

## COMUNICACIONES ORALES III (3 MINUTOS)

Jueves, 18 de octubre de 2012. 10:00 a 11:00 h

Sala Biblioteca

Evaluación en servicios sanitarios

Modera: *María José Rabanaque Hernández*

### 225. EVALUACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICOS DE HOMBRO: REVISIÓN SISTEMÁTICA

S. Schmidt, K. Vrotsou, O. Cunillera, A. Pont, M. Ferrer, A. Escobar

*IMIM (Instituto de Investigación Hospital del Mar); CIBERESP; Unidad de Investigación, Hospital de Basurto; Unidad de Investigación Atención Primaria Gipuzkoa, San Sebastián.*

**Antecedentes/Objetivos:** La patología del hombro es una condición prevalente sobre todo en una sociedad en envejecimiento. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es importante en estos pacientes, pero su utilidad depende de la selección del instrumento más adecuado. El objetivo fue realizar una evaluación estandarizada por expertos de las propiedades métricas de los instrumentos específicos de CVRS desarrollados para pacientes con patología de hombro, mediante una revisión sistemática de la literatura.

**Métodos:** En 2011 se realizó una revisión sistemática de la literatura (PUBMED) para identificar los instrumentos específicos de CVRS para hombro disponibles y la información sobre sus características métricas. Los títulos y resúmenes de los artículos encontrados fueron revisados independientemente por 2 evaluadores para seleccionar aquellos que cumplieran los criterios de inclusión: cuestionario auto-contestado por el paciente, ítems con > 2 opciones de respuesta, específico de

hombro, inespecífico de tipo de patología o población. Para cada instrumento identificado, 2 expertos evaluaron independientemente los artículos correspondientes y aplicaron la herramienta EMPRO ("Evaluating the Measurement of Patient-Reported Outcomes"), diseñada para evaluar de forma estandarizada 8 atributos: modelo conceptual, fiabilidad, validez, sensibilidad al cambio, interpretabilidad, carga, modos de administración y adaptación transcultural. Las puntuaciones EMPRO para cada atributo y la global han sido transformadas de 0 (peor) a 100 (mejor).

**Resultados:** Se identificaron 52 instrumentos específicos de CVRS para hombro de un total de 2325 artículos, de los cuales sólo 11 instrumentos cumplieron los criterios de inclusión y fueron evaluados: ASES-s, FLEX-SF, OSS, PSS, SPADI, SRQ, SDQ-NL, SDQ-UK, SST, SSRS y SSI. El número de artículos con información métrica varió entre 2 y 25. La puntuación global EMPRO varió de 25 a 83. Fiabilidad e interpretación fueron los atributos con menos información disponible. La mejor puntuación para fiabilidad ha sido encontrada para ASES-s (100), la mejor en validez para FLEX-SF (86,7). SDQ-NL y SST obtuvieron la puntuación mayor posible en el atributo sensibilidad al cambio (100).

**Conclusiones:** ASES-s, SDQ-NL y SST presentan las puntuaciones mayores en las características métricas. Las puntuaciones EMPRO detalladas por atributo obtenidas en este estudio pueden facilitar la selección del instrumento más adecuado para cada objetivo o tipo de aplicación, tanto en el ámbito de investigación como en el clínico.

Financiación: Gobierno País Vasco, Recercaixa.

### 320. BIBLIOPRO: REVISIÓN SISTEMÁTICA 2008-2010 DE MEDIDAS EN ESPAÑOL DE RESULTADOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES

M.G. Barbaglia, P. Castellví, F. Agüero, D. Álamo, M. Arcas, N. González, S. López-Aguilà, M. García-Durán, M. Ferrer

*IMIM-Institut de Recerca de l'Hospital del Mar; CIBERESP; CIBERSAM; CIBERER; U. Doc. Med Prev i Salut Pública, Parc Mar de Salut-ASPB-UPF; Hospital de Galdakao-Usansolo; Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.*

**Antecedentes/Objetivos:** BiblioPRO es una biblioteca virtual con carácter y metodología científica sobre cuestionarios desarrollados y/o adaptados en castellano sobre resultados percibidos por los pacientes (PRO). El objetivo de este estudio fue identificar y clasificar nuevos instrumentos desarrollados, adaptados y validados en castellano que evalúen los PROs.

