

predicción, utiliza directamente los algoritmos de los scores de riesgo que son métodos de estimación del riesgo cardiovascular basados en modelización matemática. Se obtienen mediante estudios epidemiológicos de cohortes con seguimiento prolongado. Estos modelos multifactoriales permiten estimar el riesgo de presentar un episodio cardiovascular generalmente en 10 años. La nueva versión 2.0 ofrece mejoras en el entorno gráfico de usuario (GUI) y en los formatos de ficheros que admite, además de elaborar gráficos con los resultados obtenidos. Está desarrollada en Shiny. El código fuente del proyecto está alojado en GitHub y disponible bajo licencia GNU/GPL. Desde el entorno gráfico principal, debemos suministrarle una base de datos en la que hemos recogido, para cada individuo, las variables sexo, edad, colesterol, HDL, TAS, TAD, fuma, diabetes e hipertrofia. Además de esto, seleccionaremos el modelo que deseamos aplicar: Framingham clásico, Framingham-Wilson, Regicor, Dorica, Score de riesgo alto o Score de riesgo bajo. El resultado obtenido es una nueva columna de datos, con los resultados de la estimación de riesgo cardiovascular para cada uno de los individuos de la base y según el modelo seleccionado. Conclusión: la nueva versión de CVR CALC, rediseñada y desarrollada en Shiny, ofrece la posibilidad de utilizar el programa directamente a través de la web y aumenta las posibilidades de interacción tanto a la hora de suministrarle datos como a la hora de visualizar y descargar los resultados.

307. UTILIDAD DE LOS MODELOS PREDICTIVOS. ANÁLISIS DE CURVA DE DECISIÓN (DCA). MODELO EMPIRE

B.M. Fernández-Felix, J. Allotey, K.S. Khan, S. Thangaratnam, A. Muriel, J. Zamora

Unidad de Bioestadística Clínica, Hospital Ramón y Cajal (IRYCIS); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); QMUL's Barts Research Centre for Women's Health (BARC), Queen Mary University of London.

Antecedentes/Objetivos: Los métodos estadísticos habituales para evaluar los modelos de predicción se basan en valorar su rendimiento como discriminación y calibración. Estos métodos no incorporan información de la utilidad del modelo. Un modelo preciso no siempre es un modelo útil en la práctica clínica. El objetivo del estudio es evaluar la utilidad clínica del modelo EMPIRE de predicción de crisis epilépticas en mujeres embarazadas.

Métodos: Usamos el conjunto de datos del estudio multicéntrico EMPIRE, que incluyó 399 mujeres embarazadas con epilepsia en tratamiento antiépiléptico en 50 unidades de maternidad del Reino Unido entre 2011 y 2014. Desarrollamos y validamos, interna y externamente, el modelo EMPIRE para predecir crisis epilépticas en el embarazo y hasta 6 semanas después del parto. El modelo incluyó tipo de crisis, edad en la primera crisis, antecedentes de enfermedad mental o dificultad de aprendizaje, presencia de crisis tónico-clónicas y no tónico-clónicas en los 3 meses previos al embarazo y dosis de lamotrigina. Evaluamos la utilidad clínica del modelo EMPIRE para la decisión de derivar a las mujeres a niveles asistenciales especializados con un seguimiento más estricto mediante un análisis de curva de decisión (DCA). Fijamos un umbral p_i para esta decisión y calculamos el beneficio neto para las diferentes estrategias de actuación (derivar a todas las mujeres, no derivar a ninguna o derivar según riesgo predicho). Se consideró la estrategia óptima aquella con el mayor beneficio neto.

Resultados: El modelo EMPIRE mostró un buen rendimiento en términos de discriminación con un área bajo la curva ROC de 0,78 (IC95% 0,74;0,82) y de calibración, testada gráficamente. Para el umbral de probabilidad de $p_i = 0,25$, fijado por un consenso de expertos, el beneficio neto de usar el modelo EMPIRE para tomar la decisión de derivación de las pacientes fue de 0,297. El beneficio neto para las estrategias alternativas de derivar a todas las pacientes o no derivar a ninguna fue 0,278 y 0, respectivamente. El uso del modelo evitaría una derivación incorrecta de 6 de cada 100 mujeres.

Conclusiones/Recomendaciones: El modelo EMPIRE puede ser usado para predecir el riesgo de crisis en mujeres embarazadas con epilepsia en tratamiento. Ha mostrado un buen rendimiento predictivo, y utilidad para la práctica clínica. El uso del modelo facilitará las decisiones sobre el manejo óptimo de estas mujeres personalizado a su perfil de riesgo.

865. COMMUNITY HEALTH BEYOND THE P-VALUE: HOW QUALITATIVE METHODOLOGIES CAN SUPPORT EVALUATION RESEARCH

V. Casseti, T. Sanders, A. Barnes

University of Sheffield.

