

dar que se envía desde los programas de cribado y que no menciona los efectos adversos y recomienda aceptar la invitación al cribado. La variable principal fue la decisión informada, una variable dicotómica definida como conocimiento adecuado e intenciones consistentes con las actitudes. Las variables secundarias fueron confianza en la decisión tomada, conflicto decisional, intención de participar en el cribado y participación. Se utilizaron las pruebas chi-cuadrado, t de Student y test de Mann-Whitney para comparar las variables de resultado en los dos grupos.

**Resultados:** En el grupo intervención, 47 de 203 mujeres (23,2%) tomaron una decisión informada versus 1 de 197 mujeres (0,5%) en el grupo control ( $p < 0,001$ ). El 33,5% de las mujeres en el grupo de intervención tenían un conocimiento adecuado de beneficios y efectos adversos del cribado en comparación con el 1% en el grupo de control. Las actitudes hacia el cribado fueron similares en ambos grupos de estudio, 75,9% de las mujeres en el grupo de intervención expresaron una actitud positiva frente al 78,7% en el grupo control ( $p = 0,58$ ). La intención de participar en el cribado fue elevada y similar en ambos grupos de estudio, 82,8% versus 82,2% ( $p = 0,995$ ). El conflicto decisional fue significativamente menor en el grupo intervención y no se observaron diferencias en la confianza en la decisión, ansiedad, orientación temporal y riesgo percibido de cáncer de mama.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La información sobre los beneficios y efectos adversos del cribado aumentó la cantidad de mujeres que tomaron una decisión informada con un conflicto decisional menor y sin variar la intención de participar en el cribado ni la confianza en su decisión.

Financiación: FIS14/00113 Instituto de Salud Carlos III, cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) "Una manera de hacer Europa".

### 309. AN INDIVIDUALIZED BREAST CANCER RISK PREDICTION MODEL TO PERSONALIZE MAMMOGRAPHY SCREENING

J. Louro, M. Román, M.J. Quintana, F. Saladié, M. Prieto, X. Bargalló, M. Posso, M. Sala, X. Castells

*IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute); Research Network on Health Services in Chronic Diseases (REDISSEC); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Breast Cancer Screening Program of Tarragona, The Foundation League for the Research and Prevention of Cancer; Breast Cancer Screening Program, Principality of Asturias; Hospital Clínic.*

**Background/Objectives:** The balance between risk and benefits of breast cancer screening has been widely discussed. In order to improve its effectiveness, studies have proposed personalized screening strategies based on woman's individual breast cancer risk. We developed and validated a model to estimate the absolute breast cancer risk for women targeted for mammography screening.

**Methods:** We conducted a retrospective cohort study of 99 300 women aged 50–69 years with at least two screening mammograms at two areas of the Spanish Breast Cancer Screening Program between 1995 and 2015, and followed up until 2017. We used partly conditional Cox hazards regression to estimate the hazard ratios in women with family history of breast cancer, previous benign breast disease, and previous mammographic features. We modeled the non-breast cancer age-specific mortality using information from the Spanish National Statistics Institute to account for competing risks, and the breast cancer incidence using information from other seven areas of the Spanish Breast Cancer Screening program. We estimated the 4-, 6- and 8-year absolute risk of breast cancer for each woman, based on their personal characteristics. The model was developed using 60% of the study population and validated with the remaining 40%. The area under the ROC curve (AUC) was used to assess the discriminatory power of the model.

**Results:** Our results show that women with higher risk were those with a family history of breast cancer (HR = 1.49), previous calcifications (HR = 2.40) and a previous proliferative benign breast disease (HR = 2.88). The 4-, 6- and 8-year breast cancer risk of a 52-year-old woman without any risk factor was 0.61%, 0.95% and 1.30%. A woman with the same age, family history of breast cancer, previous calcifications and a previous proliferative benign breast disease had a risk of 6.24%, 9.49% and 12.79% in 4, 6 and 8 years, respectively. The AUC for these 3 models reached 0.594, 0.601 and 0.597, respectively.

**Conclusions/Recommendations:** We developed an individual breast cancer risk prediction model using information on age, family history of breast cancer, previous mammographic features and previous benign breast diseases. The model had a modest discrimination power. Individualized prediction models including risk factors such as mammographic density and genetic variations that improve their discriminatory power are needed before they can be used in a screening context.

Funding: Instituto de Salud Carlos III FEDER; (PI15/00098) and (PI17/00047).

