

GACETA SANITARIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Revista Fundada en 1888 como Gaceta Sanitaria de Barcelona

Comité editorial

Director

Esteve Fernández (*L'Hospitalet*)

Editor adjunto

Santiago Pérez Hoyos (*Valencia*)

Editores asociados

Fernando Antoñanzas (*Logroño*)

Mireia Espallargues (*Barcelona*)

Iñaki Galán (*Madrid*)

Pere Godoy (*Lleida*)

Manel Nebot (*Barcelona*)

Glòria Pérez (*Barcelona*)

Enrique Regidor (*Madrid*)

Alberto Ruano (*Santiago de Compostela*)

Consejo asesor

Rosa María Alberdi (*Sevilla*)

Jordi Alonso (*Barcelona*)

Carlos Álvarez-Dardet (*Alicante*)

Josep Maria Antó (*Barcelona*)

Francisco Bolúmar (*Alicante*)

Xavier Bonfill (*Barcelona*)

Josep Maria Borràs (*Barcelona*)

Francesc Borrell (*Barcelona*)

Juan Cabasés (*Pamplona*)

Jaume Canela (*Washington*)

Miguel Carrasco (*Madrid*)

Mercè Casas (*Barcelona*)

Xavier Casas (*Barcelona*)

Xavier Castells (*Barcelona*)

Concha Colomer (*Valencia*)

Alfonso Contreras (*Washington*)

M. Corral (*Madrid*)

Jaume Costa (*Bruselas*)

José Ignacio Cuervo (*Barcelona*)

Antonio Cueto (*Oviedo*)

Miguel Delgado (*Jaén*)

Marta Durán (*Madrid*)

Lena Ferrús (*Barcelona*)

Gonçal Foz (*Barcelona*)

Fernando G. Benavides (*Barcelona*)

Ana M. García (*Valencia*)

Juan J. Gervas (*Madrid*)

Miguel Gili (*Sevilla*)

M. O. Giménez (*Cádiz*)

Luis I. Gómez (*Zaragoza*)

Carlos Alberto González (*Barcelona*)

Isabel Izarzugaza (*Vitoria*)

Pablo Lázaro (*Madrid*)

Félix Lobo (*Madrid*)

Guillem López-Casasnovas (*Barcelona*)

Gonzalo López-Abente (*Madrid*)

Esteban de Manuel (*Zaragoza*)

José María Martín Moreno (*Valencia*)

Elvira Méndez (*Barcelona*)

Conchi Moreno (*Pamplona*)

Carlos Murillo (*Barcelona*)

Andreu Nolasco (*Alicante*)

Manuel Oñorbe (*Madrid*)

Vicente Ortún (*Barcelona*)

Armando Peruga (*Washington*)

Antoni Plasència (*Barcelona*)

Jaume Puig (*Barcelona*)

Eduard Portella (*Barcelona*)

Francisco Pozo (*Madrid*)

Oriol Ramis (*Barcelona*)

Fernando Rodríguez-Artalejo (*Madrid*)

Joan Rovira (*Barcelona*)

Montse Rué (*Lleida*)

Dolores Ruiz (*Madrid*)

Lluís Salleras (*Barcelona*)

Emilio Sánchez-Cantalejo (*Granada*)

Andreu Segura (*Barcelona*)

Jordi Sunyer (*Barcelona*)

Maties Torrent (*Maó*)

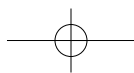
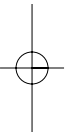
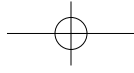
Joan Ramon Villalbí (*Barcelona*)

M. Victoria Zunzunegui (*Madrid*)

Entidades que patrocinan GACETA SANITARIA mediante suscripciones institucionales



El contenido de esta publicación refleja exclusivamente las conclusiones y hallazgos propios de los autores y no de los patrocinadores, presentándose como un servicio a los profesionales sanitarios



GACETA SANITARIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Revista Fundada en 1888 como Gaceta Sanitaria de Barcelona

GACETA SANITARIA
Órgano Oficial de la Sociedad Española
de Salud Pública
y Administración Sanitaria  **SESPAS**

www.elsevier.es/gs

ISSN: 0213-9111

Periodicidad: 6 números al año.

Dirigida a:

Profesionales de la Salud Pública, la Epidemiología, la Medicina Preventiva y Comunitaria, y la Administración y Gestión de Servicios Sanitarios.

Incluida en: Medline/Pubmed, Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index, IME, Toxline, Cancerlit, Aidsline, Cab Health, EMBASE, Cuiden, Eventline, Healthstar, SCOPUS.

Correspondencia científica:

ELSEVIER ESPAÑA, S.L.
 Travesera de Gracia, 17-21 • 08021 Barcelona
 Tel.: 932 000 711 • Fax: 932 091 136.
 Correo electrónico: gs@elsevier.com

Publicidad y relaciones institucionales:

SupportServeis
 Calvet, 30 • 08021 Barcelona
 Tel.: 932 017 571
 Correo electrónico: rosaroda@supportserveis.com

© Copyright 2009 Elsevier España, S.L.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

ELSEVIER ESPAÑA, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de GACETA SANITARIA con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Suscripciones y atención al cliente:

Elsevier España, S.L.
 Travesera de Gracia, 17-21. 08021 Barcelona
 Tel.: **902 888 740**
 Correo electrónico: suscripciones@elsevier.com

Tarifa suscripción anual: IVA incluido

Profesionales	93,44 €
Instituciones	236,58 €

Precios válidos sólo para España

Los socios de SESPAS o de Sociedades federadas incluyen GACETA SANITARIA dentro de su cuota de asociación

Protección de datos: Elsevier España, S.L., declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Miembro de la Asociación de Prensa Profesional APP

Sección: Ciencias de la Salud

Depósito Legal: B. 27.056-1987

Impresión: Hurope, S.L.

Papel ecológico libre de cloro.

Esta publicación se imprime en papel no ácido.

This publication is printed in acid-free paper.



Travesera de Gracia, 17-21. 08021 Barcelona
 Tel. 932 000 711. Fax: 932 091 136

Infanta Mercedes, 90. 28020 Madrid
 Tel. 914 021 212. Fax: 914 250 423

Sociedades Federadas a SESPAS (www.sespas.es)

Asociación de Economía de la Salud
 Asociación de Juristas de la Salud
 Asociación Madrileña de Administración Sanitaria
 Hipatia

Red Española de Atención Primaria
 Sociedad Canaria de Salud Pública
 Sociedad Española de Epidemiología

Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica
 Sociedad Española de Sanidad Ambiental
 Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears
 Asociación de Enfermería Comunitaria

Consejo Directivo SESPAS

Junta Directiva SESPAS

Andreu Segura (*Presidente*)
 Anna García-Altes (*Tesorera*)
 Hermelinda Vanaclocha (*Secretaria*)
 Carlos M. Artundo (*vocal*)
 Enrique Bernal (*vocal*)
 Carme Borrell (*vocal*)
 Carlos Elvira (*vocal*)
 Javier Marion (*vocal*)
 M. Ángeles Prieto (*vocal*)
 Nicolás Rodríguez (*vocal*)
 José R. Repullo (*Presidente anterior*)
 Lluís Bohigas (*Presidente anterior*)

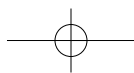
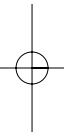
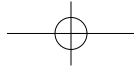
Presidentes y representantes de Sociedades

Temáticas

Enrique Bernal (*Asociación de Economía de la Salud*)
 Teresa Brugal (*Sociedad Española de Epidemiología*)
 José Vicente Martí Boscá (*Sociedad Española de Sanidad Ambiental*)
 Isabel Montero (*Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica*)
 Luis García Olmos (*Red Española de Atención Primaria*)
 Rafael Álvaro Millán (*Asociación de Juristas de la Salud*)
 Francisca Anaya (*Asociación de Enfermería Comunitaria*)

Territoriales

Enrique Cruz (*Hipatia*)
 Dolores Fiuza (*Sociedad Canaria de Salud Pública*)
 Ángel Fernández (*Asociación Madrileña de Administración Sanitaria*)
 Montserrat Casamitjana (*Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears*)



XIII CONGRESO SESPAS

Sevilla, 4-6 de marzo de 2009

COMITÉ ORGANIZADOR

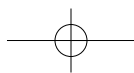
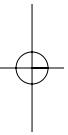
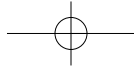
Patxi Cuberta Galdós (*Presidente*)
Carlos Artundo Purroy (*Vicepresidente*)
Anna García Altés
Celia Gómez González
Cristina Torró García-Morato
Dolores Fiuza Pérez
Emilia Sánchez Ruiz
Epifanio de Serdio Romero
Francisco J. Gallardo Gálvez
José Antonio Navarro Caballero
José Miguel Carrasco
Luis Andrés López Fernández
M.^a Ángeles Prieto Rodríguez
María Isabel Baena Parejo
María José Pérez Lozano
Nicolás Rodríguez Vedia
Rafael Pereiro Hernández
Ramón Pelayo Rodríguez
Reyes López Márquez
Soledad Márquez Calderón

COMISIONADO PARA EL CONGRESO

Carlos Álvarez-Dardet

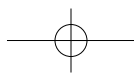
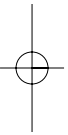
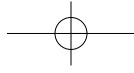
COMITÉ EVALUADOR CIENTÍFICO

