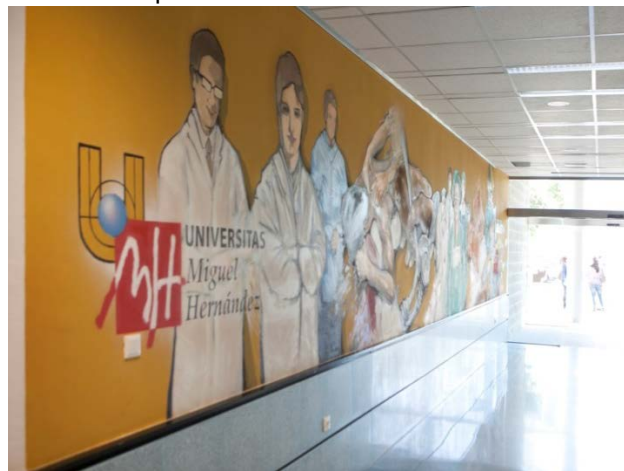


III Simposio de Investigación de alumnos del Master en Salud Pública, UMH-UA

Libro de Póster

10 de Junio 2016 (18:00-19:30)
Salón de Actos del Edificio Severo Ochoa
Campus San Juan de Alicante



COMITÉ ORGANIZADOR

Carmen Vives Cases
Carlos Alvarez Dardet
Manuela García de la Hera
Eva María Navarrete Muñoz
Jesús Vioque López

COLABORAN:

Decanato de la Facultad de Medicina
Dirección del Máster de Salud Pública UMH-UA



Libro de Actas. III Simposio de Investigación de alumnos del Master en Salud Pública, UMH-UA.

El contenido de este libro no podrá ser reproducido, ni total ni parcialmente, sin el previo permiso del emisor. Reservados todos los derechos.

ISBN: 978-84-608-9045-4

Formato digital.

Editor: Limencop SL.

Estimados compañeros y amigos

Es un placer para nosotros dar la bienvenida a este III Simposio de Científico de los alumnos del Master conjunto UMH-UA que celebramos en su tercera edición en el curso académico de 2015-2016, previamente al Acto Académico de Clausura del Máster.

La idea fundamental del simposio es la de ofrecer a los alumnos un espacio donde discutir abiertamente los resultados de sus Trabajos Fin de Master en un ambiente adecuado y similar al que se puede encontrar en cualquier reunión o congreso científico. El formato elegido en esta primera ocasión es la de presentación oral breve en formato Poster, donde cada alumno podrá exponer los resultados principales de su trabajo y responder a preguntas que los asistentes le puedan plantear. De esta forma creemos que se verán recompensados los esfuerzos que se han realizado durante el curso académico con ayuda de sus tutores y tras su presentación y defensa ante el tribunal académico de los Trabajos Fin de Master.

Estamos seguro que la mayoría de estos trabajos de temáticas muy diversas serán presentados posteriormente en Congresos y/o verán la luz en formato Artículo en revistas científicas por su alta calidad. Globalmente considerada, esta experiencia supone un buen ejemplo de la diversidad temática de la Salud Pública. A nivel personal, para muchos alumnos supondrá su primera experiencia de presentación en un foro científico que espero siga desarrollándose en el futuro. Seguro que los trabajos recibirán la atención y el apoyo de los presentes.

Por último, queremos agradecer a los restantes compañeros del Comité Organizador y al Decanato de la Facultad de Medicina su apoyo y su colaboración para llevar esta idea a la práctica.

A todos nuestro agradecimiento,

Jesús Vioque

Director del Máster.

Carmen Vives

Subdirectora del Máster.

ACTO DE CLAUSURA MÁSTER UNIVERSITARIO CONJUNTO EN SALUD PÚBLICA 2015/16

Fecha: 10 de junio de 2016
Lugar: Salón de Actos . Edif. Severo Ochoa. U. Miguel Hernández.
Horario: De 19:30 a 21:00 horas.

Asistentes

Mesa presidencial:

Sra. D^a **María Carmen Acosta**. Vicerrectora de Estudios UMH
Sra. D^a **M^a Cristina García**, Secretaria Académica. Vicerrectorado de Estudios UA
Sra. D^a **Carmen Vives**. Directora Adjunta Máster. Profesora Titular Universidad, UA
Sr. D. **Jesús Vioque**, Director del Máster, Catedrático Universidad, UMH

Ponencia:

La Salud Pública en la Comunidad Valenciana

D^a Dolores Salas. Secretaria Autonómica de Salut Pública i del Sistema Sanitari Públic. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana.

Acto Público abierto a :

Profesorado del curso, alumnos y familiares, PAS del curso.

Programa:

18:00 horas III Simposio Científico Alumnos del Master en Salud Pública, UMH-UA
19:30 horas Inicio del Acto. Intervención de autoridades y discursos de los ponentes.
20:15 horas Entrega de Diplomas a alumnos del Master
20:30 horas Sesión de fotos de la promoción 2015/16 y vino de honor

El Máster de Salud Pública, UMH-UA organizan el III Simposio de Investigación de alumnos del Master en Salud Pública, 2015-16. Los autores y trabajos presentados son los siguientes:

Natalia Barón Cano, Rosa Ballester Anón **Medicina colonia y campañas sanitarias frente al paludismo a través del periodismo especializado en España (1929-1954)**

Marina Sanchis Selfa, Manuela García de la Hera, Eva María Navarrete- Muñoz Eva, Sandra González Palacios, Desirée Valera Gran, Laura Torres, Laura Compañ, Jesús Vioque. **Asociación entre el consumo de café y la mortalidad total, cardiovascular, cáncer y otras causas en población mayor de 65 años de la Comunidad Valenciana**

Nabil Slaoui-Berezak, Carlos Álvarez-Dardet, Diana Gil-González, María Teresa Ruiz-Cantero. **Efectos de la presión Fiscal en la salud**

Marcos Martínez, Manoli García de la Hera, Eva M Navarrete-Muñoz, Desirée Valera-Gran, Laura Torres, Sandra González-Palacios, Alex Oncina, Jezabel Pérez y Jesús Vioque. **Factores asociados al sedentarismo entre estudiantes de ciencias de la salud en Alicante: Estudio DISA-UMH**

Alba García-Marco y Diana Gil-González. **Profilaxis antibiótica en los contactos domésticos en el Cinturón de la meningitis de África.**

Natalia Muñoz Pino, Carmen Vives Cases, Elena Ronda Pérez. **Utilización de los servicios de salud bucodental en la población trabajadora inmigrante y española.**

Pablo García Peral, Eva M Navarrete-Muñoz, Manoli García de la Hera, Sandra González-Palacios, Desirée Valera-Gran, Laura Torres-Collado, Laura Compañ-Gabucio, Leyre Notario-Barandiaran, Alex Oncina-Canovas, Jezabel Pérez-Ramirez, Jesús Vioque. **¿Es la dieta de los estudiantes universitarios diferente cuando viven dentro y fuera del hogar familiar; Estudio DiSA-UMH?**

Javier Gómez Romero, Eva María Navarrete-Muñoz, Manoli García de la Hera, Desirée Valera-Gran, Sandra González-Palacios, Laura Torres Collado, Laura Compañ Gabucio, Alex Oncina-Canovas, Jesús Vioque. **La actividad física disminuye el riesgo de mortalidad total y cardiovascular en adultos de 65 y más años de edad**

Gloria M^a Rodríguez Blanes, Carmen Vives-Cases. **Detección de la violencia de compañero íntimo en atención primaria. Un estudio piloto.**

MEDICINA COLONIAL Y CAMPAÑAS SANITARIAS FRENTE AL PALUDISMO A TRAVÉS DEL PERIODISMO ESPECIALIZADO EN ESPAÑA (1929-1954)

Natalia Barón-Cano, Rosa Ballerter Añón

Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, Alicante

Introducción: La peculiaridad del ciclo epidemiológico del paludismo en la España colonial del siglo XX, su distribución geográfica y su importancia social y económica fomentó el periodismo especializado fruto de la investigación. **Objetivo general:** Reconstruir las aportaciones españolas a la salud internacional durante la primera mitad del siglo XX, tomando al paludismo como modelo de análisis, a través del periodismo especializado en medicina colonial.