### C036. Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías/Gestão e avaliação de serviços e tecnologias de saúde

Viernes, 14 de septiembre de 2018. 9:30-11:30  
Aula 6

Moderan: José Lorenzo Valencia Martín  
y Pamela Pereyra-Zamora

### 671. CONOCIMIENTO Y USO DE MECANISMOS DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN EN LATINOAMÉRICA

A. Miranda-Mendizábal, I. Vargas, A. Mogollón, P. Eguiguren, I. Samico, E. Rodríguez, F. Bertolotto, D. Amarilla, M.L. Vázquez

*Consorci de Salut i Social de Catalunya; Universidad del Rosario; Universidad de Chile; Instituto de Medicina Integral; Prof. Figueira; Universidad Veracruzana; Universidad de la República; Universidad Nacional de Rosario.*

**Antecedentes/Objetivos:** La introducción de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles de atención busca mejorar la coordinación clínica y la calidad de la atención. La evaluación de su impacto es limitada en general y casi inexistente en Latinoamérica. El objetivo es determinar el grado de conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención existentes en las redes sanitarias públicas en seis países de Latinoamérica.

**Métodos:** Estudio transversal mediante la encuesta COORDENA a una muestra de médicos de atención primaria (AP) y especializada (348 médicos por país) de redes sanitarias públicas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay (mayo a octubre de 2015). Variables de análisis: conocimiento y uso de mecanismos de coordinación de la información (hoja de interconsulta/contraderivación, informe de alta hospitalaria, teléfono y correo electrónico institucional (solo conocimiento); y de la gestión clínica (guías de práctica clínica/protocolos (GPC) y reuniones conjuntas). Factores asociados: sociodemográficos y condiciones laborales. Se realizó análisis descriptivo.

**Resultados:** Se observó un alto grado de conocimiento de los mecanismos de coordinación de la información clínica entre niveles en las redes de todos los países. En cambio, el uso es alto para

hojas de interconsulta/contraderivación, pero se identifica una gran variabilidad en el uso del informe de alta hospitalaria (entre 29,9% Uruguay y 74,7% México) y teléfono institucional (entre 2,1% Colombia y 57,1% Argentina). También hay diferencias en la proporción de médicos de AP que declaran recibir el informe de alta en tiempo adecuado para tomar decisiones (entre 57,5% México y 92,2% Argentina). El conocimiento y uso de las GPC es limitado en ambos niveles, excepto en Chile y México (conocimiento: 64,9%, 87,9%; uso: 89,3%, 86%, respectivamente). El conocimiento (entre 8,7% Brasil y 52,3% Chile) y la participación (entre 4% Uruguay y 14,8% Argentina) en reuniones conjuntas es limitado. La finalidad de uso reportada de la hoja de interconsulta/contraderivación y del informe de alta hospitalaria, es similar en todos los países y, ocasionalmente, inadecuada.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Esta es la primera encuesta realizada sobre coordinación entre niveles de atención en diferentes países de Latinoamérica. El conocimiento y uso limitado, por los médicos, de los mecanismos de coordinación existentes en las redes sanitarias parece mostrar una escasa difusión de los mismos en las instituciones y por tanto, un impacto reducido. Indica además la necesidad de desarrollar estrategias que promuevan su conocimiento y uso eficiente.

Financiación: FP7/2007–2013–305197.

## 1065. FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN 7 PAÍSES DE EUROPA

A. Sarría Santamera, Y. Ramallo Farina, M.A. García Bello, P. Serrano Aguilar, J. Martín Fernández

ENS ISCIH; IMIENS-UNED; UAH; REDISSEC; SESCS; FUNCANIS; CIBICAN; Consultoripo Villamanta (CS Navalcarnero); URJC.

**Antecedentes/Objetivos:** La utilización de servicios de salud se asocia con factores predisponentes, capacitantes y de necesidad. En Europa existe una gran diversidad de modelos de AP. El objetivo de este trabajo es evaluar la asociación entre el uso de las consultas de AP en 7 países de Europa y las características individuales de los pacientes y de los sistemas de salud de dichos países.

**Métodos:** Se analizan los datos de una encuesta de salud realizada en 7 países de Europa en personas con al menos 1 consulta en AP el año previo a través de modelos multinivel con dos niveles. La variable dependiente fue el número de visitas a AP y se utilizó una función link de Poisson. Se ajustaron 3 modelos. El modelo 1 (modelo vacío) no contenía variables de exposición y estima la varianza atribuible a las diferencias entre países. El modelo 2 incluía variables de nivel individual (nivel 1) para estimar la proporción de varianza de las diferencias entre países que es explicada por las variables a nivel de individuo. Y el modelo 3 incluyó las características de los sistemas sanitarios de los diferentes países lo que permite determinar su asociación con el número de visitas. Se agregó un término aleatorio a nivel de país para ajustar los efectos no incluidos. El resto de las variables se incluyeron como efectos fijos. Se utilizó el IRR para evaluar el efecto de las variables de exposición en cada nivel.