**Métodos:** Se utilizó una estrategia de búsqueda con palabras claves y filtro geográfico para limitar la búsqueda a los estudios realizados en España mediante el PubMed/MEDLINE. La revisión sistemática durante el período 2008-2010 se desarrolló en 3 fases: 1) revisión de títulos por pares y resolución de discrepancias con un tercer revisor; 2) revisión de resúmenes, para comprobar si los instrumentos mencionados en el artículo estaban ya incluidos en BiblioPRO; 3) extracción de datos de aquellos resúmenes, cuyos instrumentos no fueron identificados en la biblioteca virtual, en la que participaron 22 investigadores. De cada nuevo instrumento, se extrajo la información necesaria de las principales características de los cuestionarios basadas en la taxonomía: contenido medido, población diana (género, grupo de edad y cultura), categoría específica de enfermedad basada en la CIE-10, modelo de medida (psicométrico, econométrico, clinimétrico), número y tipo de dimensiones y propiedad intelectual.

**Resultados:** Se identificaron 4.830 artículos, de los cuales 1.977 (41%) fueron seleccionados por su título para la revisión de resúmenes. De éstos, se seleccionaron 742 artículos (15%) para su extracción de datos. Finalmente, se identificaron alrededor de cuatrocientos nuevos instrumentos PRO en español. Prácticamente la totalidad de los cuestionarios identificados son específicos de patología, siendo los más

frecuentes aquellos diseñados para pacientes con trastornos mentales, del sistema nervioso y respiratorio. Se presentarán datos del tipo de contenido, población a la que van dirigidos, país de desarrollo y modelo de medida (psicométrico, econométrico, clinimétrico) de los nuevos instrumentos.

**Conclusiones:** El desarrollo de cuestionarios PRO en español ha crecido exponencialmente en estos últimos años. La revisión sistemática BiblioPRO periódica garantiza la identificación de la mayoría de estos instrumentos y facilita la transferencia de conocimiento en evaluación de resultados.

Financiación: CIBERESP (EST003), FIMIM - Recercaixa (2010ACUP 00158), AGAUR (2009 SGR 1095), ISCIII-Río Hortega (CM 10/00099).

## 248. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS PARA MEJORAR EL AUTOMANEJO DE LA DIABETES POR PARTE DE LA POBLACIÓN SOCIALMENTE VULNERABLE

I. Ricci-Cabello, I. Ruiz-Pérez, M. Rodríguez-Barranco, G. Pastor Moreno, J. Bolívar Muñoz

*Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Escuela Andaluza de Salud Pública; Health Services and Policy Research Group, Universidad de Oxford.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las importantes desigualdades sociales observadas en la diabetes han sido principalmente atribuidas a la dificultad de los colectivos vulnerables en el automanejo de su enfermedad. Ello ha propiciado el desarrollo de intervenciones psicoeducativas, con el objetivo de dotar a los pacientes de los conocimientos y habilidades necesarias para poder controlar su enfermedad exitosamente. No obstante, aunque es conocida la efectividad de este tipo de acciones en la población general, existe escasa evidencia acerca su efectividad en los grupos socialmente desfavorecidos. El objetivo de este trabajo es identificar, caracterizar y evaluar la efectividad de dichas intervenciones.

**Métodos:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura, realizándose una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos bibliográficas, incluyendo Medline, Embase y CINAHL. Se seleccionaron los estudios que evaluaban la efectividad de intervenciones psicoeducativas llevadas a cabo por el sistema sanitario dirigidas a mejorar el automanejo de la diabetes en población socialmente vulnerable. Se extrajo información sobre las características principales de las intervenciones y se evaluó la calidad metodológica de los estudios. La efectividad de las intervenciones se evaluó a través del metanálisis (modelo de efectos fijos) del efecto de las intervenciones en la hemoglobina glicosilada (HbA1c).

**Resultados:** Se identificaron 45 estudios (30 ensayos clínicos aleatorizados y 15 estudios cuasiexperimentales; 4 de alta calidad metodológica, 19 media y 22 baja). La mayoría de las intervenciones se realizaron a partir del año 2000, principalmente en EEUU (80%), presentaron una duración muy variable (desde un día hasta dos años) y estuvieron dirigidas a grupos étnicos minoritarios y/o personas de clase social baja. Se incluyeron 15 ensayos clínicos en el metanálisis, aportando 1.644 participantes. Respecto a los valores basales, el valor medio de HbA1c en el grupo intervención disminuyó tanto al finalizar la intervención (-0,50, IC95% = -0,73; -0,28) como a los tres meses de su finalización (-0,63, IC95%: -0,93; -0,33). En el grupo control no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Las intervenciones psicoeducativas mejoran la capacidad de automanejo de la diabetes en poblaciones socialmente vulnerables, por lo que es recomendable su implementación para disminuir la enorme brecha en salud que experimentan dichas personas.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (PS09/00747). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PI-0152).