Background/Objectives: Evaluating community interventions presents a challenge to traditional evaluation designs as communities are complex systems where it is difficult to account for the variety of factors affecting outcomes in health or in the social determinants. In recent years, in Spain, health promotion interventions implemented in local neighbourhoods have increasingly adopted an asset-based approach to design and deliver the intervention, which centres on working in partnership with local people and local organisations to enhance or improve the use of available resources (assets). However, understanding how these interventions actually work is challenging. This study aims to explore how asset-based approaches can promote health and reduce inequalities when implemented in less advantaged neighbourhoods.

Methods: Qualitative methodologies and theory-based evaluation approaches have been chosen to explore the perceived impact of an asset-based intervention in a local community in Spain. A theory of change about how the programme is expected to work has been developed, and field data will be collected using ethnographic methodologies combined with more participatory tools. The findings will be analysed using thematic analysis and contrasted with findings from the literature on asset-based approaches to promote health in communities, to develop a conceptual model of how these types of interventions work.

Results: A theory of change of the intervention has been co-produced with programme staff. It has shown how the programme has changed over the years to adapt to the needs and demand of the people and organisations it works with. A timeline of the programme has been developed as a result of the theory of change workshop. Assumptions have been discussed and areas where more information is needed about how the programme works have been identified. This has informed the focus of the field research. Data will be collected to respond to those gaps in the understanding of the intervention and will be contrasted with the theory of change to check initial assumptions.

Conclusions/Recommendations: Evaluating interventions in local communities is challenging and new approaches are needed. Qualitative methodologies, although often underestimated, can enhance the understanding of how complex health programmes adapt when implemented in complex systems like communities. When combined with more participatory approaches such as theory of change tools, qualitative research can contribute to provide valuable data on the mechanisms through which health programmes can achieve changes at local level and on the impacts which can be associated with the intervention.

Funding: Beca University Prize, de la Universidad de Sheffield.

787. CULTURAL COMPETENCE ASSESSMENT: ADAPTACIÓN CULTURAL, VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA AL CASTELLANO Y PROPUESTAS DE MEJORA

L. Raigal Aran, C. Ferré Grau, A.G. Belzunegui Eraso

Universitat Rovira i Virgili.

Antecedentes/Objetivos: Desde hace años, España ha sido el objetivo de inmigración para muchas personas. Acorde a esto, la población española ha ido cambiando progresivamente, volviéndose cada vez más culturalmente diversa. Por este motivo, la competencia cultural (CC) se ha convertido en un requisito fundamental para la sociedad y las instituciones. Concretamente, existe un sector en el que la adquisición de esta competencia repercute directamente en las personas, e indirectamente en la economía: hablamos del sector sanitario. El objetivo de este trabajo es adaptar y validar la primera herramienta al castellano que evalúe el constructo de Competencia Cultural en los profesionales de salud acorde a un modelo de atención cultural.

Métodos: El instrumento escogido fue de las autoras Schim et al (2003) acorde con su modelo de congruencia cultural: Cultural Competence Assessment (CCA). Se sometió a una traducción inversa, al método Delphi y a una prueba piloto. El análisis estadístico y métrico se realizó de una muestra de 576 profesionales de la salud de la atención clínica. Participaron profesionales de 54 instituciones distintas incluyendo desde hospitales de tercer nivel hasta consultorios rurales.

Resultados: La adaptación no presentó dificultades, tan solo algún término que se cambió debido a la concepción sociocultural: "cliente" por "paciente"; se incluyó "internet" en un ítem enfocado a la búsqueda de información. El análisis de fiabilidad de la CCA-Castellano demostró una adecuada consistencia interna global y de cada subescala (Total CCA-C: α : 0,86; conciencia-sensibilidad (10 ítems, α : 0,83) y búsqueda de información-comportamiento (15 ítems, α : 0,86). Para confirmar esta consistencia, se realizó la correlación media inter-ítem. Todos los ítems tuvieron valores $> 0,15$ menos uno (1,3) pero este obtuvo una desviación típica adecuada (1,8). El análisis factorial confirmatorio (KMO $< 0,05$) mostró una varianza total explicada del 50% con 2 factores. La estabilidad temporal se midió a través del retest (n = 84, Pearson: 0,53; Spearman: 0,57) con un intervalo de media 32 días.

Conclusiones/Recomendaciones: El modelo de Congruencia cultural define 4 categorías: conciencia cultural, sensibilidad cultural, búsqueda de información y comportamiento activo. El instrumento original las agrupa en 2 subescalas. Aunque el instrumento resulte válido al castellano con dos subescalas, parece interesante en un futuro analizar los ítems, tal y como se hizo en la versión italiana. El AFE muestra que el 64% de la varianza sería explicada con 4 factores. Esto permitiría analizar mejor y poder desarrollar una formación adecuada con las carencias en CC. Se propone realizar un método Delphi con un análisis factorial exploratoria para determinar esta hipótesis.

