos resultados están en concordancia con estudios que muestran variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas con prevalencias relativamente más altas en la fachada atlántica del país que en la mediterránea. Las diferencias observadas entre zonas podrían relacionarse con la influencia del clima en la distribución geográfica de los alérgenos o por su papel modulador en las infecciones virales de la infancia.

230. EVOLUCIÓN DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA POR ASMA EN ESPAÑA, 1981-2009

C. Ortiz, I. Galán, E. Boldo, R. Fernández-Cuenca, V. Flores, C. Linares, M.J. Medrano

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Describir los ingresos hospitalarios por asma en España durante el periodo 1981-2009.

Métodos: La fuente de información fue la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE. La encuesta se realiza por muestreo estratificado bietápico. En una primera fase se seleccionan los hospitales, que en la actualidad representan el 90,6% de los centros hospitalarios y, en una segunda fase se seleccionan los enfermos dados de alta, éstos representan el 97% de las altas hospitalarias que se producen en España. Se estiman las tasas globales de morbilidad por asma (CIE9-MC: 493) por 100.000 habitantes, por edad y sexo, y las tasas 1981-2009 ajustadas por la población estándar europea.

Resultados: La tasa bruta de ingresos hospitalarios por asma en el año 2009 fue de 52,8 por 100.000 habitantes, 36,0 en hombres y 69,3 en mujeres. En menores de 15 años la hospitalización por asma es el doble de frecuente que en la edad adulta, con tasas de 91,0 y 46,2 respectivamente. En la etapa infantil, en los niños es 1,5 veces más frecuente el ingreso que en las niñas, invirtiéndose esta relación en la población adulta donde se observa que las mujeres tienen una morbilidad por asma tres veces superior respecto a los hombres. En cuanto a la evolución, en 1981 la tasa global fue de 42,4, incrementándose pau-

latinamente hasta alcanzar una tasa máxima en 1999 de 70,2, a partir de la cual empieza a descender hasta el año 2009. En los hombres la tendencia muestra un descenso gradual desde la primera parte de la década de los ochenta, mientras que en las mujeres sigue el mismo patrón que la tasa global. Esta diferenciación de la tendencia por sexo es debida a la variación en los ingresos en población adulta ya que la tendencia para menores de 15 años es similar en hombres y mujeres.

Conclusiones: La morbilidad por asma describe una gran variación por edad y sexo, siendo en la etapa infantil más frecuente en los hombres, invirtiéndose esta relación en la edad adulta a favor de las mujeres. La tendencia describe un patrón similar en menores de 14 años de ambos sexos y en mujeres adultas, incrementándose durante toda la década de los ochenta hasta finales de los noventa, momento a partir del cual comienza un descenso hasta la actualidad. Sin embargo, en hombres adultos se observa un descenso gradual a lo largo de la serie.

Financiación: Ayuda FIS P111/01276.

162. ESTRATEGIA PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL Y POBLACIONAL EN EL SÍNDROME PRADER WILLI

C. Salamanca Rivera, J.M. Aldana Espinal, B. Gil Barcenilla, P. Ruiz Rustarazo, A. González-Meneses López, C. Cortes Martínez

Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras de Andalucía y Plan Andaluz de Obesidad Infantil, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: El PAPER pretende dar respuesta a la situación sanitaria actual de las enfermedades raras (ER) en Andalucía. Las necesidades expresadas por afectados y familiares de pacientes con Prader-Willi (PW) y las detectadas por profesionales en su asistencia, requieren analizar la atención a PW en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) y tomar acciones que favorezcan su mayor y mejor conocimiento para lograr una atención de calidad. Objetivo: difundir información actual y veraz sobre la enfermedad de PW para la población y los profesionales sanitarios de Andalucía.

Métodos: Se realiza díptico informativo sobre PW para profesionales sobre la atención a pacientes afectados de PW, especialmente dirigido a servicios de Urgencia. Se graba video informativo para población y profesionales sanitarios, sobre PW y sobre cómo vive la familia la situación de tener un miembro afecto de esta patología. Se elabora resumen de la enfermedad en formato 'wiki'. Conjuntamente con el Plan Andaluz de Obesidad Infantil se diseña taller sobre alimentación saludable, cesta de la compra y fomento de la actividad física dirigido a familias.

Resultados: Los dípticos para profesionales se distribuyen on-line a centros del SSPA y a través de la web de la Consejería de Salud y Bienestar Social en su portal de ER, y de la página de publicaciones del Servicio Andaluz de Salud. Los dípticos son enviados a las Direcciones Gerencias de los centros sanitarios para su impresión y distribución. El taller, de 2 horas de duración, se realiza en el Distrito Sevilla el día 17 de marzo con la participación de 15 familiares y afectados. La evaluación de las encuestas de satisfacción es muy positiva. El video está a disposición de los profesionales y de la población general en el portal de ER de la Web de la Consejería de Salud y Bienestar Social. El resumen en formato Wiki está disponible en la WIKI URGENCIAS del Hospital Universitario Virgen del Rocío accesible para todos los profesionales del Hospital General a través de la intranet, y próximamente estará disponible en el Hospital Materno-Infantil.