**Resultados:** La variación en las visitas en AP entre países es de 0,6 en el modelo 1. Después de ajustar por las características de nivel individual (modelo 2), la varianza a nivel de país fue 0,50. La variación se reduce a 0,14 en el modelo 3 al incluir las variables de sistema sanitario. La edad, ser mujer, vivir en zonas rurales, tener una clase social baja, ser enfermo crónico y tener mala salud se asociaron significativamente con más visitas en AP, presentando todas estas características individuales IRR significativos. Tener un modelo de Seguridad Social (IRR = 1,86;  $p < 0,05$ ) y copago en AP (IRR = 0,34;  $p < 0,01$ ) se asociaron también con más visitas en AP. La inclusión de estas variables hace que la variación se reduzca en mayor proporción. La estima-

ción del MMR para cada modelo confirma estos resultados pasando de 2,45 en el modelo 1 a 1,55 en el modelo 3.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El análisis multinivel permite determinar tanto la variabilidad entre países como el efecto de los diversos tipos de variables en la utilización de servicios y resulta apropiada su aplicación para llevar a cabo estudios de comparación de utilización de servicios entre países. Tanto las variables de nivel individual, como especialmente de nivel de sistema sanitario, presentan una influencia importante para explicar las diferencias entre países en el número de visitas en AP.

Financiación: REDISSEC.

## 990. IMPACTO DEL CESE DEL AISLAMIENTO DE CONTACTO PARA EL CONTROL DE *E. COLI* BLEE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

M. Fontán Vela, I. Fernández Jiménez, E. Jiménez González de Buitrago, E. Gallego Ruiz de Elvira, P. Jurado Macías, S. Veleza Sánchez, L. Zazo Morais

Hospital Universitario Infanta Leonor; ARES.

**Antecedentes/Objetivos:** *E. coli* es el microorganismo productor de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) más habitual en el medio nosocomial y en la comunidad. El CDC (Centers of Disease Control) recomienda instaurar medidas de precaución de contacto para los microorganismos productores de dichas enzimas. Sin embargo, la evidencia respecto a la efectividad de estas medidas para el control de *E. coli* BLEE (ECB) en el entorno hospitalario no es concluyente. Sumado al impacto negativo en términos de coste económico y seguridad del paciente, junto al dudoso efecto en la reducción de su transmisión, se hace necesario ampliar el estudio de la efectividad de dichas medidas. El objetivo es evaluar las repercusiones del cese de las medidas de aislamiento en la incidencia de infección/colonización nosocomial por ECB.

**Métodos:** Comparación de la incidencia de infección/colonización nosocomial por ECB mientras se mantienen precauciones de contacto (período pre: 15 nov 2015-15 nov 2016) y tras su cese (período post: 16 nov 2016-15 nov 2017).

**Resultados:** Durante el período de estudio se detectaron un total de 172 casos de infección/colonización por ECB: 76 (44,2%) en el período pre y 96 (55,8%) en el período post. En el primer período, se registraron un 44,7% de infecciones y un 55,3% de colonizaciones y, en el segundo, se registraron un 53,1% de infecciones y un 46,9% de colonizaciones ( $\chi^2$ :  $p > 0,05$ ). La mediana de ingreso en el grupo pre fue de 13 días (RIQ: 8-23,75) y en el grupo post de 9 días (RIQ: 4-15,75), siendo significativa esta diferencia (U Mann-Whitney  $p < 0,001$ ). La incidencia de infección/colonización nosocomial por ECB en el período pre fue de 60,5% y en el período post fue de 19,8% ( $\chi^2$ :  $p < 0,001$ ). Del total de infecciones por ECB (85), en el período pre se identificaron un 47,1% de origen nosocomial frente a un 27,5% en el período post ( $\chi^2$ :  $p = 0,064$ ), no siendo estadísticamente significativa. Del total de colonizaciones por ECB (87), en el período pre se identificaron un 71,4% de nosocomiales frente a un 11,1% en el período post ( $\chi^2$ :  $p < 0,001$ ), siendo estadísticamente significativa esta diferencia. En el primer período, se detectaron 5 ECB productores de carbapenemasa, de los cuales 4 eran OXA y 1 KPC. En el período post se detectó 1 caso correspondiente a KPC.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El cese de las medidas de aislamiento de contacto en pacientes con infección/colonización por ECB no se ha visto acompañado de un aumento en la incidencia de infección/colonización nosocomial sino al contrario. La incidencia ha sido mayor en el período durante el que se aplicaban medidas de aislamiento de contacto, coincidiendo con un período de estancias más prolongadas.