Figura 1. Cartel Lucha antipalúdica, 1921



Fuente: Gutiérrez M. y et al. Los Inicios de Actividades de Salud Pública en España.

Tabla 1. Distribución de los documentos relacionados con Paludismo en las Revistas Médicas Españolas

Revista médica	Medicina de Países Cálidos		La Medicina Colonial		TOTAL		
	General	Paludismo	General	Paludismo	General	Paludismo (n)	(%)
Trabajos originales	78	13	277	37	355	50	10,7
Notas clínicas	11	2	NA	NA	11	2	0,4
Informes	19	8	NA	NA	19	8	1,7
Datos epidemiológicos	4	2	NA	NA	4	2	0,4
Revista de tesis	NA	NA	11	2	11	2	0,4
Revista de revistas	676	178	1494	197	2170	375	80,5
Revistas de libros	119	5	148	5	267	10	2,1
Noticias	93	14	253	3	346	17	3,6
TOTAL	1005	222	2183	244	3188	466	100

Fuente: Elaboración de los autores con base a las revistas médicas objeto de estudio
NA: No aplica

Métodos. Las fuentes primarias sobre el paludismo se tomaron de las revistas *Medicina de los Países Cálidos* y *La Medicina colonial*, entre 1929 y 1954. Se clasificaron los documentos según los apartados de las revistas y se estudiaron sus contenidos, enmarcándolos en la historia de la salud pública.

Tabla 2. Trabajos originales relacionados con Paludismo, según revista médica, año y autor de publicación.

Revista médica	Datos publicación			Autor Trabajo Original	Artículo
	Mes	Año	Volumen (Ejemplar)		
Medicina de los Países Cálidos	Sep.	1929	II (5)	De Buen, Eliseo	Estudio experimental de algunas Sustancias larvicidas anofélicas
Medicina de los Países Cálidos	Enero	1931	IV (1)	De Buen, Sadi	Algunas consideraciones sobre la conservación del virus palúdico en la época interepidémica
Medicina de los Países Cálidos	Febrero	1935	VIII (2)	Gil Collado, J	Nuevos datos sobre la distribución del Aedes (Stegomyia) vittatus en España, con algunas notas acerca de su biología
La Medicina Colonial	Mayo	1948	XI (5)	Piédrola Gil G.	El insecticida sintético D.D.T. en la lucha contra el paludismo
La Medicina Colonial	Nov.	1949	XIV (5)	Pereda Reguera A.	Datos estadísticos del paludismo en el territorio de Yebala
La Medicina Colonial	Julio	1951	XVIII (1)	Moreti G.	El acceso pernicioso palúdico y su tratamiento
La Medicina Colonial	Enero	1953	XXI (1)	Mandoul R., Pestre A.	Concepto actual de la patología general de los paludismos humanos

Fuente: Elaboración de los autores con base a las revistas médicas objeto de estudio.

Resultados. El paludismo fue una de las principales enfermedades del Protectorado Español de Marruecos y Guinea Española, favorecido por la ocupación militar. Las Campañas antipalúdicas incluyeron estrategias como: uso de Dicloro-difenil-tricloroetano, educación preventiva y quinización masiva. La malariología en el periodismo colonial experimentó un auge creciente, con investigadores como Pittaluga.

Figura 2. Publicidad de los medicamentos comercializados



Fuente: Revista La Medicina Colonial y Medicina de los Países Cálidos.

Conclusiones. La historia a través del periodismo especializado reflejó la importancia de la integración, en las campañas antipalúdicas de España y las colonias africanas, de estrategias complejas, científicas, profesionales, políticas y militares. La situación colonial fue negativa y marcó las diferencias entre metrópoli y colonias en cuanto al esfuerzo, la eficacia y la diferente secuencia temporal de las medidas emprendidas.

Asociación entre el consumo de café y la mortalidad total, cardiovascular y por cáncer en población mayor de 65 años de la Comunidad Valenciana

AUTORES: Sanchis Selfa, M.; García de la Hera M.; Navarrete- Muñoz E.; González Palacios, S.; Valera Gran D.; Torres L.; Compañi L.; Vioque J

Actualmente el café es una de las bebidas más consumidas en todo el mundo. En la actualidad son pocos los estudios que relacionen el efecto de café junto con la mortalidad en personas de edad avanzada, motivo por el cual se desconocen sus efectos sobre la mortalidad. El objetivo de este estudio es examinar la asociación entre el consumo de café y la mortalidad por todas las causas, cardiovascular (ECV), y cáncer en personas mayores de 65 años .

MATERIAL Y MÉTODOS

- Una cohorte de 903 personas mayores de 65 años de la Comunidad Valenciana que provenían de dos estudios transversales (Encuesta de Nutrición y Salud de la Comunidad Valenciana (ENCV), 1994) y la European Eyes Study (EUREYE), 2000) fue seleccionada y seguida prospectivamente durante 13-19 años.
- Se llevó a cabo un análisis estratificado por estudio con modelos de regresión de Cox ajustados por covariables socio-demográficas y de estilos de vida, para establecer asociaciones entre el consumo de café (Consumo nulo, 1-2 tazas diarias, 3 o más tazas) y diferentes tipos de mortalidad (por todas las causas, cardiovasculares y cáncer). Posteriormente se realizó un metanálisis relacionando el consumo nulo con el de 1-2 tazas, y con el de 3 o más tazas para cada tipo de mortalidad.

RESULTADOS

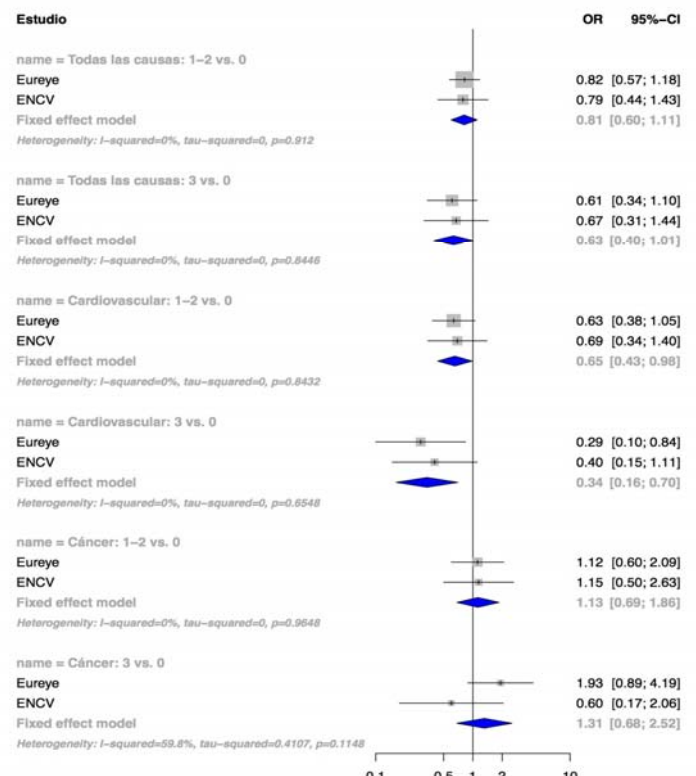
- El consumo de café es más frecuente entre el sexo masculino, y en el grupo de edad más joven (65-74 años), en los consumidores de alcohol, los participantes con un menor nivel educativo y una mejor salud autopercibida. Los consumidores también presentan frecuencias más bajas de enfermedades crónicas (trombosis, diabetes o del corazón) menores.
- Durante los 19 años de seguimiento (9578.37 personas-año) se han observado 480 muertes (53.2%), (21.48%) por causa cardiovascular, (11.29%) por cáncer, (20.38%) por otras causas. Estratificando por estudio, en la ENCV con 306 participantes ha aportado un total de 3747.58 personas-año y 227 muertes, de las cuales 82 consumían café. Por otro lado el estudio EUREYE, con 597 participantes ha aportado un total de 5830.79 personas-año y 253 muertes, de las cuales 95 consumían café.