Soledad Márquez Calderón (*Coordinadora*)
Áurea Morillo García
Aurora Llanos Méndez
Blanca Lumbreras Lacarra
Carmen Alberich Martí
Cristian Tebé Cordero
Enrique Bernal Delgado
Fernando García Benavides
Gastón Babio Pereira
Iñaki Gutiérrez Ibarluzea
Isabel Ruiz Pérez
Isabel Villar Fernández
Joan Mendivil Medina
José María Martínez Sánchez
José Miguel Martínez Martínez
Luis Palomo Cobos
M.^a Dolores Fiuza Pérez
Maica Rodríguez Sanz
Olga Solas Gaspar
Reyes López Márquez
Rosanna Peiró Pérez
Teresa Cerdá Mota
Vinita Mahtani Chugani



COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO

Fernando García Benavides (*Presidente*)
Aurora Bueno Cavanillas (*Vicepresidenta*)
Andreu Segura Benedicto
Antonio Daponte Codina
Antonio Pla Martínez
Beatriz González López-Valcárcel
Carmen Cabezas Peña
Carmen Navarro
Concepción Violán
Elena Aldasoro
Esteban de Manuel Keenoy
Esteve Fernández Muñoz
Fernando López Fernández
Ferran Martínez Navarro
Herme Vanaclocha
Ildefonso Hernández Aguado
Isabel de la Mata Barranco
Joan Ramón Villabí Hereter
José María Martín Moreno
José Ramón Repullo Labrador
José Vicente Martí Bosca
Josep Figueras
Josep M.^a Antó Boqué
Lucía Artázcoz Lazcano
Luis Gómez López
M.^a del Mar García Calvente
M.^a José Rabanaque Hernández
Marisol Rodríguez
Miguel Delgado Rodríguez
Nicolás Olea Serrano
Ricard Meneu de Guillerna
Vicenta Escribà



XIII Congreso SESPAS
Sevilla, 4-6 de marzo de 2009

TIEMPOS PARA LA SALUD PÚBLICA	1
Carlos Álvarez-Dardet Díaz Comisionado del Congreso	
INFORME SOBRE LA EVALUACIÓN DE LAS COMUNICACIONES PRESENTADAS AL XIII CONGRESO DE LA SESPAS	2
MESAS ESPONTÁNEAS	
Evaluación del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto en España: 2004-2007	5
¿Pueden la danza, la música y la risa mejorar la salud de la población?	7
La evaluación del impacto en salud: una herramienta para elaborar políticas públicas y privadas saludables	9
Género y cuidados informales de salud	10
Los problemas del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España. Implicación de los profesionales de los servicios de prevención y del Sistema Nacional de Salud	12
Selección de medicamentos en los hospitales españoles	14
Instrumentos y herramientas para la atención sociosanitaria en inmigración	15
COMUNICACIONES ORALES	
Evaluación en atención primaria	18
Intersectorialidad y acción local en salud	20
Evaluación de tecnologías e intervenciones sanitarias	22
Investigación en servicios de salud	25
Lesiones por tráfico: morbimortalidad y conductas de riesgo	27
Medioambiente y salud	30
Infecciones nosocomiales	32
Salud sexual y reproductiva	34
Atención primaria y salud pública	37
Promoción y acción local en salud en poblaciones desfavorecidas	39
Acceso y uso de servicios sanitarios por la población inmigrante	42
Cribado de cáncer de mama y colorrectal	44
Intervenciones para la prevención de accidentes de tráfico	46
Estudios de mortalidad y sus causas	49
Dependencia/salud de las personas mayores	51
Cuestionarios e instrumentos de medición del estado de salud	53
Violencia y riesgos para la salud mental en niños y jóvenes	56
Violencia de género: situación actual, factores asociados y precipitantes	58
Vigilancia y protección de la salud	61
Políticas de salud/participación ciudadana	64
Calidad asistencial y gestión sanitaria	68
Innovaciones de gestión en salud pública	71
Tabaco: hábitos e intervenciones para reducir su uso	74
Salud laboral	77
Dieta y alimentación: impacto en la salud	80
Desigualdades en salud	83
Inmigración y salud	87
Inmigración y salud sexual reproductiva	90
Promoción de salud en los centros educativos	92
Ciudadanos y agentes sociales: opiniones y compromisos con la salud	95
Tecnologías de la comunicación y gestión del conocimiento	97
Estudios sobre uso de medicamentos y sus efectos	99

Drogodependencias/adicciones	102
Medición y monitorización del estado de salud en las poblaciones	104
Actividad física, obesidad y diabetes	106
Sensibilidad de género en planificación, gestión y práctica clínica	109
Infancia y medio ambiente	111
PÓSTERES	
Acción local en salud e intersectorialidad	114
Cáncer	119
Exposición ambiental a plaguicidas y otros productos químicos	126
Uso de servicios y atención sanitaria a la población inmigrante	131
Comunicación y salud	136
Desigualdades de género en salud	142
Gestión en salud pública: estudios y experiencias	148
Investigación en Servicios de Salud (I)	152
Políticas de salud/planificación sanitaria	157
Gestión clínica y calidad de la atención sanitaria	162
Seguridad de los alimentos y agua de consumo humano	168
Inmigración y salud	174
Tabaco: exposición, impacto y políticas de prevención	180
Economía de la salud	185
Gestión ambiental/protección de la salud	190
Evaluación y gestión de las tecnologías sanitarias	196
Estilos de vida y salud	202
Vigilancia de la salud (I)	206
Problemas de salud: morbilidad e impacto	211
Infancia y medioambiente	215
Salud sexual y reproductiva	219
Salud laboral	225
Vacunas	231
Métodos	236
Desigualdades en salud	242
Promoción de la salud	247
Uso de medicamentos: investigación y gestión	253
Vigilancia de la salud (II)	259
Prevención de la legionelosis	265
Formación	270
Brotos	276
Dependencia, salud de los mayores y cuidados	280
Intervenciones para reducir las desigualdades en salud	286
Medioambiente y salud	290
Investigación en Servicios de Salud (II)	296
Estilos de vida en niños y jóvenes	300
Gestión sanitaria	307
ÍNDICE DE AUTORES	313

Tiempos para la salud pública

La salud pública vive momentos de cambio, fruto de transformaciones que están sucediendo en nuestras sociedades. Frente a estas realidades, proponemos un debate para abordar *nuevas estrategias y nuevas formas de organización* que puedan dar respuesta a los grandes retos que tenemos planteados, como la globalización, la crisis del actual modelo económico o el cambio climático y sus impactos sobre la salud.

Después de 26 años organizando congresos SESPAS con implicación personal directa en cuatro de ellos –Valencia, Sevilla, Granada y Pamplona–, estoy convencido de que ahora vivimos realmente “*tiempos para la salud pública*”. Tanto la Unión Europea como el Gobierno de España y varias comunidades autónomas se encuentran en procesos de reorganización de la actividad profesional en salud pública, con importantes reformas legislativas en la agenda. En el ámbito mundial, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CSDHWHO) ha concluido recientemente su trabajo con una llamada a trabajar políticamente por la equidad, cuestión que ya SESPAS ha planteado en términos parecidos en sus últimos informes.

También el nombramiento de Ildelfonso Hernández Aguado, como director general de salud pública en el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha abierto expectativas de desarrollo, habida cuenta de su papel tan relevante como presidente de una de nuestras sociedades, la Sociedad Española de Epidemiología. Expectativas éstas, en cierto modo, parecidas a las que levantó, a principios de 1980, el nombramiento de Enrique Nájera para el mismo puesto.

Por otro lado, la administración parece haberse convencido de la necesidad de dotarnos de dispositivos de producción de información sanitaria nueva de calidad y está financiando un CIBER de epidemiología y salud pública (CIBERESP), que precisamente celebra su reunión anual en el marco del congreso SESPAS.

Ante esta situación hicimos, hace meses, una invitación a debatir y aportar la mejor inteligencia y evidencia disponible que permita visibilizar problemas y aportar soluciones sobre diferentes temas que consideramos fundamentales.

Entre ellos, hemos querido destacar los de salud y medioambiente, entendido éste no sólo en su vertiente física, sino también en la social y política, y que incluye aspectos relacionados con la promoción y protección de la salud en nuestro tiempo, las relaciones entre urbanismo y salud pública, y el impacto del entorno social y de la convivencia saludable en la salud.

En el ámbito de las políticas para salud pública se han abierto espacios para temas, como el trabajo intersectorial, la salud en todas las políticas –siendo un buen ejemplo de este trabajo intersectorial la coordinación imprescindible entre el Sistema Nacional de Salud y la Seguridad Social–, la evaluación del impacto en salud, las reformas en salud pública y el buen gobierno, los ayuntamientos y otros socios estratégicos, la acción local y la acción global en salud pública, la nueva dimensión de los servicios sanitarios en un contexto descentralizado, la irrupción de la bioeconomía y las desigualdades en salud por clase social, género o grupo étnico.

Y, para satisfacción general, nuestra invitación ha tenido una respuesta más que aceptable, tanto en número como en calidad de comunicaciones científicas.

En los días del congreso pretendemos aunar 2 ambiciones: mostrar y debatir una producción científica de calidad y actualizada, y además traducirla en implicaciones útiles y efectivas para las políticas de salud pública. Queremos hacer abogacía e influir en las reformas en curso en nuestro país.

Pretendemos que sea un congreso sensible a las innovaciones en discurso y formatos, abierto a lo que está ocurriendo en todo el mundo y que nos influye o sobre lo que influimos. Esperamos que sea reflejo de la mejor producción y aportaciones de las sociedades científicas integradas en SESPAS, pero también de otras entidades relevantes en salud pública y queremos que se abra a otros sectores, disciplinas y organizaciones con impacto significativo en la salud. Nos encontraremos con profesionales de las disciplinas más clásicas en SESPAS, y que fueron sus fundadoras, como la epidemiología, la gestión sanitaria, el derecho sanitario o la economía de la salud, y con las de más reciente incorporación, como la enfermería comunitaria o la epidemiología psiquiátrica. Hemos hecho también un esfuerzo para llamar a otras sociedades científicas y profesionales, concernidas por los “*tiempos para la salud pública*” a unirse a nuestra convocatoria en Sevilla. Necesitamos disciplinas transversales, hasta ahora poco presentes en nuestros congresos, como la ética social, la sociología, la psicología, el análisis de políticas públicas, el urbanismo, los estudios de género, la etnografía o las ciencias de la comunicación.