C032. Tabaco

Jueves, 13 de septiembre de 2018. 17:15-19:15
Aula 7

Moderan: Sofía Belo Ravara y Xavier Continente García

748. CONSUMO DE TABACO Y CANNABIS EN ESTUDIANTES DEL GRADO DE ENFERMERÍA DE CATALUÑA (ESTUDIO ECTEC)

C. Martínez, M. Fu, Y. Castellano, A. Baena, A. López, A. Bueno, K. Laroussy, E. Fernández

Unidad de Control del Tabaco, Instituto Catalán de Oncología; Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona; Universitat Oberta de Catalunya; Centro de Atención Primaria de Roses; Centro de Atención Primaria de Valls.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermeras son agentes de salud claves en la prevención y control del tabaquismo. Sin embargo, se desconoce cuál es la prevalencia de consumo de tabaco y cannabis de las estudiantes de enfermería en Cataluña. Los objetivos de este trabajo son analizar la prevalencia de consumo de tabaco y cannabis en estudiantes de enfermería, describir sus determinantes y patrón de consumo.

Métodos: Estudio multicéntrico de prevalencia mediante cuestionario autocumplimentado, dirigido a todas las estudiantes del Grado de Enfermería de Cataluña durante el curso 2015-16. Las preguntas incluían información sobre el consumo de productos del tabaco (cigarrillos manufacturados y de liar, shisha, cigarrillos electrónicos) y cannabis, además de diversas variables sociodemográficas. Se realizó un análisis descriptivo y se calcularon odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza (IC) del 95% para estudiar los factores relacionados con el consumo.

Resultados: La participación fue del 57,2% (n = 4.381). El 29,7% fumaban (18,4% diariamente y 11,3% ocasionalmente). El consumo diario aumentaba con la edad (≤ 19 : 10,8%; 20-24: 20,0%; ≥ 25 : 27,6%; $p < 0,001$). Entre quienes fumaban, el 66,4% consumía cigarrillos manufacturados, el 47,0% de liar, el 10,0% shisha y el 0,4% cigarrillos electrónicos. El 71,5% presentaba una dependencia baja a la nicotina. Los principales predictores de fumar fueron: ser ≥ 25 años (OR: 2,57, IC95%: 2,03-3,26) y provenir de otras comunidades autónomas (OR = 1,82, IC95%: 1,30-2,54). El 11,5% consumía cannabis (diaria u ocasionalmente), principalmente los hombres (OR = 2,81, IC95%: 2,11-3,73).

Conclusiones/Recomendaciones: El consumo de tabaco en este colectivo es elevado. Sería recomendable realizar campañas en las Universidades para fomentar el abandono de tabaco y cannabis, teniendo en cuenta que la dependencia a la nicotina es baja y que el consumo se consolida con edad.

Financiación: Consejo de Enfermeras de Cataluña.

568. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER DE PULMÓN EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA. IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN

C. Vidal, M. Fu, N. Travier, M. García

Instituto Catalán de Oncología-IDIBELL.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del estudio fue identificar grupos de población que podrían obtener un mayor beneficio neto de intervenciones preventivas (cesación tabáquica y cribado de cáncer de pulmón) adaptadas a su riesgo individual.

Métodos: Se utilizó la Encuesta Nacional de Salud del 2011-2012 (n = 21.006) para estimar la proporción de dos perfiles de riesgo de desarrollar cáncer de pulmón: 1. Individuos de alto riesgo: 55-74 años, con historia de consumo de 30 paquetes-año y en caso de ser exfumador, haber abandonado el consumo de tabaco hace ≤ 15 años (criterios NLST) y que, además, obtuviesen un riesgo $\geq 2\%$ de desarrollar cáncer de pulmón en seis años según el modelo de predicción de riesgo PLCom2012. Por su riesgo inmediato, estos individuos serían susceptibles de beneficiarse de alguna estrategia de detección precoz. 2. Individuos potencialmente a riesgo: fumadores menores de 55 años que alcanzarían los criterios NLST si mantenían el consumo de tabaco pero que evitarían ser población de alto riesgo si abandonasen el hábito tabáquico. Finalmente, se estimó el número absoluto de personas que se incluirían en cada uno de los perfiles de riesgo mediante la extrapolación de los resultados del análisis de la ENSE a los datos de la población española (censo 2014).

Resultados: La proporción de individuos de alto riesgo fue de 2,5% (4,4% en hombres, 0,9% en mujeres), mientras que la proporción de individuos potencialmente a riesgo fue de 4,5% (6,0% de los hombres, 3,1% de las mujeres). En cifras absolutas, los grupos de población diana