largo del periodo 2010-2014, revelan una considerable separación entre los picos de máxima actividad del virus influenza y del VRS, anticipándose este último algunas semanas al pico de gripe. El objetivo de este estudio es predecir, en términos de probabilidades, el pico de máxima incidencia de gripe a partir del número de casos aislados de VRS en las semanas previas.

Métodos: Casos de gripe y VRS notificados a través de AVE y de la Red MIVA respectivamente de 2010 a 2014. Mediante estimaciones de las funciones de correlación cruzada (CCF) se corroboró la correlación positiva entre las series de gripe notificada (gn) y VRS. Se aplicó una técnica de regresión logística (RL) binomial dicotomizando la variable gn en gripe basal y gripe pico, con dos modelos separados uno con vrs3 (valor de VRS 3 semanas antes) y otro con vrs4. La gn se categorizó en pico creciente, pico decreciente y basal, aplicando RL multinomial con vrs3 y vrs6 como variables predictoras. Para evaluar la bondad de ajuste de los modelos se realizaron las correspondientes tablas de clasificación y curvas ROC.

Resultados: Se registraron 239.321 casos de gripe y 5112 de VRS. En el modelo de RL binomial, la probabilidad calculada de presentación del pico de gripe con vrs3 varió según la temporada entre un 78,3% y 99,3%; Estas probabilidades fueron discretamente inferiores cuando la predicción se realiza con vrs4. En cuanto al resultado de las tablas de clasificación, tomando como punto de corte 0,5, obtenemos una sensibilidad (S) del 74,2% y especificidad (E) de 96,4% y un área bajo la curva (AUC) estadísticamente significativa de 97,9% para vsr3 y una S = 97,6%, E = 87,1% y AUC = 98,69% significativa con vrs4. En la RL multinomial el porcentaje global de casos correctamente pronosticados fue de 88,5% y la medida de conjunto (M) equivalente al AUC de 83,6%. Aplicando el mismo análisis estadístico solo a la población de 0 a 4 años de edad, los resultados fueron muy similares.

Conclusiones: Los valores más altos de probabilidad corresponden a las temporadas en las que predominaron los tipos de virus influenza A(H3N2) y B, y los más bajos al A(H1N1). Tanto el modelo binomial como el multinomial, dada la bondad de los resultados, proporcionan una herramienta útil para predecir la evolución de la epidemia de gripe con al menos tres semanas de antelación a partir de los valores confirmados para el VRS.

Desigualdades de género en salud (Oral 10 minutos)

Miércoles, 3 de septiembre de 2014. 09:00 a 11:00 h

Modera: María del Mar García Calvente

675. CORTOMETRAJE "JO COM TU": UNA HERRAMIENTA PARA PREVENIR LA VIOLENCIA EN RELACIONES DE PAREJAS JÓVENES

D. Aviñó, M. García, R. Sáez, G. Rodríguez, J. Díaz

Centre de Salut Pública Alzira-FISABIO.

Antecedentes/Objetivos: En España, de 2011 a 2013, las jóvenes de hasta 30 años representaron más del 25% de las víctimas mortales por violencia de género. Se requiere con urgencia acciones con enfoques participativos y de promoción de salud. En Sueca el Projecte RIU, intervención para reducir desigualdades impulsada por el Centro de Salud Pública de Alzira, aplicó de octubre de 2012 a diciembre de 2013 un método de investigación-acción participativa (IAP) al tema prevención de violencia de género. Un grupo de trabajo formado por 11 personas (población y profesionales de salud, servicios sociales y derecho) investigó sobre el tema y decidió, entre otras acciones, elaborar un cortometraje. Objetivo. Crear un cortometraje para prevenir la violencia en parejas jóvenes.