Además, la apuesta por facilitar y promover la participación y aportaciones de las personas y profesionales jóvenes que trabajan en salud pública constituye uno de los elementos centrales del congreso.

Como siempre, además de todos los temas relacionados directamente con el lema del congreso, también se pretende recoger la producción científica que se haya producido en todos los sectores de la salud pública. Es una excelente ocasión para compartir nuestras experiencias y los resultados de las investigaciones que hacemos.

Os damos la bienvenida a Sevilla y Andalucía, y os agradecemos vuestras aportaciones y contribuciones para construir y hacer vuestro un congreso de salud pública novedoso y atractivo. Por nuestra parte, hemos intentado crear las condiciones que lo faciliten. Deseamos que sea un encuentro científicamente potente, a la vez que influyente, saludable y divertido.

SESPAS ha iniciado con este congreso, y en mi persona, la figura del comisionado para el congreso; por supuesto que agradezco la confianza y recomiendo que siga habiendo comisionados o comisionadas en el futuro. Hay veces que la transmisión de información entre los comités de los congresos no es todo lo fluida que debiera, o que los congresos no se benefician de la experiencia acumulada en la organización. En esta edición ha sido todo muy fácil, teniendo a Patxi Cuberta y Carlos Artundo en el comité organizador (que, como todos los productos andaluces, ha sido de lujo) y a Fernando García Benavides y Sole Márquez (también productos andaluces) en el científico, con el apoyo de la Secretaria General de Salud Pública de la Junta de Andalucía, que puedes incluso decir que estás enfermo, darte de baja..., y que hagan ellos el trabajo.

Carlos Álvarez-Dardet Díaz

Comisionado del Congreso

Informe sobre la evaluación de las comunicaciones presentadas al XIII Congreso de la SESPAS

Introducción

Como comité evaluador científico (CEC), cumplimos con la ya tradicional obligación de explicar el proceso de evaluación de los resúmenes de las comunicaciones recibidas en los congresos SESPAS.

En este XIII Congreso de SESPAS, esta tarea ha sido especialmente laboriosa, debido al gran número de resúmenes recibidos (886), que ha superado con creces no sólo lo habitual en los congresos de SESPAS, sino las propias expectativas de los organizadores. Una novedad de esta edición del congreso ha sido la oportunidad de presentar comunicaciones sobre experiencias innovadoras, además de las ya habituales, procedentes de estudios e investigaciones. Quizás esto haya tenido que ver con el alto número de comunicaciones recibidas.

Seleccionar comunicaciones, tomar decisiones sobre la asignación a presentación oral o póster, reunir esta cantidad de trabajos por áreas temáticas para configurar las distintas sesiones, ha sido un reto importante. El objetivo de este informe es dar cuenta de todo este proceso y hacerlo transparente para todos/as.

Métodos

Información y recepción de comunicaciones

Las normas de presentación de comunicaciones y mesas espontáneas, así como los criterios de evaluación de éstas, se hicieron públicos mediante la página web del XIII Congreso de SESPAS, Sevilla 2009. El sistema único de envío de comunicaciones y propuestas de mesas espontáneas fue la página web, gestionada por la secretaría técnica.

Evaluación

El CEC ha estado compuesto por 23 personas, profesionales de distintos ámbitos de la salud pública y la administración sanitaria. En el reparto de comunicaciones a los/as evaluadores/as se garantizó que ninguna persona tuviera que valorar resúmenes de autores/as pertenecientes a su misma institución de trabajo. Se procuró que la mayoría de comunicaciones que se asignaban a un/a evaluador/a fueran de un área temática afín a la suya habitual de trabajo o en la que tuviera experiencia profesional previa, aunque, dado el alto número de comunicaciones recibidas, esto no fue posible en la totalidad de los casos. Se pidió a los/as evaluadores/as que si no se sentían con experiencia para evaluar un tema concreto, o detectaban un conflicto de interés, lo comunicaran a la coordinadora del CEC. Esto ocurrió en muy pocas ocasiones, y en esos casos la coordinadora del CEC asignó la comunicación a otra persona del comité.

A cada evaluador/a se le concedió un permiso para acceder a la página web, de forma que pudiera acceder al texto de las comunicaciones y anotar las puntuaciones. Excepto en el caso de la coordinadora del CEC, que podía acceder a todos los datos, los/as evaluadores/as accedían a una versión del texto de las comunicaciones en la que no aparecían los nombres de los/as autores/as ni de la institución.

La evaluación se hizo en base a 5 criterios, de tal manera que la nota máxima que podía otorgar un/a evaluador/a era 10 y la mínima 0 (tabla 1).

Tabla 1

Criterios de evaluación

Criterios	Puntos
Resumen bien estructurado y claramente redactado	0-1
Objetivos alcanzables y formulados con claridad	0-1
Diseño y metodología adecuados a los objetivos y bien descritos	0-3
Presentación clara de los resultados	0-2
Relevancia del tema	0-2
Originalidad	0-1
Total	0-10

Cada resumen fue evaluado por 2 personas del CEC. Como puntuación final, se consideró la media entre las puntuaciones de estas 2 personas, excepto en los casos que precisaron una tercera valoración.

Se consideró que existía discordancia en la evaluación de un resumen en los siguientes casos: cuando uno/a de los/as evaluadores/as puntuaba por debajo de 5 y otro/a puntuaba 5 o más (dado que el 5 marcaba la diferencia entre aceptar o no una comunicación); cuando los/as dos evaluadores/as puntuaban como 5 o más, pero la diferencia entre ambos/as era igual o mayor a 4 puntos. Este último caso se consideró discordancia, a pesar de que no había duda sobre la aceptación de la comunicación. Se hizo así porque la puntuación final de una comunicación se utilizó para decidir la asignación de las comunicaciones a presentación oral o en póster y también para el acceso a los diferentes premios del congreso. Por ese motivo, cuando una comunicación era puntuada como 5 y 9 (por ejemplo) requería una resolución de la discrepancia.

La resolución de discrepancias se hizo mediante la evaluación por una tercera persona del propio CEC, interviniendo 5 personas en esta fase. El valor final de la evaluación se obtuvo como media de las 3 puntuaciones (si la distancia entre ellas era similar) o como media de las 2 puntuaciones más cercanas (cuando 2 puntuaciones eran cercanas y una se alejaba de esas dos; esto fue frecuente, dado que la tercera evaluadora solía estar de acuerdo con un/a de los/as evaluadores/as previos y en desacuerdo con otro/a).

El CEC hizo todo el trabajo a través de internet, correo electrónico y, cuando fue necesario, teléfono. No hubo ninguna reunión presencial del CEC completo, pero sí hubo dos reuniones presenciales para la resolución de discrepancias de las personas del CEC implicadas en esta tarea. En estas reuniones se finalizó la selección de comunicaciones que se consideraban aceptadas: todas aquellas con una puntuación final de 5 o mayor.

Criterios para la formación de las sesiones de comunicaciones

Se calculó, en primer lugar, el número de espacios para comunicaciones orales durante el congreso, teniendo en cuenta la disponibilidad de salas y las sesiones plenarias e invitadas. Como en congresos de SESPAS previos, se consideró importante que no se presentaran simultáneamente en el mismo horario comunicaciones orales y en póster (excepto las orales de mesas espontáneas que sí coinciden con sesiones de comunicaciones en póster, para rentabilizar los espacios). Asimismo, se decidió que las grandes sesiones plenarias (con-

ferencias invitadas y mesas redondas clave del congreso) no coincidieran con la presentación de comunicaciones. Con todas estas premisas, el espacio disponible admitía la presentación de 273 comunicaciones orales (31 de las cuales forman parte de propuestas de mesas espontáneas y 242, no).

A pesar de que el número de espacios para comunicaciones orales ha sido superior al de otros congresos, sólo ha sido suficiente para albergar un 34% del total de comunicaciones aceptadas. Por ello, ha sido necesario usar unos criterios muy estrictos para la presentación oral y, además, un número importante de comunicaciones de muy buena calidad ha tenido que ser asignado para presentación en formato de póster.

El proceso de asignación de las comunicaciones aceptadas a sesiones orales o de pósteres fue el siguiente. En primer lugar, se respetó la preferencia de los/as autores/as en el 100% de los casos en que eligieron presentación en formato póster. Se aceptaron como comunicaciones orales aquellas que, habiendo solicitado esta forma de presentación, tenían una puntuación mínima de 7. Entre las comunicaciones cuyos/as autores/as habían elegido la opción "indiferente" en la pregunta sobre preferencia de presentación, sólo se asignaron a presentación oral aquellas con puntuación de 7,5 o superior.

Cuando las comunicaciones se agruparon por áreas temáticas, hubo que hacer algunas excepciones al proceso explicado en el párrafo anterior. Así, algunas comunicaciones que inicialmente se habían asignado a presentación oral (según preferencia y puntuación) tuvieron que reasignarse a presentación en póster por no tener una sesión temática oral donde ubicarse. Igualmente, algunas comunicaciones asignadas a presentación como póster en una primera fase, fueron luego reubicadas como orales para poder completar una sesión temática oral.

Para la agrupación por áreas temáticas se tuvieron en cuenta las propias áreas temáticas elegidas por los/as autores/as y la realización de búsquedas en la base de datos por palabras clave.

