

MESA ESPONTÁNEA

Epidemiología del consumo de alcohol y sus consecuencias

Jueves, 5 de septiembre de 2013. 08:30 a 10:30 h
Aula 6

Moderan: Iñaki Galán y Joan Ramón Villalbí

263. PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL Y OBESIDAD ABDOMINAL EN ESPAÑA

J. Donado Campos, L.M. León Muñoz, I. Galán, J.L. Valencia Martín, P. Guallar Castellón, F. Rodríguez Artalejo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPaz; CIBERESP; Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La relación entre el consumo de alcohol y la obesidad abdominal es inconsistente en la literatura. Además, la mayoría de los estudios sólo han considerado el consumo regular de alcohol. Este trabajo examina la asociación entre los principales patrones de consumo de alcohol y la frecuencia de obesidad abdominal en España.

Métodos: Estudio transversal realizado en el periodo 2008-2010 con 8689 personas representativas de la población española de 18 a 64 años. El consumo habitual de alimentos y bebidas se obtuvo mediante historia de dieta. Se clasificó a los sujetos según el consumo regular de alcohol (umbral entre el consumo moderado y excesivo: 40 g/d en hombres y 24 g/d en mujeres) y la presencia de binge-drinking (BD), definido como la ingesta de ≥ 80 g de alcohol en hombres y ≥ 60 g en mujeres en una sesión de bebida en los últimos 30 días. Se definió obesidad abdominal como circunferencia cintura > 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres. Los análisis se realizaron mediante regresión logística, y ajustaron por sexo, edad, nivel de estudios, tipo de actividad física, ingesta de energía y adherencia a la dieta mediterránea (escala MEDAS).

Resultados: En comparación con los no bebedores, los bebedores moderados tenían menor frecuencia de obesidad abdominal, tanto en los no binge drinkers (OR 0,80; IC95% 0,71-0,91) como en los binge drinkers (OR 0,70; C 95% 0,535-0,94). En cambio, los bebedores excesivos sin binge-drinking mostraron mayor frecuencia de obesidad abdominal (OR 1,38; IC95% 1,06-1,80); resultados similares se observaron también en los bebedores excesivos con binge drinking (OR 1,52; IC95% 0,90-2,54). Los resultados no se modificaron sustancialmente en análisis estratificados por sexo. No se ha encontrado una asociación del tipo preferente de bebida consumida o del consumo de alcohol con las comidas con la obesidad abdominal.

Conclusiones: El consumo moderado de alcohol se asocia inversamente con la obesidad abdominal, mientras que el excesivo se asocia de forma directa. El binge drinking no parece modificar la asociación del consumo regular de alcohol con la obesidad abdominal.

302. PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL Y CALIDAD DE LA DIETA EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

L.M. León Muñoz, I. Galán, J.L. Valencia Martín, P. Guallar Castellón, F. Rodríguez Artalejo

CIBERESP; Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPaz; Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Examinar la asociación de los patrones de consumo de alcohol con la calidad de la dieta en España.

Métodos: Estudio transversal en 9375 personas representativas de la población española de 18-64 años. El consumo habitual de alimentos y bebidas se obtuvo mediante historia de dieta. Se clasificó a los sujetos según el consumo regular de alcohol (umbral entre el consumo moderado y excesivo: 40 g/d en hombres y 24 g/d en mujeres) y la presencia de binge-drinking (BD), definido como la ingesta de ≥ 80 g de alcohol en hombres y ≥ 60 g en mujeres en una sesión de bebida en los últimos 30 días. La calidad de la dieta se valoró mediante la adherencia a la dieta mediterránea (DM), valorada con la escala MEDAS sin el ítem de alcohol; se definió adherencia a DM si MEDAS ≥ 6 puntos. También se valoró mediante la adecuación nutricional, definida como $\geq 4,5$ puntos en la escala OmniHeart. Además, mediante análisis factorial se identificaron dos patrones dietéticos: occidental (PO) y mediterráneo (PM). La asociación de los patrones de consumo de alcohol con los indicadores de calidad de dieta se estimó mediante odds ratios (OR) e intervalos de confianza 95% (IC95%) obtenidos mediante regresión logística, con ajuste por variables sociodemográficas y de estilo de vida.