Métodos: Intervención con metodología IAP realizada de agosto a diciembre de 2013 en Sueca (Valencia). El grupo de creación del corto se formó por 3 mujeres (19-42 años) y 2 hombres (19 y 54 años) españoles, de nivel educativo medio y superior. Se contrató un cineasta profesor de audiovisuales. En el rodaje, participaron 4 mujeres y 1 hombre (17-19 años) españoles y nivel educativo medio. Se organizó por mailing. El grupo de trabajo revisó la encuesta nacional de 2010 sobre prevención de violencia de género en adolescentes y materiales en población LGTB. En septiembre, se realizó el taller de cortos (25 horas). Se acordó roles, tema, sinopsis, protagonistas y ambientación. No se escribió guión para que fueran los protagonistas quienes construyeran el discurso. Se acordó el guión técnico y *storyboard*. El rodaje duró 3 días, se usó videocámara doméstica, grabadora y micro. Se solicitó la cesión de derechos de imagen y sonido. Se utilizó para la edición Adobe Premiere Pro 2.0. Se identificó música libre de derechos de autor. En octubre se montó y subtituló.

Resultados: El corto dura 8 minutos y 11 segundos. Dos jóvenes, una heterosexual y otra lesbiana, sufren maltrato por sus parejas. Se muestran formas de violencia propias en LGTB. Una amiga ofrece consejo para promover igualdad. Está rodado en valenciano, subtitulado en español y disponible en Youtube. El grupo valoró positivamente la experiencia y adquirir competencias en audiovisuales. Señaló para mejorar la dificultad en conseguir recursos técnicos y realizarlo intensivamente. Los protagonistas manifestaron mayor sensibilidad hacia el tema. El 25 de noviembre se estrenó en Sueca (120 asistentes, en su mayoría jóvenes). Se utilizó en 4 talleres con 60 jóvenes de distinto nivel educativo promoviéndose el debate público y la reflexión.

Conclusiones: Se dispone de un corto para prevenir la violencia en parejas jóvenes elaborado de manera participativa. Se trabaja en su traducción al inglés y en una guía didáctica para dinamizarlo.

701. LA RESPUESTA SANITARIA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO. ¿ADAPTAR EL SISTEMA O MEDICALIZAR LA VIOLENCIA? ESTUDIO CUALITATIVO

E. Briones-Vozmediano, A. Maquibar-Landa, C. Vives-Cases, A. Öhman, A.K. Hurtig, I. Goicolea

Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; Universidad del País Vasco; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Epidemiology and Global Health Unit, Umeå University; Umeå Centre for Gender Studies.

Antecedentes/Objetivos: El sistema sanitario puede jugar un papel clave en la prevención y atención de la violencia de género (VG), debido a las consecuencias para la salud de la violencia y al hecho de que las mujeres afectadas acceden a los servicios de salud con mayor frecuencia que a otros servicios públicos. El objetivo de este estudio es analizar cómo entienden los profesionales encargados de la coordinación de los programas de VG en los servicios regionales de salud la integración de la respuesta sanitaria a este problema en el Sistema Nacional de Salud español.

Métodos: Estudio cualitativo en el que se realizaron 26 entrevistas individuales a informantes clave del nivel gerencial, 23 de las 17 comunidades autónomas y 3 del nivel nacional, entre julio de 2012 a marzo de 2013. Las transcripciones se importaron al software informático Atlas.ti-5 y se analizaron de acuerdo al método de la Teoría Fundamentada.

Resultados: Se desarrolló un modelo conceptual que explica los esfuerzos y retos cuando se intenta integrar la respuesta a la VG en el sistema sanitario, que permanece fuertemente biomedicalizado. Emergieron una categoría central: Integrando respuestas a problemas no biomédicos en sistemas de salud biomédicos, el caso de la VG; y 4 categorías relacionadas con la central: La VG es un problema

complejo que genera resistencia o activismo; El mandato para integrar una respuesta sanitaria a la violencia: una prioridad no siempre priorizada; El sistema sanitario español, respetuoso con la autonomía de los profesionales, biomédico y familiarista; y Desarrollando respuestas a la integración de la violencia: adaptar el sistema de salud o medicalizar la violencia.