Resultados

Comunicaciones y propuestas de mesas espontáneas recibidas

Se recibió un total de 886 resúmenes y 8 propuestas de mesas espontáneas (cifras tras la eliminación de duplicados y de comunicaciones sin contenido). De las 886 comunicaciones, 31 pertenecían a 7 de las propuestas de mesas espontáneas. Las comunicaciones ligadas a la octava propuesta de mesa espontánea no se recibieron.

Resultados del proceso de evaluación

De las 886 comunicaciones recibidas y evaluadas, en 10 casos se pidió a los/as autores/as que aunaran varios resúmenes en uno, por considerarse que no estaba justificado dividir el trabajo en varias comunicaciones.

El porcentaje de discrepancias entre pares de evaluadores/as fue del 20%, si bien la mitad de ellas fue de diferencias mínimas (una persona puntuaba 4 y otra 5, o una puntuaba 4 y otra 6), que en un 75% de los casos se dirimieron por la tercera evaluadora en el sentido de aceptación de la comunicación. Una vez resueltas las discrepancias por las terceras evaluadoras, el resultado fue el siguiente: 795 comunicaciones aceptadas (31 de mesas espontáneas y 764 libres) y 91 rechazadas (10,3%). Se aceptaron 7 de las 8 propuestas de mesas espontáneas recibidas, siendo el motivo de rechazo de una de esas propuestas no haber llegado a presentar los resúmenes de las comunicaciones correspondientes.

Procedencia geográfica e institucional

En la tabla 2 se presenta la distribución de las comunicaciones aceptadas por comunidades autónomas de procedencia, o en su caso desde el extranjero, y el porcentaje que supone sobre el total. De las

Tabla 2

Procedencia geográfica de las comunicaciones aceptadas

Comunidad autónoma	Número	%
Andalucía	425	53,46
Aragón	11	1,38
Asturias	5	0,63
Baleares	7	0,88
Canarias	11	1,38
Cantabria	3	0,38
Castilla-La Mancha	8	1,00
Castilla y León	6	0,75
Cataluña	144	18,11
Ceuta	1	0,13
Comunidad Valenciana	62	7,80
Extremadura	3	0,38
Galicia	13	1,63
Madrid	36	4,53
Murcia	15	1,89
Navarra	3	0,38
Rioja	1	0,13
País Vasco	26	3,27
Extranjero	15	1,89
Total	795	100

795 comunicaciones aceptadas, 425 son de Andalucía (algo más de la mitad) y 370 de otras comunidades o países. Además de Andalucía, las comunidades autónomas con mayor número de comunicaciones han sido Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco.

Con la distribución según tipo de institución que se ha realizado (tabla 3), cabe destacar que el mayor porcentaje de comunicaciones (31%) procede del ámbito académico. Un porcentaje similar (28%) correspondió a trabajos enviados desde la administración (ya fuera central, autonómica, provincial o local) y casi una cuarta parte a los servicios de salud pública y atención primaria.

Distribución de las comunicaciones según temas y forma de presentación

Del total de comunicaciones aceptadas, 31 estaban enmarcadas en las 7 mesas espontáneas aceptadas y, por tanto, se asignaron a presentación oral. Las áreas temáticas de las mesas espontáneas se presentan en la tabla 4.

Las comunicaciones seleccionadas para presentación oral –fuera de las propuestas de mesas espontáneas– fueron 242, que se distribuyeron en 37 sesiones. A 10 sesiones se les asignó un espacio de 2 h (8 comunicaciones orales por sesión) y a 27, un espacio de hora y media (6 comunicaciones orales por sesión). A presentación en formato de póster fueron asignadas 522 comunicaciones (65,6%), que se distribuyeron en 37 sesiones temáticas de hora y media. En cada sesión se incluyeron alrededor de 15 comunicaciones (mínimo de 10 y máximo de 16 comunicaciones por sesión). Las áreas temáticas de las comunicaciones se presentan en la tabla 5.

Las áreas temáticas con un mayor número de comunicaciones (en porcentajes similares) han sido: servicios sanitarios y tecnologías,

Tabla 3

Instituciones de procedencia de las comunicaciones aceptadas

Tipo de institución	Número	%
Administración a nivel central, autonómico y provincial	164	20,63
Administración local (ayuntamientos y agencias municipales)	58	7,29
Servicios de salud pública y de atención primaria (distritos, centros)	194	24,40
Hospitales	110	13,84
Universidad, escuelas de salud pública, centros de investigación y unidades docentes	249	31,32
Otros (ONG, asociaciones, sindicatos, empresas)	20	2,52
Total	795	100

Tabla 4
Temas de las mesas espontáneas

Título de la mesa	Número de comunicaciones
Evaluación del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto en España: 2004-2007	6
¿Pueden la danza, la música y la risa mejorar la salud de la población?	4
La evaluación del impacto en salud: una herramienta para elaborar políticas públicas y privadas saludables	4
Género y cuidados informales de salud	4
Los problemas del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España	5
Selección de medicamentos en los hospitales españoles	3
Instrumentos y herramientas para la atención sociosanitaria en inmigración	5
Total	31

Tabla 5
Distribución de comunicaciones aceptadas por áreas temáticas

	N	%*
Servicios sanitarios y tecnologías sanitarias	124	16,23
Investigación en servicios de salud		
Evaluación y gestión de las tecnologías sanitarias		
Economía de la salud		
Calidad asistencial y gestión clínica y sanitaria		
Uso de medicamentos y sus efectos: investigación y gestión		
Desigualdades en salud	107	14,00
Desigualdades sociales y de género en salud		
Intervenciones para reducir las desigualdades en salud		
Inmigración y salud		
Violencia de género		
Vigilancia y protección de la salud	102	13,35
Vigilancia de la salud		
Brotes/infecciones nosocomiales		
Seguridad de los alimentos y agua de consumo humano		
Gestión ambiental/protección de la salud		
Prevención de la legionelosis		
Políticas, planificación y gestión en salud pública	100	13,09
Políticas de salud y planificación		
Gestión en salud pública		
Promoción de la salud/intersectorialidad y acción local en salud		
Participación ciudadana		
Sensibilidad de género en planificación y gestión		
Estilos de vida y riesgos para la salud	95	12,43
Tabaco		
Dieta y alimentación: Impacto en la salud		
Actividad física, obesidad y diabetes		
Salud sexual y reproductiva		
Drogodependencias/adicciones		
Estilos de vida, violencia y riesgos para la salud infantil y juvenil		
Salud ambiental	51	6,68
Medioambiente y salud		
Exposición ambiental a plaguicidas y otros productos químicos		
Infancia y medio ambiente		
Estudios de morbimortalidad	43	5,63
Estudios de mortalidad y sus causas		
Problemas de salud: morbilidad e impacto		
Cáncer		
Medición y monitorización del estado de salud en las poblaciones		
Salud laboral	24	3,14
Dependencia/salud de los mayores/cuidados	22	2,88
Comunicación y salud	22	2,88
Métodos de investigación	22	2,88
Formación	15	1,97
Vacunas	13	1,70
Lesiones por tráfico	12	1,57
Atención primaria y salud pública	12	1,57
Total	764	100

En las áreas con más de un 5% de comunicaciones se especifican los temas que incluyen.

*Porcentajes calculados sobre el total de comunicaciones aceptadas que no son de mesas espontáneas (764).

desigualdades en salud, vigilancia y protección de la salud, políticas de salud y gestión en salud pública, y estilos de vida.

En relación a congresos anteriores, cabe destacar el alto número de comunicaciones sobre vigilancia y protección de la salud. Muchas de estas comunicaciones están relacionadas con la experiencia de los/as profesionales de farmacia y veterinaria de salud pública, que hasta ahora han participado escasamente en los congresos SESPAS. Asimismo, es destacable el gran número de comunicaciones sobre estudios y experiencias relacionadas con la salud de la población inmigrante (incluidas en el área temática de desigualdades en salud).

Consideraciones finales

Si el éxito de un congreso de salud pública se mide por la cantidad y calidad de la participación de las personas que trabajan en este ámbito, hemos de expresar nuestra satisfacción por el éxito obtenido *a priori*. El número de comunicaciones recibidas (886) ha sido superior al de ediciones anteriores de los congresos SESPAS (256 en el congreso de 2007, en Barcelona, y 122 en el congreso de 2005, en Las Palmas) y ha superado las expectativas de los propios organizadores.

La calidad de las comunicaciones ha sido muy aceptable (10% de rechazos). Sin embargo, como CEC, queremos expresar dos retos para el futuro.

Por una parte, sería necesario mejorar la calidad de las comunicaciones sobre experiencias. Ha sido la primera vez que en un congreso SESPAS se ha hecho una llamada para el envío de este tipo de comunicaciones, obteniendo una buena respuesta. Pensamos que es fundamental que SESPAS siga en esta línea en futuros congresos, de forma que la sociedad no sea ajena al trabajo a pie de obra de la salud pública y que todas las profesiones de la salud pública sean parte de SESPAS. Creemos también que hay que pensar en estrategias para mejorar la calidad de estas comunicaciones sobre experiencias y la forma de evaluación de las mismas. La falta de costumbre en la evaluación de este tipo de comunicaciones ha hecho que el porcentaje de discrepancias entre evaluadores/as haya sido este año más alto que en ediciones anteriores del congreso.

Un segundo reto para SESPAS, a nuestro juicio, debería ser un cambio en los criterios de evaluación de las mesas espontáneas. La posibilidad de presentación oral de una comunicación que se presenta dentro de una propuesta de mesa espontánea es mayor que la de una comunicación libre. Una forma de mejorar esto en el futuro sería abrir la posibilidad de hacer sesiones espontáneas en formato póster. De esta forma, cuando la mayoría de las comunicaciones de una propuesta de mesa espontánea no superase la puntuación que se decida para la presentación oral, se podría aceptar la sesión en este formato.