Resultados: En comparación con los nunca bebedores, el consumo moderado de alcohol sin BD se asoció tanto con el PO (OR 1,36; IC95% 1,20-1,55) como con el PM (OR 1,50; IC95% 1,34-1,68). El consumo excesivo de alcohol se asoció con menor adecuación nutricional, tanto en los no BD (OR 0,63; IC95% 0,49-0,81) como en BD (OR 0,72; IC95% 0,43-1,19); además, el consumo excesivo sin BD se asoció de forma directa con el PO (OR 1,37; IC95% 1,05-1,79) y de forma inversa con el PM (OR 0,75; IC95% 0,58-0,96). No se observó asociación entre el patrón de consumo de alcohol y la adherencia a la DM. La preferencia por el consumo de vino se asoció a mayor adherencia a la DM (OR 2,02; IC95% 1,63-2,51) y mejor adecuación nutricional (OR 1,22; IC95% 1,02-1,45). La preferencia por la cerveza también se asoció a mayor adherencia a la DM (OR 1,52; IC95% 1,25-1,84).

Conclusiones: El consumo excesivo de alcohol, con o sin BD, se asoció a peor calidad de la dieta. La preferencia por el vino o la cerveza se asoció a mejor calidad de la dieta.

524. CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAS DE 50 A 64 AÑOS EN 18 PAÍSES DE EUROPA

M. Bosque-Prous, A. Espelt, A.M. Guitart, J.R. Villalbí, M. Bartroli, M.T. Brugal

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de epidemiología y salud pública; Red de Trastornos Adictivos.

Antecedentes/Objetivos: Estimar las prevalencias de binge drinking, consumo de riesgo, y problemas relacionados con el consumo de alcohol en personas entre 50 y 64 años residentes en 18 países europeos y analizar las variables asociadas con ese consumo.

Métodos: Estudio de diseño transversal, partiendo de los datos de las encuestas del proyecto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) realizadas entre 2011-2012. La población de estudio fueron las personas entre 50 y 64 años residentes en 18 países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, España, Estonia, Francia, Grecia, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Polonia, Portugal, República Checa, Suecia y Suiza) [n = 30.876]. Las variables dependientes del estudio fueron: consumo habitual de riesgo (más de 2 copas en mujeres o 3 en hombres, 5 o más días a la semana), binge drinking (6 o más copas en una ocasión durante último mes) y auto-notificación de problemas con el alcohol; las independientes fueron sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, procedencia y salud autopercebida. Se estimaron las prevalencias de las variables dependientes para cada país, separando por sexo, y por las variables independientes. Para ver qué factores se asociaban a cada una de las variables dependientes se realizaron distintos modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, obteniendo razones de prevalencia (RP) con intervalos de confianza al 95%.

Resultados: El 8,8% (IC95%: 8,3-9,2) de los participantes presentaban un consumo medio de alcohol de riesgo, el 12,1% (IC95%: 11,6-12,7) binge drinking y el 4% (IC95%: 3,6-4,3) problemas con el alcohol, observándose para todas las variables una prevalencia significativamente superior en los hombres. También se encontraron diferencias entre países: la prevalencia del consumo medio de alcohol de riesgo en hombres variaba entre 3,4% (IC95%: 1,0-5,7) en Suecia y 21,2% (IC95%: 13,9-28,6) en Portugal. Se observó una correlación lineal significativa ($r = 0,652$; $p = 0,006$) entre el binge drinking y los problemas con el alcohol en mujeres. Para el resto de variables y en los hombres no se observó ninguna correlación lineal. Se observó una asociación entre el consumo de riesgo de alcohol y estar desempleado en ambos sexos [RP = 1,38 (IC95%: 1,11-1,71) en hombres; RP = 1,43 (IC95%: 1,03-1,99) en mujeres]. En cambio, la relación entre el binge drinking y el desempleo sólo se observó en hombres [RP = 1,41 (IC95%: 1,2-1,65)].

Conclusiones: En Europa, las prevalencias del consumo de riesgo, binge drinking y problemas relacionados con un consumo excesivo son elevadas, con diferencias entre países. A nivel individual, el desempleo está asociado a comportamientos de riesgo relacionados con el alcohol.

525. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN INMIGRANTES Y NATIVOS EN ESPAÑA

L. Sordo, I. Indave, F. Vallejo, G. Molist, G. Barrio, M.J. Bravo

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Hospital Universitario de Móstoles; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; Red de Trastornos Adictivos.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de alcohol (CA) en inmigrantes (IMG) ha sido muy poco estudiado en España. El objetivo es conocer la prevalencia de consumo excesivo episódico (CAEE) y consumo de riesgo (CAR) en IMG de diversos países de origen; los patrones predominantes en inmigrantes y nativos (NAT) y los factores asociados.