Tabla 1. Total de personas tiempo, número de muertes por todas las causas y estimaciones ajustadas de HR de mortalidad por todas las causas, Cardiovascular, y Cáncer según el consumo de café EUREYE, ENCV y cohorte total

	EUREYE			Encuesta salud Comunidad Valenciana (ENCV)		
	No consume (referencia)	1-2 tazas	3 ≥ tazas	No consume (referencia)	1-2 tazas	3 ≥ tazas
Personas año	3336.17	1882.73	611.89	2292.28	945.24	510.06
Mortalidad todas las causas						
TOTAL	158	76	19	145	56	26
Modelo 1 (HR 95% IC)	1	0.95 (0.72, 1.26)	0.71 (0.43, 1.13)	1	0.92 (0.68, 1.26)	0.75 (0.49, 1.15)
Modelo 2	1	1.11 (0.82, 1.49)	0.82 (0.49, 1.35)	1	1.21 (0.86, 1.70)	0.97 (0.59, 1.59)
Modelo 3	1	1.00 (0.75, 1.33)	0.75 (0.46, 1.21)	1	0.93 (0.68, 1.29)	0.79 (0.52, 1.21)
Modelo 4	1	1.15 (0.85, 1.55)	0.87 (0.30, 1.44)	1	1.24 (0.87, 1.77)	0.99 (0.59, 1.64)
Mortalidad Cardiovascular						
TOTAL	70	26	4	65	22	7
Modelo 1 (HR 95% IC)	1	0.81 (0.51, 1.28)	0.40 (0.15, 1.10)	1	0.95 (0.58, 1.56)	0.52 (0.24, 1.15)
Modelo 2	1	0.89 (0.55, 1.45)	0.42 (0.15, 1.22)	1	1.77 (1.01, 3.09)	0.79 (0.32, 2.00)
Modelo 3	1	0.81 (0.51, 1.29)	0.42 (0.15, 1.15)	1	0.93 (0.56, 1.54)	0.53 (0.24, 1.17)
Modelo 4	1	0.89 (0.40, 1.47)	0.44 (0.15, 1.27)	1	1.72 (0.97, 3.05)	0.75 (0.29, 1.91)
Mortalidad Cáncer						
TOTAL	29	19	11	25	14	4
Modelo 1 (HR 95% IC)	1	0.99 (0.55, 1.78)	1.68 (0.83, 3.41)	1	1.24 (0.62, 2.47)	0.62 (0.21, 1.82)
Modelo 2	1	1.27 (0.66, 1.44)	2.36 (1.06, 5.29)	1	2.17 (0.95, 4.94)	1.79 (0.38, 8.37)
Modelo 3	1	1.07 (0.58, 1.97)	1.91 (0.93, 3.94)	1	1.28 (0.63, 2.64)	0.68 (0.23, 2.02)
Modelo 4	1	1.25 (0.63, 2.46)	2.38 (1.05, 5.37)	1	2.55 (1.01, 6.43)	2.37 (0.47, 11.84)

Modelo 1 ajustado por edad y sexo.
Modelo 2 ajustado por edad, sexo, nivel educativo, IMC, horas de sueño diarias, horas de televisión diarias, frutas y verduras consumidas diariamente (gr.), consumo de alcohol, consumo de tabaco y enfermedades crónicas previas (trombosis, diabetes, corazón).
Modelo 3 = Modelo 1 quitando los dos primeros años de seguimiento.
Modelo 4 = Modelo 2 quitando los dos primeros años de seguimiento

METANÁLISIS



CONCLUSIÓN. El consumo de café no fue asociado a la mortalidad total (aunque se aprecia una tendencia protectora), tampoco a la mortalidad por cáncer, pero sí se asoció con un bajo riesgo de mortalidad cardiovascular. Los efectos del café sobre la salud de las personas mayores de 65 años sigue sin estar determinado. Se necesita de más estudios para profundizar en estas asociaciones ya que cabe la posibilidad de que el café tenga más efectos beneficiosos que perjudiciales.

Efectos de la presión fiscal en la salud

Nabil Slaoui-Berezak^{1, 2}, Carlos Álvarez-Dardet^{1, 2,3}, María Teresa Ruiz-Cantero^{1, 2,3},
Diana Gil-González^{1, 2,3}

1. Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante, España,
2. Grupo de investigación Salud Pública. Universidad de Alicante, España,
3. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Introducción

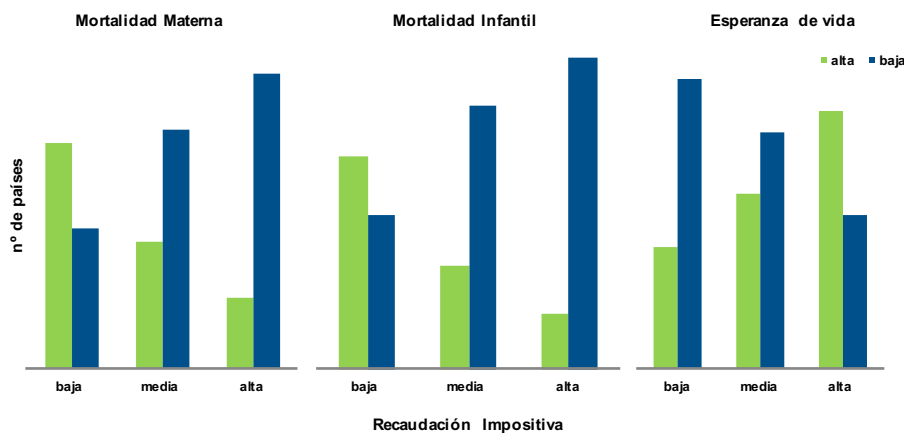
Diferentes estudios señalan que la desigualdad de renta es una causa directa y muy importante de pérdida de salud. Sin embargo, no existe suficiente conocimiento para identificar qué políticas son más efectivas para mejorar la salud actuando sobre la desigualdad de recursos.

Objetivo

Explorar la asociación entre la presión fiscal, como medida de redistribución de la renta, y la salud, valorada con la esperanza de vida (EV), mortalidad materna (MM) y mortalidad infantil (MI) considerando las condiciones socioeconómicas de los países.

Método

Estudio ecológico de 115 países para medir la asociación entre la MM, MI y EV y la recaudación impositiva (RI) durante el periodo 2000-2012, considerando el nivel de renta y democracia. Fuentes de información: Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud (OMS) y Freedom House. Agrupamos a los países en terciles según su nivel de RI; usamos los puntos de corte recomendados por la OMS para recodificar las variables EV: <73/ ≥73 años, razón de MM: <70/ ≥ 70 por cada 100.000 n.v y razón de MI: <30/ ≥ 30 por cada 1.000 n.v. Análisis bivariado y de regresión logística multivariante.