## 363. VALIDACIÓN EN POBLACIÓN GENERAL DE UNA MEDIDA DE BIENESTAR MENTAL: LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL WARWICK-EDINBURGH MENTAL WELL-BEING SCALE (WEMWBS)

P. Castellvi, C. García-Forero, M. Codony, G. Vilagut, P. Brugulat, A. Mompart, R. Tresserras, M. Ferrer, J. Alonso

*IMIM-Institut de Recerca de l'Hospital del Mar; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universitat Pompeu Fabra; Departament de Salut (GENCAT).*

**Antecedentes/Objetivos:** Existe un creciente interés respecto a la evaluación de la salud mental positiva como indicador de salud poblacional. El Warwick-Edinburgh Mental Well-being scale (WEMWBS) es un instrumento que evalúa bienestar tanto desde una perspectiva hedónica (felicidad subjetiva y satisfacción vital) como eudaimónica (funcionamiento psicológico y autorrealización). Se realizó la adaptación y la validación preliminar del WEMWBS en una muestra de estudiantes. El objetivo de nuestro estudio fue realizar la validación de la versión española del WEMWBS en una muestra representativa de la población general.

**Métodos:** El WEMWBS consta de 14 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert, la puntuación total oscila entre 14 y 70 puntos y se realiza a partir de un sumatorio del total de los ítems, a mayor puntuación mayor bienestar. Se analizaron datos de la submuestra de mayores de 14 años de la Encuesta de Salud de Cataluña, año 2011 (n = 1.900). Se evaluó la estructura factorial del WEMWBS mediante análisis factorial confirmatorio así como la distribución de las respuestas, la consistencia interna y la validez de constructo con los cuestionarios EuroQoL (EQ-5D), el General Health Questionnaire (GHQ-12) y el estado de salud percibido.

**Resultados:** La muestra presentaba una media de edad de 46 (DE = 18,4) años con un 50,2% de mujeres. El modelo unifactorial presentó un ajuste adecuado (RMSEA = 0,08, CFI = 0,97, TLI = 0,96, SRMR = 0,041) en la muestra de validación cruzada (n = 934). La distribución de las respuestas fue asimétrica, entre el 21,4% y el 68,9% respondió "Siempre", aunque el efecto techo (70 puntos) del WEMWBS fue sólo del 6,4%. El alfa de Cronbach fue de 0,93. La puntuación del WEMWBS se asoció moderadamente con la calidad de vida (EQ-5D) (r = 0,34; p < 0,001) y con el estado de salud mental (GHQ-12) (r = -0,38; p < 0,001), y presentó un gradiente lineal con un mejor estado de salud percibido [Media(DE) Mala = 43,8 (12,0); Regular = 53,7(9,7); Buena = 58,9 (8,1); Muy buena = 60,7 (6,8); Excelente = 63,7 (6,4);(p de tendencia lineal < 0,001)].

**Conclusiones:** La versión española del WEMWBS en una muestra representativa de la población general de Catalunya presenta una buena fiabilidad y su contenido se adecua a la estructura unidimensional de la escala para evaluar el bienestar, siendo comparable con su versión original inglesa.

Financiación: Subdirecció General de Drogodependències, Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, FIMIM-Recercaixa (2010ACUP 00158), AGAUR (2009 SGR 1095)-Generalitat de Catalunya.

## 105. EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN EL SISTEMA SANITARIO PARA LA DEPRESIÓN MAYOR EN POBLACIONES DESFAVORECIDAS

I. Ruiz Pérez, A. Rojas García, I. Ricci Cabello, G.J. Rodríguez

*Escuela Andaluza de Salud Pública, España; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España; Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Oxford, Reino Unido; Hospital Universitario Puerta del Mar, Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Cádiz, España.*

**Antecedentes/Objetivos:** El propósito de este estudio es examinar la calidad metodológica y la efectividad de las intervenciones, dentro

del sistema sanitario, dirigidas al trastorno depresivo mayor en poblaciones desfavorecidas.