Somos conscientes de que muchas personas cuyas comunicaciones de excelente calidad han sido asignadas a la presentación en formato de póster, pueden sentirse frustradas. Sin embargo, la única manera de incluir 795 comunicaciones en 2,5 días de congreso ha sido asignar un 66% de éstas a formato póster. Como en otros congresos, se hará una presentación oral de unos 4 minutos a pie de cartel. A todas estas personas les agradecemos la comprensión, ya que apenas ha habido quejas en este sentido.

Por último, agradecemos a todas las personas que han remitido sus resúmenes su participación y su colaboración.

XIII Congreso SESPAS

Sevilla, 4-6 de marzo de 2009

MESA ESPONTÁNEA I

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

Evaluación del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto en España: 2004- 2007

Modera: Montserrat García

ME-01. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES QUE HAN ESTADO EXPUESTOS A AMIANTO EN ESPAÑA 2004-2007

M. García Gómez, R. Castañeda López, et al

Ministerio de Sanidad y Consumo; por el Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS.

Antecedentes/Objetivos: El seguimiento de los trabajadores expuestos a amianto persigue cuatro metas principales: identificar poblaciones de alto riesgo, identificar situaciones sobre las que actuar preventivamente, descubrir daño para la salud producido por el trabajo y desarrollar las actuaciones para el tratamiento, rehabilitación y reconocimiento como enfermedad profesional. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas diseñaron y consensuaron con las organizaciones empresariales y sindicales representativas en 2003 un Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado expuestos a Amianto, con el objetivo de garantizar una intervención adecuada, uniforme y armonizada en todo el Estado. El objetivo de este estudio es evaluar el funcionamiento del Programa en los años 2004 a 2007.

Métodos: Se evalúan todas las etapas del Programa mediante indicadores que permiten homogeneizar los denominadores y facilitar la comparabilidad de los datos en todas las Comunidades. Los indicadores cubren la evaluación de estructura, de proceso y resultados. La información se recoge a través de una ficha diseñada al efecto que recoge datos de las empresas y trabajadores que han utilizado amianto, los recursos asignados al Programa en cada Comunidad, trabajadores a los que se realiza el primer reconocimiento, demora, seguimiento, y enfermedades encontradas.

Resultados: Cuatro años después de aprobado el Programa, 15.136 trabajadores procedentes de 11 Comunidades Autónomas y pertenecientes a 106 empresas, están incluidos en el Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto. El 54% son trabajadores inactivos (jubilados y parados) y el 46% activos. La cobertura es del 76%, la demora de 68 días, y el 7,9% de los trabajadores no quiere participar. 208 trabajadores tienen EPOC, 535 placas pleurales, 152 asbestosis, 64 cáncer de pulmón y otros 28, mesotelioma; 32 trabajadores presentan otros cánceres con posible relación con el amianto (gástrico, de laringe y colon). El número de estas enfermedades declaradas como profesionales es menor al 1%.

Conclusiones: El consenso y la participación alcanzados alrededor de este Programa está permitiendo alcanzar coberturas de las políticas de prevención de riesgos laborales muy superiores a las que se consi-

guen con la mera actuación institucional y elaboración de normativa, ya que en el primer año de implantación del Programa (2004) se duplicó el número de trabajadores atendidos ((el Registro de Empresas con Riesgo de Amianto –RERA– funcionante desde 1984, contenía 2.500 trabajadores en 2003), y en el cuarto año se ha sextuplicado.

ME-02. RECONSTRUCCIÓN DE LA COHORTE DINÁMICA DE TRABAJADORES EXPUESTOS A AMIANTO EN LA COMUNIDAD DE MADRID. PROBLEMAS ENCONTRADOS

M.F. González Gómez, M.C. Álvarez Castillo, M. Martínez Vidal, M. Zimmermann Verdejo, M.J. Sagüés Cifuentes, et al

Servicio de Salud Laboral; Dirección General de Ordenación e Inspección; Consejería de Sanidad; Comunidad Autónoma de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Es conocido el riesgo que para la salud supone la inhalación de las fibras de amianto y la gravedad de las patologías asociadas a dicha exposición. Durante décadas ha estado permitida en España la fabricación de productos con este material, por lo que numerosos trabajadores estuvieron expuestos a estas fibras en su ambiente laboral. Las Administraciones Sanitarias son las responsables de la Vigilancia de la Salud de los trabajadores que estuvieron expuestos a amianto una vez que éstos dejan la empresa en la que tuvieron la exposición al amianto (jubilación, desempleo, o cambio de empresa). En la Comunidad de Madrid se puso en marcha el Programa para la vigilancia de la salud de los trabajadores que han estado expuestos a amianto con el objeto de garantizar la vigilancia médica específica de estos trabajadores y, de darse el caso, facilitar el reconocimiento de la enfermedad profesional. Para ello fue necesaria la creación de un Registro de expuestos. Este trabajo pretende describir las fases de reconstrucción de la cohorte de expuestos de la Comunidad de Madrid –iniciada en el año 2004–, y analizar las dificultades y progresos relacionados con el programa.

Métodos: Dada la falta de información y la dispersión de la existente, se acudió a diferentes fuentes para la identificación, localización e inclusión de éstas en la cohorte. Dichas fuentes fueron: listado de trabajadores con reconocimientos médicos de amianto (INSHT: 1987-2002 y Unidad de Neumología Laboral del ISCIII). Captación activa de trabajadores con historia de exposición: contacto directo con las empresas del Registro de Empresas con Riesgo de Amianto. Datos de filiación y estado vital: búsqueda en tarjeta sanitaria, estadísticas de mortalidad (1989-2006) y padrón continuo.

Resultados: A octubre del 2008 la cohorte la componen 4.701 trabajadores de 66 empresas (92,41% hombres, 2,30% mujeres, y 5,29% sin información). De la cohorte, se ha localizado al 82% (filiación y estado vital conocidos); de ellos el 64,1% ya no trabaja o lo hace en una empresa diferente (son post-ocupacionales) y ha fallecido el 11,02%. Dicha cohorte es la base sobre la que se sustenta el resto de actividades del programa, actualmente funcionando.

Conclusiones: Dada la importancia de este tipo de programas y del carácter abierto del registro, establecer nuevos mecanismos que favorezcan la comunicación con las fuentes y no despreciar posibles vías no exploradas hasta la fecha son estrategias a considerar para solventar o reducir las dificultades existentes para el rescate de información.

ME-03. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE SALUD EN TRABAJADORES EXPUESTOS A AMIANTO EN NAVARRA. AÑO 2007

V. García López, A. Beloqui, A. Parra, A. Hoyo, C. Alsua, M. Palomino, C. Cipriain, L. Artieda, et al

Sección de Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria. Instituto Navarro de Salud Laboral.

Antecedentes/Objetivos: Desde el año 1996 se construyó la cohorte de trabajadores expuestos a amianto a partir de diversos registros documentados desde 1984. La búsqueda exhaustiva ha hecho posible construir una cohorte de 2.431 trabajadores para una población de menos de 600.000 habitantes. Es la mayor cohorte relativa del Estado.

Métodos: Desde la Sección de Epidemiología laboral del INSL se ha coordinado el Programa de Vigilancia de la Salud para los trabajadores documentalmente expuestos a amianto en Navarra. Entre los recursos asistenciales se cuenta con neumólogos de la red pública, médicos del trabajo de servicios de prevención propios y ajenos y entidades contratadas.

Resultados: La cohorte de trabajadores expuestos a amianto en Navarra al final de 2007 es de 2.431, 2.043 hombres y 388 mujeres pertenecientes a 62 empresas de riesgo. Además, se han producido 126 éxitos y 33 casos perdidos. Entre los recursos sanitarios, Navarra cuenta en la Red Pública con 2 centros de referencia y 2 neumólogos entrenados. Además, desde la Sección del INSL se coordina el seguimiento de esta actividad con 7 servicios de prevención propios y 8 ajenos. Entre los indicadores de proceso del Programa en 2007, en el 74,4% de los trabajadores expuestos, en el 85% de los activos postexpuestos y en el 59% de los inactivos ha sido vigilada su salud por el Programa. Lo que supone la realización de 284 reconocimientos específicos sólo durante este año. En 17 casos se han encontrado patologías relacionadas con el riesgo (6% de los reconocimientos realizados), todos ellos varones. Sólo un caso de estos se ha declarado como enfermedad profesional. Durante el período de seguimiento, en total se han declarado 2 enfermedades profesionales y se ha detectado un total de 190 patologías relacionadas (10 en mujeres y 180 en hombres). Tres mesoteliomas pleurales, 2 peritoneales y 10 neo pulmón y 2 de laringe (todos los cánceres detectados en otros registros).

Conclusiones: El seguimiento de los trabajadores que fueron laboralmente expuestos a amianto, algunos hace más de 30 años, dada la fisiopatología de la enfermedad, hará posible detectar la epidemia de la patología relacionada con amianto (mesotelioma de pulmón, ca. pulmón y laringe, fundamentalmente) en los próximos años. El esfuerzo exigido exige una labor de coordinación importante para llevar a cabo el Programa de Vigilancia y el reconocimiento laboral de esta patología.