Resultados

A medida que aumenta la RI la proporción de países con alta MM, alta MI y baja EV disminuye ($p < 0.001$). En el análisis multivariante, la RI se asocia con la razón de MM y MI; los países con alta recaudación mostraron una OR ajustada para alta: MM de 0.35 (0.25-0.49), MI de 0.30 (0.21-0.45) y EV de 1.31 (0.92-1.87). El test dosis-respuesta resultó significativo para ambas asociaciones; así, la OR de alta MM y alta MI fue de un 3 y 5 % menor, respectivamente, para cada unidad más de RI.

Asociación entre la Mortalidad materna alta, Mortalidad infantil (<5) alta y la Esperanza de vida alta y recaudación impositiva, nivel de libertad y nivel de renta

	Alta Mortalidad Materna			Alta Mortalidad Infantil			Alta Esperanza de Vida		
	OR (IC 95%)	OR** (IC 95%)	χ^2	OR (IC 95%)	OR** (IC 95%)	χ^2	OR (IC 95%)	OR** (IC 95%)	χ^2
Recaudación									
Baja [0,35-13]	1.00	1.00		1.00	1.00		1.00	1.00	
Media [13,1-19,4]	0.33 (0.25-0.43)	0.43 (0.31-0.59)		0.28 (0.22-0.37)	0.32 (0.23-0.46)		1.76 (1.35-2.87)	1.09 (0.78-1.54)	
Alta [19,5-65,9]	0.15 (0.11-0.21)	0.35 (0.25-0.49)	($p < 0.001$)	0.13 (0.09-0.18)	0.30 (0.21-0.45)	($p < 0.001$)	5.05 (3.11-5.28)	1.31 (0.92-1.87)	($p = 0.125$)
Dosis-Respuesta***		0.97 (0.95-0.99)			0.95 (0.94-0.98)			0.99 (0.98-1.01)	
Nivel de libertad									
Libres	1.00	1.00		1.00	1.00		1.00	1.00	
Parcia. Libres	6.27 (4.74-8.29)	4.10 (3.04-5.54)	($p < 0.001$)	6.19 (4.58-8.38)	3.92 (2.81-5.46)	($p < 0.001$)	0.18 (0.14-0.24)	0.27 (0.20-0.36)	($p < 0.001$)
No libres	29.18 (20.42-41.70)	9.88 (6.55-14.92)		39.44 (27.28-57.02)	13.59 (8.84-20.91)		0.01 (0.00-0.01)	0.02 (0.01-0.05)	
Nivel de renta									
Baja	1.00	1.00		1.00	1.00		1.00	1.00	
Media-alta	0.03 (0.02-0.03)	0.15 (0.08-0.29)	($p < 0.001$)	0.03 (0.03-0.06)	0.11 (0.06-0.22)	($p < 0.001$)	45.95 (16.96-124.5)	4.51 (1.53-13.28)	($p < 0.001$)

* P-valor correspondiente a la prueba de tendencia ji cuadrado.

**OR modelo multivariante ajustado por recaudación impositiva, nivel de renta, nivel de libertad, PIB, gasto en salud y saldo presupuestario.

*** OR del test-dosis respuesta se estimó con la variable sin categorizar añadiéndola al modelo multivariante con todas las demás variables.

Conclusiones

La alta presión fiscal es esencial para disminuir la mortalidad infantil y materna. Esta asociación presenta un carácter diferencial en función del nivel de renta y democracia de cada país.

Autores: Marcos Martínez, MGH, Eva Navarrete, Desirée Valera, Laura Torres, Sandra González, Alex Oncina, Jezabel Pérez y J. Vioque

ANTECEDENTES

En la actualidad han aumentado considerablemente las conductas y estilos de vida sedentarios. El sedentarismo se ha convertido en un importante factor de riesgo de la obesidad, hipertensión y otras enfermedades crónicas. Se ha relacionado con un mayor riesgo de mortalidad global. En España, la relación entre comportamientos sedentarios como ver la televisión, usar internet y la falta de actividad física, ha sido poco estudiada en población adulta joven. El objetivo de este estudio es explorar los factores asociados al sedentarismo en la población del estudio DISA-UMH.

METODOLOGÍA

Se analizaron transversalmente los datos basales del estudio DISA-UMH, «Dieta, antropometría y salud en población universitaria» que incluía a 1185 participantes de 17 a 35 años de edad. Los participantes fueron categorizados de acuerdo a su nivel autopercebido de actividad física en sedentario/poco activo y moderadamente/bastante/muy activo. Se recogió información sobre variables sociodemográficas, Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (CFA) y estilos de vida. Se utilizaron 2 modelos de regresión logística múltiple para analizar la asociación entre las variables de interés y ser sedentario/poco activo.

RESULTADOS

Se consideraron sedentarios/poco activos un 54,89% de los participantes, el 62,1% de las mujeres y el 62,2% de los que veían la televisión más de 2 horas/día. Se encontró una asociación directa con tener una regular/mala salud autopercebida (OR=4.96; IC95%: 3.00-8.36). Asimismo, observamos una asociación inversa con tener alta adherencia a la dieta mediterránea (OR=0.63; IC95%: 0.46-0.87)

Tabla 2. Factores asociados con el nivel de actividad física autorreferida; Sedentario/Poco activo comparado, en población del estudio DISA-UMH, con Moderadamente activo/Bastante/Muy activo>>

Variables	OR _{crudo} (IC95%)	p-valor ^b	Modelo 1 ⁱ		Modelo 2 ⁱⁱ	
			OR adj ^a (IC95%)	p-valor ^b	OR adj ^a (IC95%)	p-valor ^b
Sexo	Hombre	ref.	ref.		ref.	
	Mujer	2,86 (2,19-3,72)	2,98 (2,01-4,06)	<0,001	2,90 (2,12-4,00)	<0,001
Titulación	medicina	ref.	ref.		ref.	
	otras	0,40 (0,31-0,52)	0,47 (0,34-0,64)	<0,001	0,49 (0,35-0,68)	<0,001
IMC	Imc: <25 kg/m ²	ref.	ref.		ref.	
	Imc: ≥25 kg/m ²	1,14 (0,82-1,60)	1,45 (0,98-2,16)	0,06	1,50 (1,00-2,27)	0,05
	≤ 1 h	ref.	ref.		ref.	
Horas de televisión al día	1,1-2	1,15 (0,89-1,49)	1,17 (0,87-1,57)	0,30	1,14 (0,84-1,56)	0,39
	> 2	1,39 (1,02-1,90)	1,34 (0,94-1,93)	0,11	1,28 (0,87-1,87)	0,21
	> 8 h	ref.	ref.		ref.	
	Casi siempre de pie y/o llevando cosa:	ref.	ref.		ref.	
Ocupación principal	Sentado la mitad del tiempo	2,71 (1,32-6,17)	3,19 (1,46-7,63)	<0,001	3,36 (1,47-8,34)	<0,001
	Casi siempre sentado	8,56 (4,34-18,90)	8,07 (3,84-18,81)	<0,001	7,55 (3,42-18,23)	<0,001
	< 1/3 h	ref.	ref.		ref.	
Horas de caminar al día	1/3-1	0,29 (0,22-0,37)	0,30 (0,23-0,40)	<0,001	0,30 (0,23-0,40)	<0,001
	> 1	0,05 (0,02-0,12)	0,07 (0,03-0,17)	<0,001	0,07 (0,03-0,17)	<0,001
Salud autopercebida	Muy buena	ref.	ref.		ref.	
	Buena	2,52 (1,89-3,38)	2,50 (1,82-3,45)	<0,001	2,48 (1,80-3,48)	<0,001
	Regular, mala o muy mala	4,89 (3,12-7,79)	4,96 (3,00-8,36)	<0,001	5,25 (3,10-9,06)	<0,001
	Baja (0-3)	ref.	ref.		ref.	
aMED^d	Media (3-4)	0,63 (0,47-0,84)	0,58 (0,42-0,81)	<0,01	0,56 (0,40-0,78)	<0,001
	Alta (4-8)	0,59 (0,45-0,78)	0,63 (0,46-0,87)	<0,01	0,70 (0,47-0,92)	<0,05

ⁱⁱ: Modelo 2, ajustado por edad, horas de sueño al día, consumo de tabaco, alcohol, así como por todas las variables de la tabla.