**Métodos:** Se consultaron bases de datos como PubMed, Ovid, CINAHL, Embase, Current Contents Connect y Cochrane Library entre otras hasta marzo de 2010. Fueron recuperados 23 artículos que describieron un total de 25 intervenciones (dos artículos describieron dos intervenciones cada uno).

**Resultados:** Veinte intervenciones utilizaron una aproximación terapéutica mientras que cinco fueron preventivas. De las 20 intervenciones terapéuticas, 6 estuvieron basadas en la terapia cognitivo-conductual, 3 en terapia farmacológica, 6 en la combinación de diferentes estrategias, 3 en terapia Interpersonal, una en terapia familiar y una en otras terapias. De las 5 intervenciones preventivas específicamente dirigidas a prevenir la aparición del trastorno depresivo mayor, cuatro (dos basadas en terapia Interpersonal, una en la terapia cognitivo-conductual y una en otras terapias) estaban dirigidas a mujeres embarazadas, mientras la intervención restante se dirigió a adultos mayores viviendo en zonas rurales (otras terapias). 18 intervenciones mostraron ser efectivas, 2 parcialmente efectivas y 5 inefectivas.

**Conclusiones:** La mayoría de las intervenciones estuvieron dirigidas a poblaciones con bajo estatus socioeconómico, minorías étnicas o poblaciones que compartían ambas desventajas. Las intervenciones más efectivas fueron aquellas dirigidas a minorías étnicas. Las intervenciones preventivas tuvieron una efectividad menor que las terapéuticas.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III y Fondos FEDER (CTS-177).

#### 471. GRADO DE ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA

V. García Román, C.O. Villanueva Ruiz, F.J. Conesa Peñuela, J.L. Mendoza García, R. Camargo Ángeles, P. García Shimizu, A. Rincón Carlavilla, J. Sánchez Payá

Unidad de Epidemiología, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante.

**Antecedentes/Objetivos:** Las infecciones de localización quirúrgica (ILQ) son la causa más frecuente de infección asociada a los cuidados de salud (IACS) en nuestro centro. La realización de una adecuada profilaxis antibiótica quirúrgica (PQ) es uno de los pilares básicos de los programas de prevención de este tipo de infecciones. El objetivo de este trabajo es cuantificar el grado de adecuación de la PQ en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio observacional de tipo cohortes prospectivas. Los sujetos a estudio son pacientes a los que se les realizó una intervención quirúrgica entre los días 16 y 30 de junio de 2011, que permanecieron ingresados durante 24 o más horas tras su realización, y que se dispuso de la documentación clínica necesaria para conocer la PQ administrada. Se incluyeron 453 pacientes que fueron seguidos durante un periodo máximo de 72 horas tras el procedimiento. Para evaluar la adecuación, se utilizaron como referencia los Protocolos de PQ aprobados por la Comisión de Infecciones. Para cuantificar el grado de adecuación se han utilizado dos indicadores: la adecuación global del uso de la PQ (cuando no estando indicada no se ha realizado y cuando estando indicada, su realización ha sido correcta por elección, inicio y duración), y la adecuación de la realización de la PQ estando indicada (cuando ha sido correcta por elección, inicio y duración). Para cuantificar ambos indicadores, se ha calculado el porcentaje de adecuación con sus intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** La adecuación global del uso de la PQ (n = 453) fue del 57,6% (52,9-62,2), oscilando según servicios entre el 92,9% y el 9,5%. La adecuación de la realización de la PQ estando indicada (n = 272) fue del 61,4% (55,3-67,2), oscilando según servicios entre el 92,3% y el 5,6%. La

utilización global de la PQ (n = 453) se distribuyó de la siguiente manera: no indicada y no realizada el 20,8%, no indicada y realizada (sobresu) el 11,0%, indicada y no realizada (infrauso) el 8,2% e indicada y realizada el 60,0%. En los 105 pacientes en los se realizó de manera inadecuada la PQ estando indicada, los motivos de inadecuación fueron los siguientes: 11,4% por elección, 4,8% por inicio, 61,0% por duración, 16,2% por elección + duración, 4,8% por inicio + duración y el 1,9% por elección + inicio + duración.