ME-04. LA VIGILANCIA DE LA SALUD REALIZADA POR LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN EN LOS TRABAJADORES ACTIVOS Y POST-EXPUESTOS ACTIVOS DENTRO DEL PLAN DE ACTUACIONES SANITARIAS EN PERSONAS CON EXPOSICIÓN LABORAL A AMIANTO EN CASTILLA Y LEÓN

M. Elvira Espinosa, C. García Regidor, J. Fernández Rodríguez, L. Vegas Prieto, J.C. Ibáñez Martín, E. Aguado Cuenca, T. Velayos Pablo, M.L. Sánchez González, B. Susinos Arroyo, et al

Consejería de Sanidad; Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación; Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: La Consejería de Sanidad aprobó mediante Orden SAN/667/2007, de 2 de abril, el Plan de Actuaciones Sanitarias en personas con exposición laboral al amianto en Castilla

y León en el marco del Programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto en España. El objetivo de este trabajo es plasmar la importancia del papel de los servicios de prevención en la vigilancia de la salud de los trabajadores activos y postexpuestos activos.

Métodos: El sistema recoge información necesaria para elaborar un registro de trabajadores expuestos. La actividad 7 del Plan, referente a velar por el cumplimiento de la normativa en la vigilancia de la salud de los trabajadores con exposición laboral al amianto, que continúan en activo en las mismas empresas, se realiza mediante la recogida en fichas de los resultados de la vigilancia de la salud desarrollada por los servicios de prevención.

Resultados: Elaborado el registro de personas con exposición laboral al amianto en Castilla y León, el número total de personas en el año 2007 es de 1.532 (excluidos fallecidos). El 59,07% son trabajadores activos (con exposición actual y/o trabajadores no expuestos pero en la misma empresa en la que estuvieron expuestos) y el 40,93% trabajadores pasivos (jubilados, desempleados, otros). De los 905 trabajadores en activo, cuya vigilancia de la salud corresponde a la empresa a través de su servicio de prevención, se han realizado 555 reconocimientos, obteniéndose los siguientes datos relativos a la patología derivada de la exposición al amianto: 6 placas pleurales, 6 derrames pleurales, 1 mesotelioma pleural y 5 con otras neoplasias. En períodos acumulados 2004-2006, los resultados fueron 1 asbestosis, 19 placas pleurales, 1 derrame pleural, 3 fibrosis pulmonares y 1 mesotelioma pleural.

Conclusiones: De los datos obtenidos, se comprueba la necesaria colaboración entre la administración sanitaria y los servicios de prevención en la aplicación y actualización de protocolos específicos. Esta colaboración se ha visto favorecida por la implantación del Plan Autonómico y del Programa Nacional, manifestado en los resultados de la vigilancia de la salud que han ido remitiendo los servicios de prevención durante 2007.

ME-05. LOGROS DE LA COLABORACIÓN CON LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA VIGILANCIA POSTOCUPACIONAL DE LOS TRABAJADORES EXPUESTOS AL AMIANTO EN LA RIOJA

L. Miralles Martínez-Portillo, et al

Dirección General de Salud Pública y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: La puesta en marcha del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a amianto en La Rioja se enmarca dentro del Plan Integral aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2003. Las actividades que contempla el Plan comienzan con la elaboración del registro de empresas y trabajadores expuestos y terminan con el reconocimiento médico-legal de las enfermedades derivadas de la exposición al amianto que pudiera desarrollar el trabajador. La administración de la Seguridad Social dispone de bases de datos de todos los trabajadores con su vida laboral, y es el organismo con potestad para reconocer la contingencia profesional de las patologías derivadas de la exposición. El objetivo de este trabajo es describir los cauces de comunicación creados entre diferentes ámbitos administrativos y competenciales.

Métodos: Se acudió a diferentes fuentes para elaborar el registro de empresas y trabajadores expuestos en su medio laboral. Se solicitó oficialmente a la Dirección Provincial del INSS la información de los domicilios actuales de aquellos trabajadores que no podíamos localizar. Se accedió a las estadísticas oficiales de incapacidades por contingencia profesional reconocidas en La Rioja mediante reuniones entre las autoridades sanitarias y de la Seguridad Social de La Rioja.

Resultados: En La Rioja no se había reconocido hasta la fecha ningún caso de neoplasia maligna relacionada con el amianto. La

búsqueda activa desde el CMBD (Conjunto Mínimo de Datos Hospitalarios) facilitó la localización de 48 casos diagnosticados de mesotelioma entre los años 1999/2005. De ellos, el 56,25% ha fallecido a fecha de hoy. Ninguno de ellos pertenecía a nuestra cohorte de trabajadores expuestos. Las reuniones entre las autoridades sanitarias y de la Seguridad Social de La Rioja han servido para establecer los procedimientos para el intercambio de información: la Dirección Provincial del INSS facilita la información de los domicilios actuales de aquellos trabajadores que no se pueden localizar. La Dirección General de Salud Pública actúa de nexo de unión entre las Inspecciones Médicas y los Equipos de Valoración de Incapacidades del INSS, para los casos de sospecha de una enfermedad incapacitante atribuible al amianto.

Conclusiones: A pesar de las resistencias y dificultades iniciales, la colaboración con el sistema de la Seguridad Social puede y debe ser lograda, dado que es imprescindible para localizar a los trabajadores que han estado expuestos al amianto, y para conseguir el reconocimiento profesional de las enfermedades derivadas de esta exposición. La colaboración con el sistema de la Seguridad Social abre el camino para mejorar los datos de declaración de enfermedades profesionales.

ME-06. RECONSTRUCCIÓN Y PRIMEROS RESULTADOS DE LA COHORTE DE TRABAJADORES EXPUESTOS A AMIANTO EN CATALUÑA

S. Pitarque, O. Fàbrega, N. de Lara, A. Company, J.L. de Peray, J. Delclos, F.G. Benavides, et al

Unidad de investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra. CIBER de Epidemiología en Salud Pública; Unitat de Salut Laboral de Barcelonés – Costa de Ponent; Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; Division of Environmental and Occupational Health Sciences. The University of Texas School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: Aunque el amianto en España fue prohibido en 2001, se ha estimado que unas 800 empresas utilizaron unas 2,6 millones de toneladas de amianto en España entre 1900 y 2000. Estas empresas, desde 1984, deberían darse de alta en el Registro de Empresas con riesgo de Amianto (RERA), lo que ha permitido identificar a los trabajadores que estuvieron expuestos para realizar la vigilancia postocupacional de su salud, preceptiva por ley. El objetivo de esta comunicación es describir la reconstrucción y los primeros resultados de esta cohorte en Cataluña, donde la exposición fue importante.

Métodos: Tras la redacción de un protocolo de vigilancia sanitaria específica para trabajadores expuestos a amianto y el diseño de la aplicación informática que gestionará la cohorte, se procedió a la identificación de trabajadores que estuvieron expuestos a amianto a partir de dos fuentes de datos: el registro de trabajadores visitados en los Centros de Seguridad y Salud Laboral (CSSL) y el RERA en Cataluña. Ha sido necesario enviar cartas solicitando los datos de trabajadores que estuvieron expuestos en estas empresas. Los trabajadores identificados están siendo seguidos por las Unidades de Salud Laboral de Catalunya.

Resultados: El registro de trabajadores visitados por los CSSL ha proporcionado un total de 1.113 trabajadores expuestos. Por otro lado, se enviaron 412 cartas a empresas que han trabajado con amianto en Cataluña, 85 de las cuales fueron devueltas, y 70 respondieron, de las que sólo 32 dicen tener trabajadores expuestos, incrementando en 1.075 el número de expuestos. En los primeros resultados, correspondientes a la Unidad de Salud Laboral de Barcelonés-Costa de Ponent, se observa que un 61,3% (n = 19) de los casos visitados presentan patología relacionada con el amianto, aunque la mayoría de éstos (84,2%, n = 16) ya estaba siendo controlada por el Sistema Nacional de Salud.

Conclusiones: El RERA y el listado de trabajadores atendidos en los CSSL son una buena base para reconstruir la cohorte de trabajadores expuestos a amianto. Los primeros resultados sugieren que gran parte de los trabajadores con patología relacionada con el amianto ya estaban identificados por el Sistema Nacional de Salud, aunque debido al largo período de latencia de patologías asociadas al amianto y al retraso en la regulación del uso del mismo, se espera que el número de trabajadores afectados aumente en los próximos años.

MESA ESPONTÁNEA II

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

¿Pueden la danza, la música y la risa mejorar la salud de la población?

Moderadora: María José López

ME-07. ¿PUEDEN LA DANZA, LA MÚSICA Y LA RISA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN?

M.J. López, M. Guxens, et al

Grupo EJE (Grupo Español de Jóvenes Epidemiólogos/as).

Antecedentes/Objetivos: El uso terapéutico de la danza, la música y la risa se ha llevado a cabo desde la Antigüedad. Tras la segunda Guerra Mundial se definió la Danza Movimiento Terapia (DMT), que se aplicó en pacientes que no podían hablar. Asimismo, la musicoterapia empezó en Estados Unidos como disciplina formalizada, utilizándose en diversos hospitales para atender las necesidades individuales de los soldados de guerra. En el caso de la dinámica de la risa, ya en el antiguo imperio chino existían templos donde las personas se reunían para reír con la finalidad de equilibrar la salud.

Métodos: La DMT se define como el uso psicoterapéutico del movimiento dentro de un proceso que persigue la integración emocional, cognitiva, física y social del individuo. La musicoterapia se define como la aplicación sistemática de la música a fin de promover cambios deseables en el funcionamiento físico, cognitivo, psicológico o social. La dinámica de la risa se basa en aplicar técnicas que ayuden a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada natural.