ⁱ: modelo 1, ajustado por las mismas variable que el modelo 2, excepto por de horas de caminar o hacer bicicleta.

□ Índice de masa corporal, ^d Índice alternativo de adherencia a la dieta Mediterránea, ref: categoría de referencia.

CONCLUSIONES

Encontramos dos patrones de comportamientos relacionados con el sedentarismo. Se establecieron asociaciones directas entre el sedentarismo y el género, tiempo de estar sentado y tener regular/mala/muy mala salud autopercebida. Mientras que encontramos una asociación inversa, de un modo protector, entre ser sedentario con una media o alta adherencia a la dieta mediterránea y caminar o hacer bicicleta al menos 20 minutos al día. Conocer los factores asociados al sedentarismo puede ayudarnos a mejorar las estrategias de intervención para conseguir un estilo de vida más saludable en la población adulta joven universitaria

REFERENCIAS

- Tremblay MS. Sedentary Behaviour Research Network. Letter to the Editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. *App. Physiol. Nutr. Metab.* 2012; 37:540–2.
- Matthews CH, George S, Moore S, Bowles H, Blair A, Park Y, et al. Amount of time spent in sedentary behaviors and cause specific mortality in US adults. *Am J Clin Nutr.* 2012; 95:437–45.

Quimioprofilaxis en los contactos domiciliarios en el Cinturón de Meningitis de África

A. García-Marco¹, Diana Gil-González^{2, 3}

¹MSP Universidad Miguel Hernández-Universidad de Alicante

²Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante

³Ciberesp

La meningitis meningocócica causa grandes epidemias en el Cinturón de la meningitis de África (CMA). Como medida preventiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda quimioprofilaxis para los contactos domiciliarios, excepto en epidemias en el CMA, donde recomienda vacunación en masa, indicaciones extraídas de una revisión sistemática que no incluyó resultados de países africanos. Además, la vacunación en masa ha demostrado su dudosa eficacia por la demora de su puesta en marcha.

Objetivo: Explorar la efectividad de la quimioprofilaxis de los contactos domiciliarios en el CMA, mediante el número de casos post intervención, la capacidad para eliminar la bacteria en los portadores y el riesgo de enfermar de los contactos domiciliarios.

Respuesta en los contactos domiciliarios ante una epidemia de meningitis meningocócica en el Cinturón de Meningitis de África



Métodos

Scoping Review consultando las bases de datos PubMed, Scopus y African Index Medicus y el motor Google Académico. No se limitó por diseño del estudio, ni por fecha de publicación. Se excluyeron los estudios teóricos y aquellos de fuera del CMA. La estrategia de búsqueda incluyó los términos: enfermedad, quimioprofilaxis, factor de riesgo y contacto.

Resultados

Variable intervención con quimioprofilaxis

Estudio	Resultados	Conclusiones															
<ul style="list-style-type: none"> Casos pre y post intervención (4 semanas) 																	
R.L. Vollum And P. W. W. Griffiths 1962 (Nigeria)	Danja 38 33 72 68 74 34 ¹ 25 ² 17 ³ 1	Quimioprofilaxis eficaz para el control de epidemias de meningitis en África															
	Galadima 67 36 64 56 66 96 79 93 38																
	Maska 7 22 17 28 34 39 30 24 20																
	Musawa 17 20 3 34 28 36 47 18 13																
	Kankara 36 35 71 22 57 147 70 43 10																
	Kago 11 10 24 18 15 6 0 5 4																
<ul style="list-style-type: none"> ¹ 6 no tratados + 15 extranjeros no tratados = 21/34 ² 1 no tratado + 14 extranjeros no tratados = 15/25 ³ 14 extranjeros no tratados = 14/17 																	
<ul style="list-style-type: none"> Casos post intervención (6- 7 semanas) = 0 Prevalencia de portadores 																	
I.S. Blakebrough and H. M. Gilles 1980 (Nigeria)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>prevalencia pre intervención</th> <th>prevalencia post intervención 2 semanas</th> <th>6-7 semanas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sulfamidina</td> <td>34</td> <td>34 (0%)</td> <td>25 (73.5%)</td> </tr> <tr> <td>Rifampicina</td> <td>48</td> <td>11 (22%)</td> <td>6 (12.5%)</td> </tr> </tbody> </table>		prevalencia pre intervención	prevalencia post intervención 2 semanas	6-7 semanas	Sulfamidina	34	34 (0%)	25 (73.5%)	Rifampicina	48	11 (22%)	6 (12.5%)	La rifampicina fue muy eficaz eliminando <i>Neisseria Meningitidis</i> en los portadores. La eliminación de bacteria evitó la aparición de casos.			
		prevalencia pre intervención	prevalencia post intervención 2 semanas	6-7 semanas													
	Sulfamidina	34	34 (0%)	25 (73.5%)													
Rifampicina	48	11 (22%)	6 (12.5%)														
<ul style="list-style-type: none"> Casos post intervención (4 semanas) 																	
A. Macchiavello et al. 1954 (Sudan)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GI</th> <th>GC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kaldung</td> <td>3.50</td> <td>81.30</td> </tr> <tr> <td>Korongo Abdulla</td> <td>4.50</td> <td>11.44</td> </tr> <tr> <td>Miri Bara</td> <td>4.13</td> <td>113.64</td> </tr> <tr> <td>El Machicha</td> <td>9.04</td> <td>16.71</td> </tr> </tbody> </table>		GI	GC	Kaldung	3.50	81.30	Korongo Abdulla	4.50	11.44	Miri Bara	4.13	113.64	El Machicha	9.04	16.71	Quimioprofilaxis en masa con sulfamidas y penicilinas es efectiva, independientemente de la fase de la epidemia.
		GI	GC														
	Kaldung	3.50	81.30														
	Korongo Abdulla	4.50	11.44														
	Miri Bara	4.13	113.64														
El Machicha	9.04	16.71															

GC= Grupo control, GI= Grupo intervenido.

Se incluyeron 6 estudios. Todos en contexto epidémico. 3 analizaron la intervención con quimioprofilaxis y mostraron una reducción de casos post intervención; 3 analizaron el riesgo de enfermar de los contactos domiciliarios y mostraron una Odds Ratio (OR) de 4.8 (1.3-17.8), otra OR de 36.2 (4.3-302) y otra OR de 2.18 (1.43-3.40).