Métodos: Se usó la Encuesta Europea de Salud en España (2009) que incluye personas ≥ 16 años. El muestreo fue trietápico (unidades censales, viviendas familiares principales con todos los hogares que pudieran incluir, y un adulto por hogar). Se aplicó cuestionario por ordenador, siendo el CA autoinformado. Se definió CAEE como 6 o más bebidas en una sola ocasión; CAR como > 40 g de alcohol/día (hombre) o > 20 g/día (mujer) en los últimos 12 meses. Se usó la agrupación de países de Naciones Unidas para estadísticas. Se aplicaron técnicas estadísticas bivariadas y regresión logística.

Resultados: Participaron 3.162 IMG y 19.025 NAT. La prevalencia de CAEC y CAR en NAT fue del 10% y 3% respectivamente. En IMG las tasas más altas de ambos indicadores correspondieron a los de EU-Norte (15%; 7% respectivamente) y las más bajas a África (2,7% y 0,5%); destaca el CAEC de los América Latina-Andinos (13%) y el CAR de EU-Oeste (7%). Los factores independientemente asociados al CAEE en IMG y en NAT fueron, respectivamente: varón (OR = 2,1; OR = 3,7), 16-34 años (OR = 2,5; OR = 4,3), o 35-54 (OR = 2,0; OR = 2,6), con estudios universitarios (OR = 2; OR = 1,8) o secundarios (OR = 2,1; OR = 1,4), fumar diariamente (OR = 2; OR = 1,9), usar otras drogas (OR = 2,3; OR = 4,1); en IMG: residir en municipios pequeños (OR = 0,5), vivir solo (OR = 1,6), jubilado/estudiante/labores del hogar (OR = 1,6) y muy expuesto a la violencia (OR = 2,0); en NAT: vivir en el sur (OR = 0,7) o este de España (OR = 0,4) respecto al centro, tener ansiedad/depresión (OR = 0,7). Factores asociados a CAR en IMG y NAT: fumar diariamente (OR = 2,5; OR = 3,2), usar otras drogas (OR = 2,4; OR = 5,1); en IMG: 16-34 años (OR = 0,5) o 35-54 (OR = 0,3),

desempleo (OR = 2,3) y alta exposición a violencia (OR = 2,5); en NAT: residir en el este (OR = 0,4), en municipios pequeños (OR = 1,3), jubilado/estudiante/labores del hogar (OR = 0,7) y con depresión/ansiedad (OR = 0,5).

Conclusiones: En España hay grupos de inmigrantes con prevalencias altas de CA. La alta coincidencia de factores asociados a CA, especialmente a CAEE, en nativos e inmigrantes sugiere que ambos podrían beneficiarse de las mismas intervenciones. En los inmigrantes se debería tener en cuenta la relación entre vivir solo, o estar expuesto a violencia y el CA.

541. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD VIAL RELACIONADAS CON ALCOHOL EN ESPAÑA

B.I. Indave, J. Pulido, L. Sordo, G. Molist, M.J. Bravo, G. Barrio

Hospital Universitario de Móstoles; Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; Red de Trastornos Adictivos.

Antecedentes/Objetivos: En España no se evalúa rutinariamente la efectividad de las políticas para reducir la conducción bajo el efecto del alcohol. El objetivo es mostrar la utilidad para este fin del análisis estratificado de tendencias de mortalidad por accidente de tráfico en conductores (MATC).

Métodos: La tasa de MATC relacionada con alcohol se estimó multiplicando la tasa de MATC por la proporción de MATC con una concentración de alcohol en sangre (CAS) > 0,30 g/l obtenida de una muestra anual de 700-1.700 MATC (44-57% del total). Para comparar tasas entre sexos, en los hombres la MATC se consideró relacionada con alcohol si CAS > 0,50 g/l. Las tendencias de las tasas se caracterizaron con regresión joinpoint midiendo su dirección e intensidad con el porcentaje de cambio anual (PCA). La tendencia de las MCAT relacionadas con alcohol se comparó con la de la tasa de controles de alcoholemia y con la del consumo de alcohol per cápita.