Conclusiones: Dada la complejidad y el desconocimiento habitual sobre las ER, parece apropiado organizar estrategias para aumentar el conocimiento e introducir un cambio en la práctica sanitaria. Éstas resultan especialmente eficientes cuando se realizan en una comunidad de elevado tamaño poblacional como Andalucía. La estrategia empleada ha sido sumamente satisfactoria y por tanto recomendamos implementar este tipo de técnicas de difusión de información para otras ER.

164. INFORMACIÓN A PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA SOBRE GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA ENDOSCÓPICA (PEG)

J.M. Aldana Espinal, C. Salamanca Rivera, P. Hergueta Delgado, J.A. Irlles Rocamora, A. González-Meneses López, C. Cortes Martínez

Plan Andaluz de Personas Afectadas por Enfermedades Raras (PAPER), Servicio Andaluz de Salud (SAS), Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), pueden presentar pérdida de apetito y problemas para alimentarse como: disfagia, cansancio al masticar, problemas para mover los alimentos en la boca o tragar su propia saliva. También, situaciones de tos, ahogo o aspiración de alimentos a los pulmones. La malnutrición se presenta hasta en un 50% de los pacientes, es un factor pronóstico independiente de supervivencia, empeora la debilidad muscular y afecta a la calidad de vida. La PEG es actualmente la técnica de elección para conseguir una nutrición adecuada, siendo un procedimiento efectivo y seguro, sin embargo los pacientes suelen ser reacios a este dispositivo; el objetivo era encontrar el modelo de comunicación de las ventajas de la PEG.

Métodos: Se propuso una estrategia de intercambio de información entre el grupo de trabajo de ELA del SAS y la Asociación de pacientes, ELA Andalucía, para encontrar los puntos clave para la mejor información y abordaje de la propuesta de PEG al paciente.

Resultados: Puntos de conflicto detectados: 1) los pacientes o familiares creen que la PEG va a afectar a su imagen corporal o vida de relación; 2) creen que la PEG es el inicio de los cuidados paliativos. Aspectos identificados que hacen que el paciente pierda la reticencia inicial: -La PEG va oculta debajo de la ropa, nadie sabrá que la tiene puesta. -La PEG no le impedirá realizar sus actividades cotidianas como bañarse, salir a la calle o relacionarse. -La PEG es reversible, pudiéndose quitar sin precisar ingreso. -La PEG permite al paciente la ingestión por boca. -Recibirá a través de PEG productos de alto contenido alimenticio que le ayudarán a mantener su nutrición y estado general. -Un mejor estado nutricional le ayudará a sentirse más fuerte. -Tener una sonda de gastrostomía, no significa esta "enchufado" o "atado" a un tubo. -Las asociaciones de pacientes le pueden poner en contacto con otras personas portadoras de PEG, para compartir experiencias. Con esta información se elaboran recomendaciones para la información y un documento informativo, que se incorporan a la Guía Asistencial de ELA.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes y familiares tardan mucho en decidir la opción de alimentación por PEG, no aprovechando precozmente sus ventajas, ya que un buen estado nutricional ayuda a sentirse con más energía, a tener mejor estado general y resistencia a las infecciones. Esperamos que esta información clave, transmitida al paciente oral y documentalmente, le ayude a tomar decisiones informadas sobre esta posibilidad terapéutica.

168. EXPERIENCIA ASISTENCIAL AVANZADA EN ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

C. Salamanca Rivera, J.M. Aldana Espinal, J.A. Ortigón Gallego, A. González-Meneses López, C. Cortes Martínez

Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad rara que requiere intervenir desde múltiples disciplinas, haciéndolas converger con el fin de facilitar al paciente y la familia una atención sanitaria continuada en la que se unan calidad humana y

elementos científico-técnicos. Objetivo: organizar la atención a la ELA en un hospital comarcal para lograr una atención de calidad.