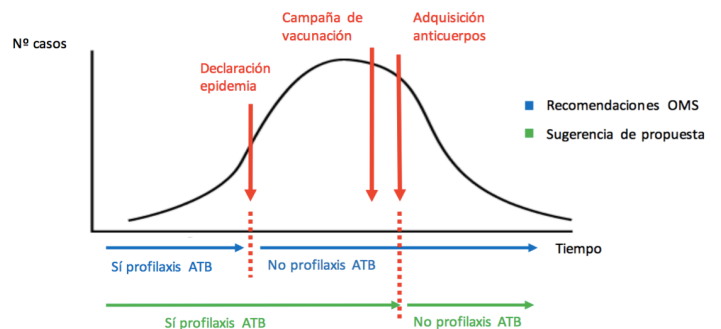
Variable factor de riesgo

Estudio	Resultados	Conclusiones
M. J. Hossain et al. 2012 (Gambia)	<ul style="list-style-type: none"> contacto cercano contacto cercano → OR 4.8 (1.3-17.8) 	contacto cercano = factor de riesgo
A. Hodgson et al. 2001 (Ghana)	<ul style="list-style-type: none"> contacto cercano compartir habitación con un caso → OR 2.18 (1.43-3.40) p<0.001 tener un caso en el hogar → OR 0.8 (0.62-1.04) p=0.1 	contacto cercano = factor de riesgo
D. M. Mutonga et al. 2009 (Kenia)	<ul style="list-style-type: none"> contacto cercano tener un caso en el hogar → OR 36,2 (4,3-302) 	contacto cercano = factor de riesgo

Conclusiones

En epidemias, los contactos domiciliarios siguen teniendo mayor riesgo de enfermar y la quimioprofilaxis se ha demostrado eficaz para prevenir la enfermedad y reducir la transmisión. Por lo tanto, podría plantearse el comienzo de las campañas de vacunación en masa en las epidemias, con su consecuente periodo necesario para generar inmunidad, como nuevo punto límite en el que dejar de utilizar la quimioprofilaxis antibiótica, en lugar de la declaración de la epidemia, como se recomienda actualmente.

Respuesta en los contactos domiciliarios ante una epidemia de meningitis meningocócica en el Cinturón de Meningitis de África



UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL EN LA POBLACIÓN TRABAJADORA INMIGRANTE Y ESPAÑOLA

Natalia Muñoz Pino¹; Carmen Vives Cases²; Elena Ronda Perez²; Andrés A. AgudeloSuárez.³

¹Master en Salud Pública; ²Profesora Titular Universidad Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante, ³España. Jefe Centro de Investigación Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Colombia.

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades en la utilización de los servicios de salud por parte de los diversos grupos poblacionales han sido y son objeto de debate. Según el modelo de Aday y Andersen⁽¹⁾, la utilización de los servicios de salud depende de la interacción de factores individuales y contextuales.

En un estudio realizado en 24 países europeos incluyendo España, se reconoció la existencia de desigualdades socioeconómicas en la utilización de los servicios de salud bucodental⁽²⁾. Identificar los grupos poblacionales más afectados por estas desigualdades cobra especial importancia. La población inmigrante ha comenzado a ser motivo de estudio por su crecimiento paulatino en España hasta llegar a una cifra del 10%⁽³⁾. Una de las principales motivaciones de la migración a otro país es el factor laboral. Se ha identificado en diversas investigaciones desigualdades en la utilización de servicios de salud bucodental entre la población autóctona e inmigrante, siendo menos favorable para esta última. Todavía no se han realizado en España estudios centrados en la utilización de servicios de salud bucodental en población trabajadora inmigrante y española.

OBJETIVO

Analizar la utilización de los servicios de salud bucodental y los factores asociados en la población trabajadora inmigrante en comparación con la española según los datos recogidos en la Encuesta Nacional de salud (ENS) de 2011-2012.

MÉTODOS

Estudio transversal de 8591 trabajadores/as inmigrantes y españoles/as que respondieron a la ENS 2011-2012. Variable dependiente: utilización de los servicios de salud bucodental (hace menos de un año y hace un año o más), variable independiente principal: estatus migratorio y variables de ajuste: sociodemográficas, estado de salud bucodental y socioeconómicas. Cálculo de frecuencias absolutas y relativas y estimación de la asociación entre el uso de servicios de salud bucal y el estatus migratorio mediante regresión logística (Odds Ratio Ajustadas-aOR; Intervalos de confianza al 95% -IC95%).

RESULTADOS

Se encontraron diferencias significativas en la utilización de servicios de salud bucodental entre inmigrantes y españoles, siendo menor la proporción la utilización de servicios de salud bucodental en un tiempo inferior a un año en inmigrantes (hombres: 33.6% y mujeres: 41.7%) que españoles (hombres: 45% y mujeres: 50.2%). Los hombres inmigrantes presentan mayor probabilidad de utilización de los servicios de salud bucodental hace un año o más (aOR 1.63; IC95% 1.26-2.02), independientemente del estado de salud bucodental y las características sociodemográficas y socioeconómicas.

En las mujeres inmigrantes, sin embargo, la mayor probabilidad de utilización de los servicios de salud bucodental hace un año o más desaparece al ajustar por las mismas variables (aOR 1.15; IC95% 0.91-1.45).

Figura 1. Utilización de los servicios de salud bucodental

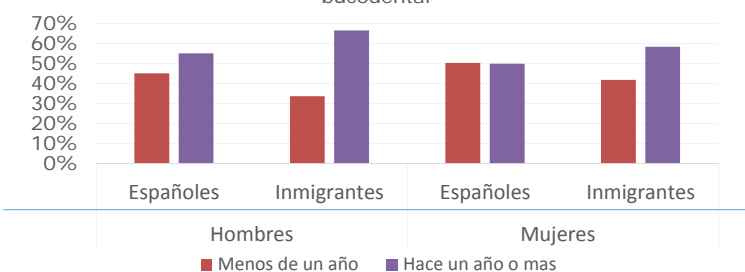
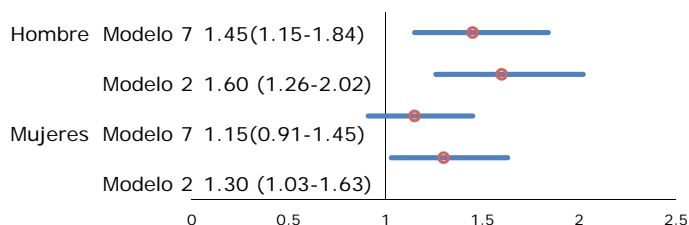


Figura 2 Probabilidad de utilización de los servicios de salud bucodental hace un año o más en trabajadores inmigrantes



CONCLUSIONES

La clase social ocupacional y nivel educativo explican un alto porcentaje de la utilización de los servicios de salud bucodental hace un año o más en las mujeres inmigrantes. En el caso de los hombres inmigrantes trabajadores persiste la desigualdad en la utilización de los servicios de salud bucodental hace un año o más independientemente de factores sociodemográficos y socioeconómicos, por lo que podrían existir otras variables que puedan explicar dicha desigualdad. Se recomiendan políticas públicas que favorezcan la utilización de servicios de salud bucodental dirigidas a toda la población en general y, la población inmigrante en particular.

Referencias

1. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health services research 1974;9: 208-20.
2. Tchicaya A, Lorentz N. Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in europe. Int J Equity Health 2014;13: 7.
3. Cayuela A, Malmusi D, Lopez-Jacob MJ, Gotsens M, Ronda E. The impact of education and socioeconomic and occupational conditions on self-perceived and mental health inequalities among immigrants and native workers in Spain. J Immigr Minor Health 2015;17: 1906-10.

¿ES LA DIETA DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DIFERENTE CUANDO VIVEN DENTRO Y FUERA DEL HOGAR FAMILIAR? *Estudio DiSA-UMH*

Pablo García Peral, Eva M Navarrete-Muñoz, Manoli García de la Hera, Sandra González-Palacios, Desirée Valera-Gran, Laura Torres-Collado, Laura Compañ-Gabucio, Leyre Notario-Barandiaran, Alex Oncina-Cánovas, Jezabel Pérez-Ramirez, Jesús Vioque.