Resultados: En el caso de la DMT, existen más de 40 publicaciones en el Pubmed que hablan de su aplicación en diferentes poblaciones. Además, el reciente descubrimiento de las neuronas espejo-neuronas que se activan cuando una persona desarrolla la misma actividad que está observando ejecutar por otro individuo y desempeñan un importante rol dentro de las capacidades cognitivas ligadas a la vida social- ayudaría a comprender los mecanismos subyacentes de la DMT. La musicoterapia es una de las terapias creativas que se aplica con una variedad de colectivos, como alumnos de escuelas de educación especial, centros de rehabilitación o centros geriátricos. Y existen diversos estudios mostrando un efecto positivo de estas terapias en pacientes con determinadas enfermedades crónicas. En cuanto a la dinámica de la risa, según algunos autores, el acto de reír podría llevar a incrementos inmediatos de los ritmos cardíaco y respiratorio, de la capacidad pulmonar y del consumo de oxígeno. Estos incrementos son seguidos de un período de relajación muscular, con el correspondiente descenso de los ritmos cardíaco y respiratorio y de la presión arterial. Otros estudios han mostrado una disminución de la ansiedad y del estrés, al observarse un descenso de hormonas de estrés, como el cortisol.

Conclusiones: La evidencia epidemiológica de los efectos de la DMT, la musicoterapia y la dinámica de la risa en procesos espe-

cíficos de enfermedad es aún escasa. Sin embargo, en la literatura científica encontramos estudios que demuestran mejoras en determinados procesos, tales como disminución del estrés, aumento de la expresión emocional o mejoras en el funcionamiento cognitivo y social.

ME-08. ¿PUEDE LA DANZA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN?

N. Ribas-Fitó, et al

ADMTE.

Antecedentes/Objetivos: La danza movimiento terapia (DMT) surgió en Estados Unidos durante los años cuarenta de la mano de Marian Chace, bailarina que trabajó en centros psiquiátricos con pacientes psicóticos. Esta disciplina se define como el uso psicoterapéutico del movimiento dentro de un proceso que persigue la integración emocional, cognitiva, física y social del individuo. La DMT no sólo busca mejorar la salud a través del ejercicio corporal, sino que trabaja con la premisa de que todo movimiento corporal puede llevar a cambios en la psique; utiliza el movimiento para explorar nuevas formas de ser y de sentir, y para acercarse a sentimientos que no pueden ser expresados verbalmente.

Métodos: Chace desarrolló una amplia metodología, que sigue vigente actualmente, y ha servido de base a posteriores investigaciones. En la década de los cincuenta, la DMT se empezó a utilizar en pacientes que no podían hablar y en los años sesenta se iniciaron las investigaciones sobre comunicación no verbal, donde se observó que el movimiento corporal mejora la autoestima y aumenta la habilidad de expresarse.

Resultados: A pesar de la evidencia en la práctica clínica, existen aún pocos estudios que aporten datos cuantitativos de dichos beneficios. Con este objetivo, en el año 2006 se publicó el primer libro sobre DMT e investigación en el que, además de promover la investigación en este campo de la psicoterapia, se presentaban los resultados de algunos de los estudios realizados. La mayoría de artículos publicados hasta la fecha se ha realizado en revistas especializadas en las terapias creativas o en otras revistas no indexadas. En estos momentos, los términos "dance therapy" o "dance movement therapy" en el Pubmed arrojan poco más de 40 publicaciones en diferentes poblaciones (pacientes con cáncer, ancianos y pacientes psiquiátricos, entre otros). Sin embargo, el reciente descubrimiento de las neuronas espejo, neuronas que se activan cuando una persona desarrolla la misma actividad que está observando ejecutar por otro individuo y desempeñan un importante rol dentro de las capacidades cognitivas ligadas a la vida social, tales como la empatía.

Conclusiones: La DMT se puede aplicar en cualquier tipo de población y se han descrito múltiples beneficios de su uso: mejora la autoestima y la autonomía, estimula la creatividad, favorece la comunicación, amplía el repertorio de movimiento, ayuda al conocimiento del propio cuerpo y posibilita la expresión emocional de sentimientos difíciles de expresar con palabras.

ME-09. ¿PUEDE LA MÚSICA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN?

M. Mercadal-Brotons, et al

Universitat Pompeu Fabra-UR.

Antecedentes/Objetivos: La relación música-medicina ha existido desde la Antigüedad (Benenson, 1981). Alvin (1984) señala que el estudio y la aplicación de la música como recurso terapéutico han ido evolucionando, en función de las creencias y costumbres de cada época. Esta presentación-taller pretende mostrar algunas de las apli-

caciones actuales de la musicoterapia, basadas en la evidencia científica, en el ámbito de la salud.

Métodos: Revisión de estudios primarios y metaanálisis sobre la aplicación de la musicoterapia en el ámbito de la salud.

Resultados: La musicoterapia constituye en la actualidad una disciplina totalmente independiente dentro del área de la salud, además de ser un tipo de tratamiento efectivo con una variedad de problemáticas y colectivos, tal y como avalan de forma continuada las diferentes investigaciones sobre la materia.

Conclusiones: Actualmente, la musicoterapia es una de las terapias creativas que se aplica con una variedad de colectivos, niños y adultos, en escuelas, escuelas de educación especial, centros de rehabilitación, clínicas y hospitales, domicilios particulares, centros de día, centros geriátricos, etc. Cabe destacar la importancia del trabajo en equipo y de la comunicación a nivel interdisciplinar entre el musicoterapeuta y los otros profesionales.

ME-10. ¿PUEDE LA RISA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN?

M. Guxens, N. Guxens, et al

Grupo Español de Jóvenes Epidemiólogos (Grupo EJE); Grau Superior Diètica i Nutrició, IFPS Roger de Llúria.

Antecedentes/Objetivos: Diferentes corrientes filosóficas conocen desde hace siglos la importancia de la risa y el sentido del humor y lo promueven de manera práctica. Hace más de 4.000 años, en el antiguo imperio chino existían ya unos templos donde las personas se reunían para reír con la finalidad de equilibrar la salud. Asimismo, en la India también se encuentran templos sagrados donde se puede practicar la risa. Fue en los años setenta cuando Hunter "Patch" Adams, un médico estadounidense, aplicó la alegría y el buen humor como apoyo en la recuperación y tratamiento de enfermedades, obteniendo resultados beneficiosos. A partir de entonces se comenzó a utilizar esta terapia en hospitales de EE.UU., Suiza, Alemania y Francia.

Métodos: La risa es la reacción biológica de los humanos a momentos o situaciones de humor. Existen dos tipos de risa. La risa pasiva, que se produce cuando mira un espectáculo de humor, y la risa activa, que es la que fomenta la dinámica de la risa. Ésta se basa en aplicar técnicas que ayuden a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada, entre ellas: la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, masajes y técnicas para reír de manera natural.

Resultados: A partir de una revisión exhaustiva de la literatura realizada por Bennett y Lengacher, que dio lugar a 4 artículos publicados entre 2007 y 2008, se obtuvieron 55 artículos relevantes. Una de las conclusiones derivadas de esta revisión era que el acto de reír podía llevar a incrementos inmediatos de los ritmos cardíaco y respiratorio, de la capacidad pulmonar y del consumo de oxígeno. Estos incrementos son seguidos de un período de relajación muscular, con el correspondiente descenso de los ritmos cardíaco y respiratorio y de la presión arterial. Algunos autores, incluso, mostraron una disminución de la ansiedad tras estimulación de la risa. Otro estudio apuntó a una posible disminución del estrés, al observarse un descenso de hormonas de estrés, como el cortisol, la hormona del crecimiento y el ácido dihidroxifenilacético, un metabolito de la dopamina. Además, se ha relacionado la risa con cambios en algunos componentes del sistema inmunológico. No obstante, la mayoría de estos estudios está sujeta a ciertas limitaciones, como carecer de grupos controles, tamaños de muestra pequeños o incluir sólo hombres.

Conclusiones: Los resultados de diversos estudios apuntan hacia una posible relación entre la risa y ciertos cambios psicológicos y físicos. No obstante, es difícil determinar cómo puede esto estar relacionado con procesos específicos de enfermedad. Para ello, sería necesario realizar más ensayos controlados y cruzados en muestras

representativas y de mayor tamaño, que permitiesen establecer y cuantificar la asociación real entre el humor, la risa y la salud.

MESA ESPONTÁNEA III

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

La evaluación del impacto en salud: una herramienta para elaborar políticas públicas y privadas saludables

Moderadora: Elena Aldasoro Unamuno

ME-11. LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD EN EL CONTEXTO EUROPEO: ESTADO DE LA CUESTIÓN Y PRINCIPALES RETOS DE FUTURO

A. Rivadeneyra Sicilia, C. Artundo Purroy, et al

Consultores en salud pública.

Antecedentes/Objetivos: Presentar un diagnóstico de situación sobre el nivel de implantación de la evaluación del impacto en la salud (EIS) en países del entorno y posibles escenarios para su desarrollo futuro como herramienta estratégica para la planificación de políticas saludables.

Métodos: Actualización de fuentes bibliográficas y documentación de referencia disponible en los sitios web de organismos y agencias nacionales y supranacionales implicados en la promoción de la EIS. Se recogen, además, las principales conclusiones de un encuentro internacional sobre la EIS, celebrado en Sevilla en febrero de 2008.

Resultados: La EIS está siendo cada vez más utilizada en países del entorno en línea con la estrategia europea de la salud en todas las políticas y el interés creciente por incorporar el valor salud en las agendas sectoriales. A nivel de gobiernos, los mayores avances se observan en países con una fuerte tradición en SP. Es este el caso de Inglaterra, Gales, Irlanda, Suecia, Finlandia y Holanda, donde se está empleando como herramienta de apoyo a la toma de decisiones saludables y fundamentalmente a nivel local y regional. También existen iniciativas más recientes en otros países, con un nivel de desarrollo e implantación muy desigual según la tradición y prioridad asignada a la SP. La experiencia acumulada ha revelado algunas limitaciones de la herramienta, especialmente en relación al proceso de estimación de impactos y las dificultades para influir en el complejo entramado político en el que se toman las decisiones sectoriales. Los retos de futuro tienen que ver con la necesidad de fortalecer sus fundamentos metodológicos y avanzar en su integración efectiva en procesos formales de decisión, por sí sola o como parte de otras evaluaciones de impacto.