Resultados: En España en 2001-11 la tasa media anual de MATC relacionada y no relacionada con alcohol fue 32,2 y 68,3/millón de conductores, respectivamente. La razón de tasas hombre/mujer fue 11,9 (IC95%: 10,1-14,2) para la primera y 4,6 (IC95%: 4,3-4,9) para la segunda, mientras que la razón > 50 años/14-29 años fue 2,9 (IC95%: 2,6-3,3) y 1,5 (IC95%: 1,4-1,6), respectivamente. Entre 2001 y 2011 se observó una tendencia descendente de las MATC relacionadas con alcohol (PCA = -10,7; IC95%: -7,1 a -14,1) y de las no relacionadas (PCA = -10,5; IC95%: -9,0 a -11,9), con "joinpoints" indicando aceleración del descenso en 2003 en la primera y en 2006 en la segunda. No se observaron diferencias en la tendencia por edad o sexo en las MATC relacionadas con alcohol, pero las no relacionadas descendieron más en mujeres y mayores de 30 años en 2001-06 y en menores de 30 años en 2006-11. La tasa de MATC relacionada con alcohol se correlacionó negativamente con la tasa de controles de alcoholemia ($r = 0,97$, $b = -2,4$, $p < 0,001$), y positivamente con el consumo de alcohol per capita ($r = 0,93$, $b = 11,7$, $p < 0,001$), descendiendo este último más lentamente que las MATC.

Conclusiones: Los resultados sugieren que en 2001-11 las políticas de seguridad vial, incluidas las dirigidas a reducir la conducción bajo los efectos del alcohol, han sido muy efectivas para reducir los accidentes de tráfico mortales. El descenso de los relacionados con alcohol podría deberse en parte al aumento de los controles de alcoholemia, se aceleró con las intervenciones iniciadas en 2003 (cambio del código penal), pero no con las iniciadas en 2006 (carnet por puntos, aumento de penas).

701. EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DEL ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL EN LA RED DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS EN BARCELONA Y CATALUNYA, 1991-2010

J.M. Suelves, J.R. Villalbí, M. Bosque-Prous, A. Espelt, M.T. Brugal

Agència de Salut Pública de Catalunya, Grupo de Trabajo sobre Alcohol (GTOH), Sociedad Española de Epidemiología; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) impulsó la prevención y el tratamiento de los trastornos por uso de drogas ilegales. El PNSD ahora incluye el abordaje de los trastornos por uso de alcohol, y está compilando datos de tratamiento. El objetivo de este trabajo es contribuir al conocimiento de los problemas causados por el alcohol mediante una aproximación a la estimación de las personas que entran en tratamiento especializado por alcohol en la red pública en Barcelona y el conjunto de Cataluña.

Métodos: La Agència de Salut Pública de Catalunya mantiene un sistema de información sobre drogodependencias (SID) que recoge la actividad asistencial ambulatoria de los Centros de Atención y Seguimiento (CAS) de la red de atención a las drogodependencias de financiación pública en Cataluña. La Agència de Salut Pública de Barcelona gestiona el sistema de información sobre drogas de Barcelona (SIDB), que recoge información en los centros de la red de atención a las drogodependencias de financiación pública en la ciudad, con los que contribuye al sistema de información de Cataluña. Se presentan los datos de 1991 a 2010.

Resultados: En Catalunya, el número de admisiones a tratamiento por alcohol notificadas anualmente ha seguido una tendencia ascendente, más estable en los últimos años, donde los casos de alcohol representan anualmente más del 40% del total de inicios en la red de drogodependencias; en 2011 la edad media era de 44 años, y el 23,4% eran mujeres. En Barcelona los inicios de tratamiento por alcohol son unos 2.200 al año. Con los datos de los pacientes residentes en la ciudad (el 91% de los atendidos), se pueden estimar tasas de inicio de tratamiento por edad y sexo. La tasa anual de inicios por 100.000 habitantes mayores de 15 años es de 217 en varones y 67 en mujeres. En los grupos de edad de 35-44 y 45-54 años supera los 300 por 100.000 personas año en varones y es de 100-150 en mujeres.

Conclusiones: Estos datos sugieren que la consolidación de la red de atención a drogas en Catalunya ha permitido abordar la necesidad asistencial por dependencia al alcohol, partiendo de cifras muy inferiores a las actuales. Es probable que las personas con abuso o dependencia del alcohol puedan contar hoy con una oferta de tratamiento mucho más adecuada que en el pasado. Esta información es una aportación relevante, pues apenas existen datos publicados de tratamiento referidos a la población en España. Sería deseable completar esta información en otras Comunidades Autónomas.

816. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL, INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA, ESTANCIAS HOSPITALARIAS, EXCESO DE COSTES Y MORTALIDAD ENTRE PACIENTES QUIRÚRGICOS DE UNA MUESTRA DE 87 HOSPITALES DE ESPAÑA

M. Gili Miner, G. Ramírez Ramírez, J. López Méndez, J. Moreno González, E. Gili Ortiz, J.M. López Millán, D. Franco González

UGC Prevención, Vigilancia y Promoción de la Salud; UGC de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor; UGC de Salud Mental, Complejo Hospitalario de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Hay resultados contradictorios sobre si los problemas relacionados con el consumo de alcohol (PRA) entre los

pacientes hospitalizados aumentan el riesgo de padecer sepsis, sepsis grave y otras infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS), y si ello produce una prolongación de estancias, exceso de costes y mortalidad.

Métodos: Se analizaron los CMBDs de 87 hospitales de España del periodo 2008-2010. Se restringió el estudio a pacientes de 18 o más años de edad de 19 GDRs quirúrgicos con ingreso programado. Se excluyeron pacientes que ingresaron con cualquier tipo de infección, con inmunodepresión o con cáncer, de acuerdo a los criterios de la AHRQ. Se definieron los códigos de la 9ª CIE para los criterios diagnósticos de PRA, sepsis, sepsis grave, IAAS y para las comorbilidades. Los costes se basaron en los datos del M^º de Sanidad por GRDs estratificados según grupos de hospitales. El riesgo de padecimiento de cada IAAS y el de muerte se calcularon mediante análisis de regresión logística, y el exceso de estancias y costes mediante análisis multivariado de la covarianza.

Resultados: Se identificaron 53.170 pacientes que cumplieron los requisitos de inclusión y de exclusión. El padecimiento de PRA aumentó el riesgo de presentar cualquier IAAS (OR: 2,4; LC 95%: 1,9-3,1; $p < 0,0001$) controlando la edad, género, grupo de hospital e Índice de Comorbilidad de Charlson. También se encontró que era factor de riesgo de neumonía, infección de la herida quirúrgica, infección asociada a catéter vascular, infección urinaria, sepsis y sepsis grave. El exceso de días de estancia media por alta en IAAS con PRA vs IAAS sin PRA fue de 2,6 días. El exceso de coste medio por alta en IAAS con PRA vs IAAS sin PRA fue de 2.626 euros. El exceso de estancias y de costes varió ostensiblemente según el tipo de IAAS, el tipo de PRA y el GRD quirúrgico. La presencia de PRA aumentó el riesgo de muerte en los pacientes con y sin IAAS.

Conclusiones: Se analizan las ventajas y limitaciones del CMBD, de la validez de los códigos de la CIE en los diagnósticos de IAAS y PRA, de los criterios de inclusión/exclusión de la AHRQ, y de las innovaciones en los códigos de sepsis grave. Se comparan con las experiencias de otros grupos que han empleado metodologías similares. También se revisa el potencial de aplicabilidad en vigilancia epidemiológica y prevención que se deduce de los resultados del estudio.

818. REINGRESOS NO PROGRAMADOS, PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL, ESTANCIAS, COSTES Y MORTALIDAD ENTRE PACIENTES QUIRÚRGICOS DE UNA MUESTRA DE 87 HOSPITALES DE ESPAÑA

M. Gili Miner, G. Ramírez Ramírez, J. López Méndez, J. Moreno González, E. Gili Ortiz, J.M. López Millán, J. Sala Turrens

UGC Prevención, Vigilancia y Promoción de la Salud; UGC de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor; UGC de Documentación Clínica, Complejo Hospitalario de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del estudio fue analizar si los problemas relacionados con el consumo de alcohol (PRA) entre los pacientes hospitalizados aumentaron el riesgo de reingresos hospitalarios urgentes (no programados), si ello produjo una prolongación de estancias, exceso de costes y mortalidad, y si hubo diferencias según el tipo de PRA.

Métodos: Se analizaron los CMBDs de 87 hospitales de España del periodo 2008-2010. Se restringió el estudio a pacientes de 18 o más años de edad que sufrieron una intervención quirúrgica durante su estancia. Se definieron los códigos de la 9ª CIE para los criterios diagnósticos de PRA, intervención quirúrgica (AHRQ) y para las comorbilidades. Solo se midieron los reingresos urgentes (no programados) en los 30 días posteriores a cada alta. Los costes se basaron en los datos del M^º de Sanidad por GRDs estratificados según grupos de hospitales. El riesgo de aparición de un reingreso no programado y el

de muerte se calcularon mediante análisis de regresión logística, y el exceso de estancias y costes mediante análisis multivariado de la covarianza.