INTRODUCCIÓN

- Estudiantes universitarios; continuo aprendizaje de hábitos alimenticio.
- Edad media de consolidación del modelo alimentario.
- Cambios físicos y psicológicos.
- Aumento de independencia para seleccionar productos alimentarios y distribuirse su tiempo.
- Vida universitaria dentro o fuera del hogar familiar.
- Estudios evidencian cambios en el tipo de dieta.

OBJETIVO

- Explorar las diferencias en grupos de alimentos, nutrientes e indicadores alimentarios como rMED y AHEI entre los estudiantes universitarios de ciencias de la salud de la Universidad que viven dentro y fuera del hogar familiar durante el curso académico.

METODOLOGÍA

- Información basal de 697 alumnos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Miguel Hernández.
- Obtención de los datos; 2006 – 2012.
- Participantes en el Estudio Dieta Salud y Antropometría (estudio DiSA).
- Aprobación del comité ético de la UMH.
- Voluntario.
- Utilización de cuestionarios de frecuencia alimentaria (CFA) validados.
- Pruebas bilaterales y nivel de significación $p < 0.05$

RESULTADOS

- **Residentes en Hogar Familiar:**
 - Mayor consumo de macronutrientes.
 - Mayor consumo de Vitaminas B6, D, E y folato.
- **Residentes fuera del Hogar Familiar:**
 - Menor consumo de lácteos, huevos, carnes rojas, embutidos, carne total, patatas, pan y dulces.
 - Mayor adherencia a la dieta Mediterránea (rMED).
 - Mayor calidad de la dieta (AHEI).

CONCLUSIONES

- Menor consumo de nutrientes, excepto el alcohol, por parte de los residentes fuera del hogar familiar.
- Mayor adherencia a la Dieta Mediterránea por parte de los residentes fuera del hogar familiar.
- Mayor calidad de la dieta por parte de los residentes fuera del hogar familiar.

Características	¿Vives en casa?		p-valor
	Si	No	
Sexo, n (%)			
Hombre	118 (28.6)	83 (29.2)	0.9186
Mujer	295 (71.4)	211 (70.8)	
Edad (años)	21 (20-23)	22 (20-24)	0.0336
IMC (kg/m ²)			
Normopeso	346 (86.9)	231 (84)	0.715
Sobrepeso	43 (10.8)	37 (13.5)	
Obesidad	9 (2.3)	7 (2.6)	
Ingesta de alcohol	2 (0.5-4.3)	2.8 (1-5.4)	0.006
Tabaco			
No	299 (72.9)	177 (62.5)	0.012
Si	111 (27.1)	108 (37.5)	
Derivados Lácteos	353 (258.1-579.5)	315.4 (232.6-545.7)	0.012
Huevos	21.5 (7.2-21.5)	21.5 (7.2-21.5)	0.006
Carnes Rojas	40.9 (24.6-67.9)	32.2 (21.8-67.1)	0.002
Embutidos	32 (13.9-50.1)	24.8 (10.5-39.3)	<0.001
Carne Total	154.8 (113.5-1170.8)	128.3 (94.9-353)	<0.001
Patatas	36.6 (26.5-71.9)	34.1 (18.3-62.2)	<0.001
Pan	53.4 (39.3-125)	50 (24.8-92)	<0.001
Dulces	35.6 (18.7-62.2)	31.2 (17.3-49.7)	0.015
Bebidas Alcohólicas	19.1 (2.7-51.6)	29.5 (5.7-91.5)	0.004

Indicadores	¿Vives en casa?		p-valor
	Si	No	
rMED	8 (6-10)	9 (6.8-10)	0.038
AHEI	38 (33-43)	40 (35-46)	0.011

La actividad física disminuye el riesgo de mortalidad total y cardiovascular en adultos mayores de 65 años

Francisco Javier Gómez Romero, Eva María Navarrete-Muñoz, Manoli García de la Hera, Desirée Valera-Gran, Sandra González-Palacios, Laura Torres Collado, Laura Compañ Gabucio, Alex Oncina Canovas, Jesús Vioque

CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Universidad Miguel Hernández
Servicio Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Elche, Alicante

Introducción

La actividad física (AF) se ha asociado de forma consistente a un menor riesgo de mortalidad. En España son pocos los estudios que han explorado la relación entre AF y mortalidad en adultos de 65 años y más edad. El objetivo de este estudio fue explorar el efecto de la AF auto-referida sobre el riesgo de mortalidad total, cardiovascular (ECV) y cáncer

Material y Métodos

Se utilizó información de 597 personas de 65 y más años (273 hombres y 324 mujeres) que participaron en el estudio transversal EUREYE en 2000-2001.

La AF auto-referida se recogió con la pregunta "Globalmente, ¿cómo se considera Vd. con relación a la actividad física en la actualidad?" y se clasificó a los participantes en: bajo, medio y alto en cuanto a actividad física.

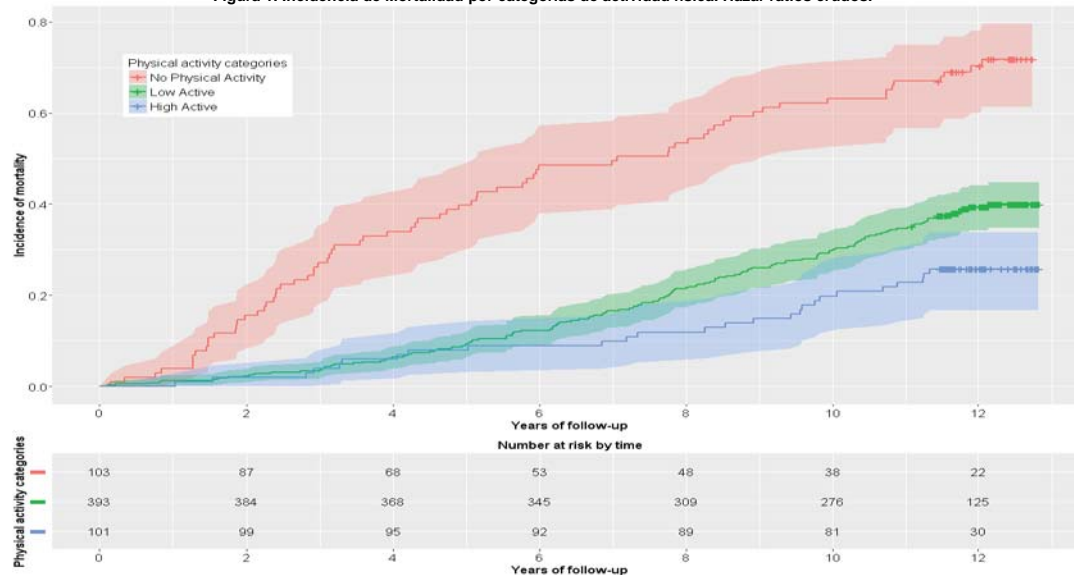
Los datos sobre estado vital se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística desde el inicio del estudio hasta 31/12/2013.

Se usó regresión de Cox para estimar hazard ratios (HR) entre AF auto-referida y la mortalidad total, ECV y cáncer ajustando por covariables.