Métodos: Los casos diagnosticados de ELA en el Hospital Reina Sofía que tienen como referencia el Hospital Comarcal Infanta Margarita, son derivados para seguimiento por las Unidades de Neumología, Nutrición Clínica y Rehabilitación. Los pacientes son captados frecuentemente por derivación de la Enfermería Gestora de Casos (EGC) del hospital. Tras comunicación telefónica entre EGC de ambos hospitales, el nuevo caso entra en un circuito de atención preferente. Se concierta entrevista con cuidadora principal, recogiendo datos de la unidad paciente/familia y realizándose genograma familiar. Se exploran necesidades del paciente (modelo de V. Henderson) y grado de información que poseen paciente y familia. Se recomienda contactar con tejido asociativo (ELA Andalucía) entregándose folleto informativo. Se entrega junto con la información, una tarjeta de visita con datos del EGC del Hospital, con teléfono, horario de atención y correo electrónico.

Resultados: Tras el primer encuentro se genera una confianza en el equipo asistencial que permitirá un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte de la familia y del paciente, y que llevará a plantear voluntades vitales anticipadas o, al menos, a conocer el deseo del paciente. Dado que todos los casos presentan en mayor o menor medida afectación del estado ventilatorio o nutricional o rehabilitador, se acuerda la primera visita de seguimiento en función de las recomendaciones de la Unidad de Neumología y del estado del paciente. Se acuerda con el paciente/familia la notificación a la mayor brevedad (< 7 días) de la unificación de citas. La Unidad de Atención a la Ciudadanía, al tener acceso informático a las citas de todas las especialidades, estructura una fecha única y en horarios consecutivos: es el denominado Acto Único.

Conclusiones: Esta experiencia asistencial avanzada ha logrado la puesta en funcionamiento de un circuito de acto único que ayuda a configurar un vínculo de relación usuario-paciente que incrementa la confianza terapéutica y la calidad de vida del paciente y cuidadores al evitar numerosos desplazamientos al hospital, y paralelamente aumenta las oportunidades de crecimiento profesional y de cooperación entre profesionales.

177. FORMACIÓN EN EL MANEJO MULTIDISCIPLINAR EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

J.M. Aldana Espinal, C. Salamanca Rivera, R. Cía Ramos, R. Sanz Amores, A. González-Meneses López, C. Cortes Martínez, A. Bordóns Ruiz

Plan Andaluz de Personas Afectadas por Enfermedades Raras (PAPER); Plan de Cuidados Paliativos, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Tanto el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos como el PAPER tienen como objetivo la formación de los profesionales sanitarios como clave para proporcionar una atención integral al paciente. En el caso de los pacientes con ELA convergen una posible situación terminal y el hecho de ser una enfermedad de baja prevalencia y compleja. La aparición de nuevos casos hace que siempre haya pacientes recién diagnosticados y familiares a los que hay que formar e informar, así como personal sanitario con necesidad de profundizar en sus conocimientos. El objetivo consistió en diseñar una acción formativa que proporcionara conocimientos y herramientas a los profesionales que atienden a los pacientes con ELA, en el ámbito domiciliario.

Métodos: Se identificaron previamente las necesidades de formación, mediante grupo de discusión de profesionales implicados en la atención a pacientes con ELA: 1) conocer qué necesidades físicas y psicoemocionales tiene los pacientes con ELA su familia; 2) aprender a realizar una valoración de los síntomas en los pacientes y su familia; 3)

adquirir habilidades en el manejo de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y sondas de gastronomía percutánea endoscópica (PEG) en domicilio; 4) manejo de la planificación anticipada en el paciente. Se trabajó en el diseño de un curso que además de contenido teórico requería habilidades en dispositivos de ventilación y en manejo de PEG.

Resultados: Elaboración de talleres como acción formativa, en colaboración con la Fundación IAVANTE (Fundación para el avance tecnológico y entrenamiento profesional). Se diseñaron 8 talleres, de 20 alumnos cada uno, de carácter provincial y realización en una sede para Andalucía oriental y otra para Andalucía occidental. Cada taller consta de 32 horas lectivas, 24 horas on line y 8 horas presenciales. El contenido incluye 6 Unidades sobre objetivos y metodología, y evolución y abordaje de complicaciones respiratorias, neurológicas, digestivas y de nutrición, rehabilitación, fisioterapia y cuidados generales, así como abordaje de patología urgente en el paciente con ELA. Se añaden 3 talleres prácticos: 1. Taller de Planificación anticipada de decisiones en el paciente con ELA; 2. Taller de PEG; y 3. Taller de VMNI.

Conclusiones: Las ediciones realizadas han sido valoradas como de muy alta calidad y utilidad. La interacción de docentes y alumnos ha permitido conocer aún más los problemas a los que se enfrentan los profesionales sanitarios en el domicilio, así como circuitos asistenciales mejorables.

516. ENFERMEDAD CRÓNICA Y COMORBILIDAD. EL CASO DE LA DEMENCIA

J.A. Hanco Saavedra, B. Poblador Plou, A. Calderón Larrañaga, J.M. Calderón Meza, M. Lairla San José, A. Sicras Mainar, J. Marta Moreno, A. Prados Torres

IIS Aragón; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); Hospital Universitario Miguel Servet; Badalona Serveis Assistencials BSA.