Resultados: Se identificaron 2.048.322 pacientes que cumplieron los requisitos de inclusión y de exclusión. El presentar PRA aumentó el riesgo de reingresos urgentes (OR: 1,92; LC 95%: 1,86-1,99; $p < 0,0001$) controlando la edad, género, grupo de hospital e Índice de Comorbilidad de Charlson. El riesgo de reingreso se produjo en todos los tipos de PRA, pero fue máximo en los que presentaron miocardiopatía alcohólica (OR: 3,02; LC 95%: 2,45-3,72; $p < 0,0001$). El exceso de estancia media por reingresos con PRA vs reingresos sin PRA fue de 2,97 días. El exceso de coste medio por alta entre reingresos con PRA vs reingresos sin PRA fue de 3.496,6 euros. El exceso de estancias y de costes varió ostensiblemente según el tipo de PRA. El ingresar en un hospital de referencia regional redujo el riesgo de reingreso. La presencia de PRA aumentó el riesgo de muerte en los pacientes con reingresos urgentes (OR: 1,28; LC 95%: 1,14-1,44; $p < 0,0001$).

Conclusiones: Se comentan los méritos y las limitaciones de los códigos de la CIE-9 de los CMBDs en la definición de caso de PRA y de los criterios de inclusión de pacientes quirúrgicos. Se analizan las aportaciones de estos resultados al mejor conocimiento del impacto sanitario y económico de los PRA en España, las diferencias entre grupos de hospitales y la aplicabilidad de estos resultados en vigilancia epidemiológica y prevención.

935. INTERRELACIÓN ENTRE LA FACILIDAD DE ADQUISICIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA ADOLESCENCIA Y LA FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ

R. Mendoza Berjano, D. Gómez Baya

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Huelva.

Antecedentes/Objetivos: 1) Evaluar la facilidad de adquisición de bebidas alcohólicas que tienen en la actualidad los adolescentes que estudian educación secundaria; 2) Estudiar la interrelación entre la facilidad de compra de bebidas alcohólicas y la frecuencia de embriaguez en dicho segmento de población.

Métodos: En un estudio de diseño transversal, se ha encuestado (en 2011) a una muestra de 1791 escolares andaluces de 12 a 17 años (49,1% varones), elegidos aleatoriamente en un total de 19 centros docentes privados y públicos de todas las provincias andaluzas. El cuestionario, tras ser cumplimentado en las propias aulas de manera individual y anónima, ha sido entregado a un encuestador entrenado ajeno al centro docente. En cuanto al diseño de análisis, primeramente se llevaron a cabo tablas de contingencia para estudiar las diferencias de género y de edad en la frecuencia de embriaguez y en la facilidad de compra de bebidas alcohólicas. A continuación, se realizaron correlaciones Tau-b de Kendall para analizar la relación existente entre la facilidad de compra en diversos establecimientos y la frecuencia de embriaguez.

Resultados: El 29,7% de los sujetos encuestados se ha embriagado una o más veces; más de 3 veces lo ha hecho el 7,5%. No se observan diferencias de género relevantes al respecto, aunque sí lógicamente en función de la edad. Una gran parte del alumnado manifiesta que le resulta "fácil" o "muy fácil" comprar bebidas alcohólicas en "pequeñas tiendas de barrio" (39,1%) o en "lugares habilitados para hacer botellón" (32%). También manifiestan poder adquirir fácilmente este tipo de productos en "establecimientos abiertos las 24 horas" (29,6%), en las discotecas (26,8%), en quioscos (24,9%), en supermercados (23,1%) y en bares (15,6%), sin que se detecten diferencias de género relevantes a este respecto. La correlación observada entre la facilidad de compra de bebidas alcohólicas en cada tipo de establecimiento y la frecuencia de la embriaguez oscila entre 0,51 ("pequeñas tiendas de barrio") y

0,46 (discotecas), siendo significativa en todos los casos ($p < 0,01$). Estas correlaciones entre la accesibilidad a las bebidas alcohólicas en los diversos tipos de establecimientos y la frecuencia de embriaguez son más intensas entre el alumnado de 12-14 años que entre el de 15-17 años.

Conclusiones: Las bebidas alcohólicas son altamente accesibles a los menores de edad en establecimientos o espacios diversos. La facilidad de acceso a dichas bebidas correlaciona significativamente con la frecuencia de embriaguez, en especial en el segmento de menor edad. Se analizan las implicaciones preventivas de estos hallazgos.