Resultados

En una mediana de 11.6 años de periodo de seguimiento, 253 participantes murieron. Los participantes fueron clasificados como "no PA" (17.2%), "Low" (65.8%) y "High" (17%) según AF. Los participantes con mayor AF auto-reportada fueron hombres, <75 años, con sobrepeso, tenían mayor circunferencia de cintura, mayor salud autoreportada, no practicaban AF de intensidad vigorosa, eran bebedores de alcohol ≥ 12 g/día y nunca habían fumado, veían menos horas la televisión, consumían más calorías, verduras y frutas, tenían menor frecuencia de enfermedades previas y mayor METs en la medición basal. La incidencia acumulada de riesgo de mortalidad según las categorías de AF y sin ajuste se presenta en la Figura 1, durante todo el periodo y excluyendo los dos primeros años de seguimiento.

Figura 1. Incidencia de Mortalidad por categorías de actividad física. Hazard ratios crudos.



Comparado con los participantes en la categoría más baja de AF, aquellos clasificados como low y high mostraron un 45% (HR: 0.55; 95% CI: 0.39-0.78) y un 56% (HR: 0.44; 95% CI: 0.25-0.76) menor riesgo de mortalidad, respectivamente (Tabla 1). En cuanto a la mortalidad por ECV, los participantes con low (HR: 0.49, 95% CI: 0.28-0.87) y high PA (HR: 0.25, 95% CI: 0.10-0.67) mostraron un menor riesgo de mortalidad de ECV estadísticamente significativo. Para la mortalidad por cáncer, AF mostró también un efecto de protección aunque la asociación no fue significativa.

En cálculos más exhaustivos de análisis de sensibilidad, al excluir las muertes de los dos primeros años del periodo de estudio, excluyendo hombres, mujeres, personas con funciones limitadas y aquellos que referenciaron enfermedades previas, no hubo cambios sustanciales en los resultados del estudio.

Conclusión

Una mayor AF se asocia con un menor riesgo de mortalidad total y cardiovascular en adultos españoles de 65 y más años de edad. Estos resultados aportan evidencia a favor de promocionar la AF para prevenir mortalidad en adultos de edad avanzada

Tabla 1. Hazard Ratios (95% CI) for mortality according to the physical activity categories.

	Physical activity categories			p-trend ^b
	No Physical activity	Low	High	
Person-years	733.75	4008.07	1088.95	
All-cause mortality				
Deaths	73	154	26	
Age-and sex-adjusted	1.00	0.44 (0.33-0.51)	0.32 (0.20-0.51)	<0.001
Multivariate ^a	1.00	0.55 (0.39-0.78)	0.44 (0.25-0.76)	0.001
CVD mortality				
Deaths	32	61	7	
Age-and sex-adjusted	1.00	0.38 (0.24-0.60)	0.18 (0.08-0.42)	0.003
Multivariate ^a	1.00	0.49 (0.28-0.87)	0.25 (0.10-0.67)	<0.001
Cancer mortality				
Deaths	14	35	10	
Age-and sex-adjusted	1.00	0.47 (0.25-0.88)	0.46 (0.19-1.07)	0.069
Multivariate ^a	1.00	0.62 (0.28-1.36)	0.81 (0.29-2.28)	0.71

PA: physical activity; CVD: cardiovascular disease.

^aModel is adjusted for age, sex, educational level, body mass index, waist circumference, self-rated health, previous illness, alcohol intake, smoking status, vigorous physical activity practice, sleeping time, TV watching time, energy intake in calories, intake of fruit and vegetables in grams.

^bThe p-values is for linear trend.

DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE COMPAÑERO ÍNTIMO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. UN ESTUDIO PILOTO

Autora: GLORIA MARÍA RODRÍGUEZ BLANES.
Tutora: CARMEN VIVES CASES.

INTRODUCCIÓN

La Violencia de Compañero Íntimo (VCI) es un importante problema de salud pública y de derechos humanos por tener una elevada prevalencia, suponer graves consecuencias para la salud y por su impacto en los servicios sanitarios. Los centros de salud son, en muchos casos, el primer y único punto de contacto con el sistema sanitario; y su personal, los profesionales en quienes más confían para revelar situaciones de VCI. Por tanto, los profesionales de atención primaria tienen un papel clave en su detección y abordaje. El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de realización de preguntas de detección de VCI en atención primaria de salud y sus factores relacionados, y describir las principales acciones que se llevan a cabo en los casos identificados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal piloto en 15 centros de salud de 4 Comunidades Autónomas (Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Murcia), con un total de 265 participantes (Medicina (45,3%), Enfermería (30,2%), Pediatras (11,7%), Matronas (5,3%) y Trabajadores Sociales (4,5%) entre otros profesionales (3,1%). Recogida de información a través del cuestionario PREMIS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey) autocumplimentado, que incluye variables sobre realización de preguntas para detección, sociodemográficas, nivel de formación/conocimientos en VCI, percepciones, y acciones. Se realizó un estudio descriptivo y analítico. Mediante regresión logística se exploraron los factores asociados a la realización de preguntas sobre VCI.

Tabla 1. Principales acciones en los casos de violencia del compañero íntimo detectados por profesionales de atención primaria de salud. 2013-2014.

	Total	
	n	%
ACCIONES		
Entrega de información	50	28,1%
Consejo individual sobre opciones	66	37,1%
Valoración del riesgo de la víctima	41	23,0%
Valoración del riesgo hijos de víctima	19	10,7%
Ayuda en plan de seguridad	20	11,2%
Referencia a otros servicios	82	46,1%
No identificación en últimos 6 meses	89	50,0%
Perdidos	1	0,6%
Total	178	100%

CONCLUSIONES

La proporción de profesionales sanitarios que indagan sobre VCI es notable. Dada la influencia de la formación específica y el conocimiento sobre los recursos para su abordaje, resulta imprescindible continuar invirtiendo en la formación de VCI del personal sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Panamericana de la Salud. Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014.
- Goicolea I, Vives-Cases C, Hurtig A-K, Marchal B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, et al. Mechanisms that trigger a good health-care response to intimate partner violence in Spain. Combining realist evaluation and qualitative comparative analysis approaches. PLoS one. 2015;10(8):e0135167.
- Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. Br J Gen Pract. 2012;62(602):e647-e55.

RESULTADOS

El 67,2% de los participantes preguntan sobre VCI en consulta, siendo las acciones más frecuentemente realizadas: referir/derivar a otros servicios, consejo individual y entrega de información. Se asociaron a mayor probabilidad de indagar sobre VCI: ≥ 21 de horas de formación recibida, nivel formativo avanzado, conocer políticas y programas, disponer de un protocolo de manejo de casos, así como de recursos apropiados de referencia. Tras análisis multivariante, la realización de esta práctica aumenta a medida que los profesionales se sienten formados en VCI y provistos de un protocolo en el servicio.

Tabla 2. Factores asociados a la realización de preguntas sobre violencia del compañero íntimo (VCI). 2013-2014.

	Sí Preguntas sobre VCI	OR (IC 95%)
HORAS DE FORMACIÓN VCI**		
<1 hora	30	46,2%
1-20 horas	72	69,2%
≥ 21 horas	55	91,7%
Total	157	68,6%
NIVEL DE FORMACIÓN VCI**		
Ninguna	17	39,5%
Básica	111	70,3%
Avanzada	46	92,0%
Total	174	69,3%
PROTOCOLO**		
No	68	57,6%
Sí	108	81,2%
Total	176	70,1%
FAMILIARIZADO CON POLÍTICAS Y PROGRAMAS**		
No	93	59,2%
Sí	80	87,0%
Total	173	69,5%
SIENTE QUE DISPONE DE RECURSOS APROPIADOS DE REFERENCIA*		
No	99	62,3%
Sí	77	82,8%
Total	176	69,8%

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$