Conclusiones: Integrar el abordaje de la VG en un sistema de salud biomédico es un reto. Los hallazgos sugieren que la motivación individual puede compensar las deficiencias en el sistema existente, en términos de ser más centrada en la persona y, por lo tanto, fomentar una fuerte relación de confianza. Sin embargo, la sostenibilidad de los procesos dependientes en la motivación e interés individual es difícil si no hay una estructura organizativa que los respalde.

Financiación: COFAS grant (COFUND-Marie Curie Action People, 7º Programa Marco y el Swedish Council for Working Life and Social Research/FAS-Forskningsradet för arbetsliv och socialvetenskap).

646. INNOVACIÓN EN LAS ESPONDILOARTROPATÍAS: EVIDENCIAS DESDE EL ANÁLISIS DE GÉNERO

V. Jovaní, M. Blasco-Blasco, M.T. Ruiz-Cantero, E. Chilet-Rosell, E. Pascual

Hospital General Universitario de Alicante; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Recientes estudios muestran una prevalencia de Espondiloartritis (EA) similar en ambos sexos. Históricamente se consideró una prevalencia mayor en hombres (H), contribuyendo al sub-diagnóstico o detección tardía en mujeres (M). Objetivo: determinar la evidencia y la calidad de los estudios sobre retraso diagnóstico de las EA en M y las manifestaciones clínicas al inicio y durante su curso, comparado con la EA en H.

Métodos: Revisión sistemática en Medline. Ecuación de búsqueda: Spondyloarthropathies AND: sex OR gender OR women OR woman. Criterios inclusión: artículos donde la EA es tema principal, analicen retraso diagnóstico e incluyan M. Criterios exclusión: editorial, revisión, casos, validación cuestionarios, técnicas diagnósticas/quirúrgicas. Revisión por pares: 824 resúmenes. Selección: 43 artículos. Evaluación de su calidad mediante criterios ad hoc basados en Guía STROBE y propuesta de Smith KE, Bambra C y cols en J Public Health (Oxf) 2009;31:210-21.

Resultados: Se estudiaron 22.982 pacientes-65% H, con EA axial (H: 11% y M: 8%) y axial y periférica (H: 51% y M: 26%). El retraso diagnóstico desde el comienzo de los síntomas se redujo en H y M con las modificaciones de los criterios diagnósticos, 1983: de 12,8 años en M y 10,3 en H a 2012: 4,8 y 4,6 años respectivamente (9/11 artículos muestran > retraso en M que en H). El HLA-B27 según sexo se muestra en 8 artículos: 50% la prevalencia de HLA-B27 es mayor en M, y en el restante 50% en H. 7 artículos aportan información por sexo sobre dolor lumbar/dorsal o artritis periférica como forma más frecuente del debut de la EA, siendo la frecuencia superior en H que en M en 4 de los 7 artículos que comparan ambos sexos, e inversamente 4/7 presentan mayor frecuencia de artritis periférica en M. En su evolución la sintomatología es: dolor lumbar/dorsal (82%M vs 91%H), artritis periférica (46%M vs 40%H), entesitis (48%M vs 33%H), uveítis (37%M vs 16%H). 81% de los estudios presentan calidad suficiente, mejorando después de 1980. Pero, 97% son retrospectivos, 86% de ámbito hospitalario/historias clínicas. 24% sin estrategia de reclutamiento adecuada, y 19% de las muestras no son representativas. 42% Sin grupo control adecuado. 17% no ajusta por factores de confusión, y 48% detalla las limitaciones.

Conclusiones: Ni el debut ni la evolución de la EA son iguales por sexo. El riesgo de mayor retraso diagnóstico disminuyó en ambos sexos con el cambio de los criterios diagnósticos de EA, siguiendo más elevado en M. Faltan datos consistentes sobre HLA-B27 por sexo. La calidad de las investigaciones sobre EA ha mejorado pero precisan estudios prospectivos, en atención 1ª, y mejorar los métodos de diseño y análisis.