**Conclusiones:** La colaboración de todos los profesionales implicados en la atención a estos pacientes es fundamental para ir mejorando de manera progresiva el grado de adecuación de la PQ, dado que esta es una de las recomendaciones de eficacia probada para disminuir la frecuencia de las ILQ.

#### 514. GRIPE PANDÉMICA FRENTE A POSPANDÉMICA: ¿MISMA UTILIZACIÓN DE RECURSOS?

O. Garín, M. Galante, M. Hollmann, E. Sicuri, F. Cots, A. García-Altés, M. Ferrer, A. Domínguez, J. Alonso

CIBERESP; UPF; IMIM-Institut de Recerca Hospital del Mar; CRESIB; Parc de Salut Mar; AIAQS; UAB; UB.

**Antecedentes/Objetivos:** Aunque la gripe es una causa importante de morbi-mortalidad y una de las enfermedades de máxima relevancia para la gestión sanitaria, existe poca evidencia sobre la utilización real de recursos sanitarios y sociales. El objetivo del estudio fue describir el uso de estos recursos por parte de pacientes hospitalizados y ambulatorios durante la onda pandémica y post-pandémica en España, y comparar ambos períodos para evaluar el posible efecto de alarma.

**Métodos:** Estudio multicéntrico longitudinal descriptivo de pacientes hospitalizados y ambulatorios con diagnóstico confirmado de gripe. Se realizó una evaluación basal tras el reclutamiento, y otra evaluación de seguimiento una vez el paciente se había recuperado. Además de la información sociodemográfica y clínica, se preguntó sobre la utilización de recursos sanitarios y solicitud de la incapacidad laboral temporal debida a la gripe.

**Resultados:** Durante la pandemia (PAND) se siguió a 264 pacientes hospitalizados y 215 ambulatorios; en la onda posterior (POST) a 132 y 175, respectivamente. De los hospitalizados en ambas ondas, alrededor del 30% eran menores de 17 años, y aproximadamente un 45% mujeres. El 7% (PAND) y el 20% (POST) de los hospitalizados estuvo en UCI durante una media de 8,2 (5,0) y 11,5 (15,2) días. La estancia en planta de estos pacientes fue de 12,3 (14,9) y 9,5 (11,0) días durante PAND y POST, respectivamente; y la del resto de los hospitalizados de 6,5 (6,1) y 7,0 (6,6) días. El 45,3% (PAND) y 37,7% (POST) de los hospitalizados estaban trabajando y de éstos el 99 y 93% solicitaron la incapacidad temporal, durante una media de 31 (37) y 38 (27) días en PAND y POST, respectivamente. Un 25% (PAND) y un 35% (POST) de los pacientes ambulatorios eran menores de 17 años, y entre el 50 y el 57% mujeres. La utilización de servicios sanitarios realizada por los pacientes ambulatorios fue muy heterogénea en las dos ondas. El 94% (PAND) y el 82% (POST) de los ambulatorios que trabajaban (64,9% y 68,0% en cada onda) tuvieron que solicitar la incapacidad temporal, durante una media de 11 (12) y 7 (45) días.

**Conclusiones:** Al contrario de lo esperado, no se encontraron grandes diferencias en la utilización de recursos sanitarios y sociales entre la onda pandémica y la siguiente. Las más destacables indican mayor uso por parte de los pacientes hospitalizados durante la onda post-pandémica; y menor acceso a la incapacidad laboral temporal en los ambulatorios durante el mismo período. Actualmente estos resultados están siendo analizados teniendo en cuenta la gravedad de la infección y factores sociales.

Financiación: Investigación Comisionada ISCIII GR09/0026.

## 565. FORMACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA: PREFERENCIAS Y PERCEPCIONES DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

M. Aldea, G. Mena, A.L. García-Basteiro, A. Llujià, V.G. Sequera, C. Velasco, A. Vilajeliu, A. Trilla

*Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** Existen diversos factores que juegan un papel importante a la hora de elegir especialidad médica, intrínsecos a la persona, como el sexo, o extrínsecos, como el contenido intelectual de la especialidad, el prestigio profesional y la calidad de vida que puede proporcionar la especialidad en cuestión. El objetivo del presente estudio es describir las preferencias de especialidad de los estudiantes de medicina, así como analizar su percepción sobre el nivel de calidad de vida y prestigio profesional de cada una de ellas.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo realizado en octubre de 2010. Los estudiantes asistentes a clases de los seis cursos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona completaron un cuestionario autoadministrado en el que se les preguntaba qué especialidad elegirían en ese momento y cuáles eran las tres especialidades que ellos percibían con mayor prestigio, menor prestigio, mejor calidad de vida y peor calidad de vida.

