

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, 7ª 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, Bamba 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 espondiloartropatías 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 mimesis 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-