Antecedentes/Objetivos: El incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas es un fenómeno asociado al envejecimiento poblacional. Cuando además se presenta asociada a otras patologías concurrentes -comorbilidad-, constituye un desafío para los servicios sanitarios y un riesgo para la atención integral. Existen diferentes métodos para identificar las comorbilidades relacionadas con una enfermedad índice. El objetivo del estudio fue conocer que enfermedades crónicas se asocian a demencia y las diferencias existentes en función del enfoque analítico empleado.

Métodos: Estudio transversal de 72.815 pacientes mayores de 64 años atendidos en 19 centros de atención primaria de Aragón y Cataluña en 2008. Las enfermedades se agruparon según EDCs (ACC®, versión 8.2). El estudio de comorbilidades se basó, por una parte, en el análisis clásico de prevalencias y, por otra, en la aplicación de técnicas exploratorias multivariantes como la regresión logística y el análisis factorial.

Resultados: La prevalencia global de demencia fue de 5,5% (6,4% IC95 6,2-6,6 en mujeres vs 4,0% IC95 3,8-4,3 en hombres). Las cinco comorbilidades más frecuentes fueron: hipertensión (43%), ansiedad y neurosis (20,6%), dislipidemia (17,7%), diabetes (17,1%), y lumbalgia (15,9%). Cuando se aplicaron técnicas multivariantes, sólo ansiedad y neurosis fue identificada como comorbilidad, y aparecieron cinco nuevas enfermedades en mujeres y hombres respectivamente: úlcera crónica de la piel (OR 2,87 vs 2,02), anemia (OR 1,56 vs 1,93), enfermedad cerebrovascular (OR 1,55 vs 1,64), Parkinson (OR 1,40 vs 2,11), y arritmia cardíaca (OR 1,24 vs 1,53). El análisis factorial detectó, además, insuficiencia cardíaca en mujeres, y osteoporosis y problemas de conducta en hombres.

Conclusiones: La demencia rara vez aparece de forma aislada. Existen diferencias clínicas relevantes en las comorbilidades identificadas en función del método analítico empleado. La selección de la técnica analítica apropiada es un aspecto crucial en la caracterización de pacientes con comorbilidad crónica.

Financiación: Grupo de Investigación en Salud Pública y Servicios.

8. PREDICTORES PSICOLÓGICOS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Iglesias Rey, M. Barreiro de Acosta, F. Caamaño Isorna, J. Pardo Seco

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (CIBERESP);
Servicio de Aparato Digestivo Hospital Clínico de Santiago y FIENAD.*

Antecedentes/Objetivos: Actualmente se reconoce el efecto de distintas variables sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con EII, pero la influencia de los factores psicológicos no ha sido suficientemente explorada. El objetivo de este estudio es identificar los predictores psicológicos de la CVRS en pacientes con EII.

Métodos: Se diseñó un estudio transversal con inclusión consecutiva de pacientes. Se incluyeron 875 pacientes con EII. Las variables independientes fueron evaluadas a través de: un cuestionario diseñado ad hoc para el estudio donde se recogían las variables sociodemográficas y clínicas, el cuestionario HADS para síntomas ansiosos y depresivos, el PSS para el estrés y el COPE para el afrontamiento. La calidad de vida fue evaluada mediante el SF-36 y el IBDQ. Los factores asociados a la calidad de vida fueron identificados mediante regresión logística.

Resultados: La tasa de participación fue del 91,3%. Las puntuaciones más altas en calidad de vida han sido en Función Física (media: 78,38, IC95%: 76,01-80,15) y Afectación Social (media: 5,83, IC95%: 5,75-5,90). Las más bajas han sido en Salud General (media: 47,18, IC95%: 45,68-48,68) y Síntomas Sistémicos (media: 5,16, IC95%: 5,08-5,24). El estrés se ha asociado con todas las escalas de CVRS evaluadas. La ansiedad se mostró asociada con todas excepto Función Social, Dolor Corporal y el total del IBDQ. De forma similar la depresión se asoció con todas las escalas excepto con el Rol-Físico, Vitalidad, Función Social y Dolor Corporal. No se han encontrado relaciones significativas entre las dimensiones de afrontamiento y las escalas de calidad de vida.

Conclusiones: Los síntomas ansiosos y depresivos y el estrés, son predictores significativos la CVRS en pacientes con EII. Aquellos pacientes que presenten estas características psicológicas podrían beneficiarse de la incorporación al tratamiento médico de intervenciones psicológicas dirigidas a actuar sobre estos factores potencialmente modificables.