**Resultados:** De los 979 alumnos matriculados en el curso 2010-11, 538 asistentes a clase fueron invitados a participar. Se obtuvo una participación del 76,4% (411/538), con una media de edad de 20,4 años (DE 2,3). El 74,6% (305/410) fueron mujeres. Las tres especialidades más deseadas entre los estudiantes fueron, por orden de puntuación: Pediatría, Medicina Interna y Cardiología. Dentro de las especialidades más deseadas, las puramente médicas se posicionan como favoritas frente a las quirúrgicas o médico-quirúrgicas, de manera más acusada en las mujeres. Las 3 especialidades consideradas como las de mejor calidad de vida fueron Dermatología, Cirugía Plástica y Oftalmología; y entre las consideradas con peor calidad de vida, destacan Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria y Cirugía General. En cuanto al prestigio de la especialidad, las mejor consideradas fueron Neurocirugía, Cirugía Cardiovascular y Cardiología, y las peor consideradas, Medicina Familiar y Comunitaria, Hidrología Médica y Bioquímica Clínica.

**Conclusiones:** Las preferencias de los estudiantes de medicina se centran en las especialidades clásicamente hospitalarias, médicas o quirúrgicas, dejando de lado las consideradas como menos prestigiosas, que principalmente son especialidades de laboratorio, escuelas médicas y Medicina Familiar y Comunitaria. Se deben invertir esfuerzos para favorecer las condiciones para que los estudiantes de medicina muestren interés por especialidades en este momento impopulares, y con alta importancia en el Sistema Sanitario.

## 421. VARIABILIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Malo, M.J. Lallana, C. Feja, J.M. Abad, J. Armesto, M.J. Rabanaque

*Universidad de Zaragoza; Servicio Aragonés de Salud; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; DG de Planificación, Gobierno de Aragón.*

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo de este estudio es conocer la variabilidad entre zonas de salud de Aragón en los indicadores que describen el uso de antibióticos y comparar ésta con la variabilidad existente entre sectores sanitarios.

**Métodos:** Estudio ecológico, transversal del consumo extrahospitalario de antibióticos (grupo farmacológico J01) durante el 2008, en el que se incluyeron las 121 zonas de salud de Aragón, organizadas en 8 sectores sanitarios. La fuente de datos fue el Sistema de Información de Consumo Farmacéutico de la Comunidad de Aragón. Se calculó para

cada sector y zona de salud el número de DDDs (Dosis Diarias Definidas) de cada antibiótico, así como los indicadores de utilización de antibióticos desarrollados por el proyecto europeo ESAC. También se calculó la Razón de Variabilidad (RV) y el Coeficiente de Variación Ponderado (CVw) de dichos indicadores por zona de salud o por sector.

**Resultados:** Los indicadores de utilización de antibióticos desarrollados por ESAC que presentaron mayor variabilidad por zona de salud fueron: la utilización de penicilinas de espectro reducido (media 0,39%; CVw = 0,91), el porcentaje de utilización de cefalosporinas de 3ª y 4ª generación (media 2,10%; RV = 64,23; CVw = 0,65) y la ratio del consumo de penicilinas, macrólidos y cefalosporinas de amplio espectro respecto a los de espectro reducido (media 54,88; RV = 30,62; CVw = 0,77). La utilización de penicilinas en asociación mostró la menor variabilidad: la media fue del 37,64% de todas las DDDs prescritas de antibióticos, la RV entre las zonas fue de 3,42 y su CVw de 0,17. El uso de fluoroquinolonas también presentó una variabilidad pequeña (media 9,77%; RV = 6,21; CVw = 0,19). Respecto a la utilización de los antibióticos comercializados más recientemente, los valores estuvieron entre 1,19% y 9,97%. Este indicador presentó una variabilidad discreta con un CVw = 0,35. La comparación de dichos estadísticos con los hallados para los sectores sanitarios muestra que la variabilidad es, en todos los casos, superior para las zonas de salud. La ratio en DDDs del consumo de antibióticos de amplio espectro con respecto a los de bajo espectro muestra un valor mínimo de 7,7 y uno máximo de 236,3 para las zonas de salud, mientras que en el caso de los sectores el rango es 28,5-64,1.