736. ¿ESPONDILOARTROPATÍAS ATÍPICAS? ¿O SIMPLEMENTE LAS TÍPICAS DE LAS MUJERES?

M.T. Ruiz Cantero, V. Jovani, M. Blasco Blasco, E. Chilet Rosell, E. Pascual Gómez

Universidad de Alicante; Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El desconocimiento de la diferente semiología de las espondiloartropatías (EA) en las mujeres, respecto a su variante en hombres, está en el origen de una menor sospecha diagnóstica y errores diagnósticos en las mujeres; influyendo en la infra-estimación de su prevalencia y desigualdad de género en el acceso al tratamiento. Objetivo: reforzar las diferencias por sexo en los signos/síntomas (S/S) de la EA, la diversidad de errores diagnósticos previos, y el retraso diagnóstico.

Métodos: Diseño observacional y análisis de comparación de 2 grupos de pacientes: 96 hombres (H) y 54 mujeres (M) con EA, atendidos durante 1 año (2013-2014) en las consultas de Reumatología del Hospital General Universitario de Alicante. Fuente de información: Cuestionario semi-estructurado e historia clínica (HC) sobre: S/S previos al diagnóstico, retraso diagnóstico e itinerarios sanitarios, y diagnósticos previos alternativos/erróneos.

Resultados: Las EA se han confundido con 56 opciones diagnósticas alternativas/erróneas (en un 70,8% de los H y 93,8% de las M). Con los últimos criterios diagnósticos, hay más M: 31,5% que H diagnosticados de EA: 16,7%. El debut de la EA es con 25 síntomas diferentes referidos por los H (11 según HC clínica) y 20 por M (9 en HC), 18 comunes según los referidos por pacientes (7 comunes por HC). Más frecuentes en H: dolor lumbar 25%, de espalda 20,8% y cadera 8,3% vs en M: dolor espalda 22,2%, lumbar 18,5% y pies 14,8%. Los H tardan una media de 14 meses y las M 10, en demandar asistencia sanitaria tras la aparición de los síntomas. Mientras, la media del retraso en la atención médica hasta el diagnóstico de EA es de 7 y 9,75 años en hombres y mujeres, respectivamente; siendo más los especialistas que refieren a los H a Reumatología (n = 14) junto con la atención 1ª, que en las M (n = 8), las cuales son atendidas a petición de ellas (5,6%) y por urgencias 16,7% con > frecuencia que los H (a petición de ellos 1% y por urgencias 6,3%).

Conclusiones: No todos los signos y síntomas de las espondiloatropatías son referidos con la misma frecuencia en uno y otro sexo. Aplicando los nuevos criterios diagnósticos de 2009 se reducen las diferencias por sexo en el diagnóstico de EA. Pero, pese al conocimiento existente, la mímesis de prácticas profesionales diagnósticas obsoletas, como la aplicación de criterios diagnósticos sobrepasados induce a la no sospecha diagnóstica, confusión con diagnósticos erróneos y al retraso en la asistencia sanitaria. Son sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico con consecuencias en los itinerarios complejos de los/las pacientes previos al diagnóstico de EA, en el esfuerzo terapéutico y en la prevalencia de las EA, especialmente en mujeres.

Financiación: Instituto Salud Carlos III PI11/00865.

323. ESTADO DE SALUD DE MUJERES Y HOMBRES CUIDADORES DE GRANADA Y GIPUZKOA (ESTUDIO CUIDAR-SE)

M.M. García, M. del Río, J. Calle, C. Calderón, M. Machón, I. Mosquera

Escuela Andaluza de Salud Pública; Servicio Andaluz de Salud; Osakidetza.

Antecedentes/Objetivos: La literatura muestra la peor salud que presentan las mujeres cuidadoras informales respecto de los hombres. Son escasos los estudios diseñados en España para conocer la evolución de indicadores de salud de las personas que cuidan y sus determinantes. Los resultados preliminares que se presentan corresponden al primer corte temporal de un estudio multicéntrico longitu-