**Conclusiones:** Los indicadores de utilización de antibióticos en Aragón muestran que el uso de antibióticos de amplio espectro y/o en asociación es frecuente. Las mayores diferencias entre zonas de salud se observan en la utilización de penicilinas de espectro reducido, de cefalosporinas de 3ª y 4ª generación y en la ratio del consumo de antibióticos de amplio espectro respecto a los de espectro reducido.

## 546. EUPRIMECARE. MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, GASTOS, SATISFACCIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD

S. García-Pérez, M.A. Martín, V. del Pino, A. Albertos, J. Prado, C. Segovia, A. Sarria

*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; ISCIII.*

**Antecedentes/Objetivos:** No hay una relación perfectamente establecida entre los modelos de atención primaria (AP), calidad y costes. El objetivo de este trabajo es proporcionar un análisis descriptivo de los gastos de AP en Europa, así como para hacer comparaciones entre países de acuerdo con las características estructurales y funcionales, y evaluar la asociación con la satisfacción de la población.

**Métodos:** El gasto en salud per cápita en AP ajustado por paridad de poder adquisitivo (PPA) se estimó para el año 2008 para los 7 países del proyecto Euprimicare. Los modelos de AP de esos países se clasificaron teniendo en cuenta las características financieras, regulatorias, y de organización previamente definidas para estos países. De forma paralela se encuestó a una muestra aleatoria de la población de cada uno de los países del consorcio EUPRIMECARE para investigar la satisfacción con los servicios de AP, la utilización de los mismos y la auto-percepción de su estado de salud.

**Resultados:** El gasto per cápita en el AP ajustado por PPA en dólares americanos varió desde 571 en Finlandia a 91 en Hungría. Los países con sistema nacional presentaron un gasto medio un 157% mayor que aquellos con sistemas con seguridad social. El gasto medio en los países en los que todas las instalaciones son privadas fue un 44% más bajo. Los sistemas de AP organizados en redes asistenciales integradas mostraron un aumento en el gasto del 234%. Por otra parte, en los sistemas de AP que no utilizan salarios como forma de pago a los profesionales los gastos fueron un 52% más bajos que aquellos en los que los salarios

son la principal forma de pago. La satisfacción general con los servicios de AP fue de 4,39, 4,38, 4,27, 3,93, 3,88, 3,77 y 3,57 para Hungría, Italia, Estonia, España, Finlandia, Lituania y Alemania, respectivamente. La percepción subjetiva del estado de salud fue del 2,77, 2,65, 2,60, 2,38, 2,27, 2,26 y 2,09 para Estonia, Lituania, Hungría, Italia, Finlandia, Alemania y España, respectivamente.

**Conclusiones:** Algunas de las características estructurales y funcionales de AP en Europa podrían estar influyendo en el gasto. Se llevarán a cabo análisis posteriores con el fin de encontrar los determinantes y las consecuencias de las variaciones en los gastos de AP. Sin embargo estos resultados preliminares muestran una falta de asociación directa entre el gasto en AP, con la satisfacción de la población o con la auto percepción de la salud.

Financiación: 7ª Programa Marco de la UE.

### 188. ALERTAS ATENDIDAS POR EL SISTEMA DE ALERTA RÁPIDA EN SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑOS 2007-2011

C. Ibáñez, S. Fernández, M.J. Dominguez, I. Méndez, M.A. López

*Subdirección Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** En junio de 2003 se puso en marcha en la Comunidad de Madrid (CM) el Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública (SARSP). Este sistema es responsable de la actuación inmediata ante las alertas de salud pública que ocurren fuera del horario laboral habitual todos los días del año, con el objetivo de garantizar la continuidad de la atención a las alertas de la CM. Cada equipo de alertas lo forma un Jefe de Servicio y 3 técnicos: médico, farmacéutico y veterinario. Estos equipos reciben las notificaciones de las alertas realizadas por los profesionales sanitarios y otros a través del 061, y proceden a su confirmación, valoración, investigación y adopción de las medidas urgentes de prevención y control. Las alertas son clasificadas en epidemiológicas, alimentarias, ambientales y otras alertas. Una particularidad del sistema es la atención de alertas derivadas de riesgos alimentarios o ambientales, sin afectados, que requieren intervención inmediata para evitar el daño. El objetivo de este estudio es caracterizar las alertas atendidas por el sistema en los últimos 5 años.

**Métodos:** Estudio descriptivo de las alertas atendidas en los años 2007 a 2011 por el SARSP utilizando la información de la aplicación de alertas de la CM. Los datos se analizan con la herramienta Proclarity R. Se ha excluido la pandemia de gripe de 2009 por considerarla situación excepcional para este análisis.

**Resultados:** En el periodo de estudio se han recibido en el SARSP 655 alertas, con un rango de 80 a 214 alertas/año; éstas suponen el 26% del global de alertas de la C.M. El número mayor de notificaciones son de alertas epidemiológicas con 550 alertas (84%) seguidas por otras alertas 58 (8%), alertas alimentarias 37 (5,6%) y alertas ambientales 10 (1,5%). Dentro de las alertas epidemiológicas las más notificadas son las EDOs urgentes 315 (57%), seguidas de los brotes 97 (17,6%). Los brotes de origen alimentario 65 (10%) y, entre estos, los de origen colectivo 46 (7%) son los más frecuentes seguidos por los brotes no alimentarios 30 (31%) entre los mismos son reseñables 14 brotes de GEA (2,1%). Las notificaciones han sido realizadas por Atención primaria 22,8%, Atención especializada 38,7% y otros notificadores 38%.

**Conclusiones:** Desde su creación el SARSP es conocido y utilizado por el sistema sanitario para la notificación de alertas fuera del horario laboral, ha atendido el 26% del total de alertas de la CM en el periodo de estudio. No se han observado grandes variaciones anuales en el número de alertas atendidas, salvo en situaciones de brotes comunitarios, como ha ocurrido en 2011 a causa del sarampión. El SARSP se ha mostrado como un sistema sensible y necesario para la detección y control de las alertas de la CM.

### 127. PLAN PARA LA VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DE LAS OLAS DE CALOR. ¿HA DISMINUIDO EL IMPACTO DE LAS TEMPERATURAS EXTREMAS SOBRE LA MORTALIDAD EN LA CIUDAD DE MADRID?

D.R. Culqui, C. Linares, F. Simón, A. Tobías, J. Díaz

*Programa de Epidemiología Aplicada al Campo, PEAC-CNE, ISCIII; Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer, CNE, ISCIII; Centro Nacional de Epidemiología CNE, ISSCIII; Instituto de Diagnóstico Ambiental y Estudios del Agua, CSIC; Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII.*

**Antecedentes/Objetivos:** Numerosos estudios en Europa han mostrado un incremento en el número de muertes atribuidas al exceso de temperatura durante el verano de 2003. Como consecuencia, a partir de 2004 en varios países incluido España, se implementaron planes para la vigilancia y control de los efectos de las olas de calor (PVCEOC) a fin de minimizar los impactos de las altas temperaturas sobre la salud. En Madrid se estimó un exceso de mortalidad del 12%. El objetivo es evaluar si la puesta en marcha del PVCEOC ha reducido el impacto de la mortalidad atribuible al calor extremo en la ciudad de Madrid.

**Métodos:** Diseño ecológico de series temporales para el periodo de estudio 1990-2009. La mortalidad diaria (CIE X: A00-R99) fue proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística. Se utilizó la temperatura máxima diaria del observatorio de Madrid Retiro suministrada por la Agencia Estatal de Meteorología. Estudios previos identificaron una temperatura umbral de disparo de la mortalidad de 36,5 °C. Se cuantificó el exceso de mortalidad atribuida al calor extremo a partir de dos métodos. En primer lugar, se utilizaron modelos ARIMA univariados para determinar la mortalidad diaria esperada y se calculó el exceso de mortalidad como la diferencia entre la mortalidad observada y la esperada. Asimismo, se utilizó un modelo ARIMA multivariado con la temperatura máxima diaria como variable externa, para determinar el impacto de las temperaturas superiores a 36,5 °C sobre la mortalidad diaria total.

**Resultados:** No se detectó una disminución del exceso de mortalidad atribuible al calor antes y después de la implementación del PVCEOC en Madrid. Tampoco se observó una disminución significativa en el impacto de las altas temperaturas sobre la mortalidad después del año 2003.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio apuntan a que no puede afirmarse que la puesta en marcha del PVCEOC se haya traducido en una disminución de la mortalidad atribuible a las altas temperaturas en la ciudad de Madrid.