Conclusiones: La afinidad estratégica de la EIS con la política europea de salud en todas las políticas abre una ventana de oportunidad para su desarrollo en España, especialmente en el contexto actual de reflexión sobre el futuro de la SP y la necesidad de dotar a ésta de una mayor prioridad en la agenda política. Para ello se precisa: (1) promover, bajo el liderazgo de SP, el debate intersectorial sobre la relevancia de promover la Salud en todas las políticas y la contribución específica de la EIS; (2) implementar nuevas experiencias piloto para evaluar el potencial efectivo de la herramienta en la formulación de políticas saludables y el abordaje de los determinantes; (3) facilitar su apropiación por parte de decisores políticos y gestores en entornos extra-sanitarios, especialmente en niveles de decisión local y autonómicos; (4) avanzar hacia un marco normativo y administrativo favorable al desarrollo y consolidación de la EIS como herramienta catalizadora de la acción intersectorial en salud.

ME-12. LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD EN EUSKADI: TRAYECTORIA Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

A. Bacigalupe, E. Aldasoro, E. Sanz, S. Esnaola, C. Calderón, J. Zuazagoitia, K. Cambra, et al

Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco; Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación del impacto en la salud (EIS) permite introducir la salud en el diseño de las políticas públicas no sanitarias considerando la perspectiva de las desigualdades sociales en salud. En Euskadi, el Plan de Salud 2002-2010 recoge la necesidad de introducir la EIS como herramienta de trabajo en la salud pública y la planificación sanitaria. El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia en la utilización de la EIS en Euskadi, así como las perspectivas futuras.

Métodos: La EIS permite estimar prospectivamente los impactos de una actuación política sobre la salud para que ésta pueda ser modificada antes de implementarse. La primera fase de la EIS, el cribado, resulta de gran relevancia para decidir qué políticas deben ser sometidas a una EIS completa. Se expondrán los resultados principales de la EIS de una política municipal y los resultados preliminares de un proyecto para elaborar y validar una herramienta de cribado para políticas de ámbito autonómico. En el futuro, se realizará un proyecto que explore oportunidades y barreras para la implantación sistemática de la EIS en el marco de "health in all policies" en los sectores no sanitarios del ámbito autonómico vasco.

Resultados: En 2005 se publicó la primera guía EIS en castellano. En 2006 se realizó la primera EIS en una política de regeneración urbana en un barrio de Bilbao. El impacto general se previó positivo aunque se identificaron áreas de incertidumbre y posibles efectos negativos, que conllevaron recomendaciones para la mejora de la intervención. En 2007 comenzó a elaborarse una herramienta para el cribado sistemático de políticas autonómicas utilizando el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud de la OMS. Se recopilaban las intervenciones (107) realizadas por tres departamentos y clasificaron en función de (a) su naturaleza: normativa/política o táctica, (b) el determinante de la salud afectado: estructural o intermedio, (c) la población diana y (d) el momento de la planificación: borradores o acciones iniciadas. Se aplicó la herramienta a diez de ellas. Se realizará un grupo de discusión para evaluar el proceso desde el punto de vista de las personas que la utilizaron.

Conclusiones: La EIS ha mostrado su utilidad para introducir la salud en la elaboración de las políticas públicas no sanitarias de ámbito municipal y autonómico, y contribuye a la implicación de las poblaciones afectadas y representantes de la política sectorial evaluada. Esta experiencia demuestra que la extensión de la EIS deberá venir del impulso del trabajo intersectorial, la extensión del modelo de los determinantes sociales de la salud y el apoyo y liderazgo por parte de la clase política.

ME-13. EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD DEL APROVECHAMIENTO DEL ESPACIO LIBERADO POR EL SOTERRAMIENTO DEL FERROCARRIL EN VITORIA-GASTEIZ

F. Gómez, J.J. Estibáñez, et al

Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Antecedentes/Objetivos: Vitoria-Gasteiz pertenece a la Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS. En la Red se promueve la puesta en marcha de iniciativas que valoren el impacto en la salud de la acción municipal. El Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz ha desarrollado una metodología para realizar una Evaluación de Impacto en Salud (EIS) prospectiva sobre un proyecto que cambiará la movilidad, el transporte, el ocio y la cohesión de la ciudad. Los objetivos al intro-

ducir la EIS son: 1. Sensibilizar a técnicos y políticos sobre su utilidad
2. Contar con un grupo intersectorial que desarrolle la metodología
3. Evaluar el impacto en la salud de una intervención de planificación urbana.

Métodos: 1.- Formación y sensibilización sobre EIS Curso destinado a técnicos y políticos impartido por Erica Isson, Asesora de la OMS para EIS, en febrero de 2008. 2.- Creación Grupo Director de la EIS Compuesto por técnicos de los departamentos municipales de Medio Ambiente, Urbanismo, Ensanche 21, Intervención Social, Centro de Estudios Ambientales, Salud y Consumo, Tecnologías de la Información, Observatorio de la Sostenibilidad, y del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. 3.- Creación de 4 grupos de trabajo para el estudio de los determinantes de la salud.

Resultados: Actividades desarrolladas por el grupo director de la EIS: A.- Selección del proyecto B.- Fase preparatoria C.- Aprobación de la metodología C.1. Análisis de la propuesta C.2. Población afectada C.3. Identificación de los determinantes de la salud afectados, impactos positivos y negativos en población general y grupos vulnerables C.4. Jerarquización de impactos C.5. Medidas correctoras D.- Aprobación del alcance D.1.- Definición de la propuesta D.2.- Población objeto del estudio, zonas y grupos vulnerables D.3.- Aprobación de los determinantes de la salud para identificar los impactos potenciales en la salud D.4.- Categorización de las variables de los determinantes de la salud E.- Creación de fichas metodológicas para los 4 grupos de trabajo E.1. Estilos de vida, circunstancias personales y sociales E.2 Factores económicos E.3 Accesibilidad E.4 Medio ambiente, urbanismo e infraestructuras F.- Diseño de un foro intersectorial *online*.

Conclusiones: La EIS permite trabajar de forma transversal una metodología que tiene como objetivo la mejora de la Salud Pública. La EIS ha generado una dinámica de trabajo que abre nuevas expectativas de intervención en Salud Pública y en Investigación.

ME-14. BARRERAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD: DETERMINANTES AMBIENTALES

P. Martín-Olmedo, A. López Ruiz, E. Boldo, S. Medina, N. Valero, et al
Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ISCIII-Centro Nacional de Epidemiología; Institute de Veille Sanitaire (Paris); Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación de impacto sobre la salud (EIS) ha sido reconocida internacionalmente como un instrumento indispensable para que las decisiones políticas estén basadas en una evaluación válida de sus potenciales efectos en salud. Estudios europeos han demostrado que EIS está siendo utilizada de manera creciente, contribuyendo positivamente a una mejora en la adopción de decisiones políticas informadas. No obstante, se hace precisa una reflexión sobre los problemas subyacentes que dificultan una más extensa implementación de esta metodología. **Objetivo:** con este estudio se pretende analizar algunas de las dificultades existentes para la aplicación de la EIS, concretadas en la falta de evidencia o la mala clasificación de la exposición en la evaluación del impacto en salud de ciertos determinantes ambientales (p. ej., aguas de consumo), o la necesidad de desarrollar herramientas informáticas facilitadoras de dicha cuantificación por profesionales sin bagaje previo en EIS (Ej. HIAir aplicado a contaminación atmosférica).

Métodos: En el marco del proyecto ENHIS-2 (Environmental and Health Information System), se llevó a cabo un estudio de viabilidad de EIS en relación a los programas de control de aguas de consumo, analizándose la disponibilidad de evidencia epidemiológica a nivel europeo, y de disponibilidad de datos. Al mismo tiempo, se desarrolló HIAir (www.hiair.eu), una herramienta informática *online* que permite calcular el número de eventos de salud que podrían “preve-

nirse” en una población concreta si se redujeran los niveles de contaminación.

Resultados: Las revisiones efectuadas no permitieron identificar una función concentración-respuesta robusta a nivel europeo que permita cuantificar el impacto en salud en relación al agua de consumo, detectándose asimismo una falta de consenso en la recogida de información para la caracterización de la exposición. En relación a HIAir, la herramienta permite obtener el número de muertes “prematas” que podrían prevenirse debido a una reducción de los niveles de PM10 anuales o diarios para una ciudad concreta. Los resultados vienen acompañados de un texto interpretativo y de una lista de asunciones que hay que tener en cuenta.

Conclusiones: Mejoras en la accesibilidad de bases de datos en salud y sus determinantes, la creación de unidades de apoyo para el asesoramiento sobre EIS, así como el desarrollo de herramientas de fácil utilización por todos los profesionales, son algunas medidas que pueden favorecer una mayor implementación de EIS por todas las administraciones implicados en la toma de decisiones.

Financiación. EC DG SANCO SPC 2004124.

MESA ESPONTÁNEA IV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Género y cuidados informales de salud

Modera: Inmaculada Mateo Rodríguez

ME-15. DESIGUALDADES DE GÉNERO Y DESIGUALDADES DE CLASE SOCIAL EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

D. la Parra Casado, E. Masanet Ripoll, et al

Departamento de Sociología II. Instituto Universitario de Desarrollo Social y Paz. Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la diversidad de situaciones y efectos de realizar labores de cuidados y atención a la dependencia en el hogar según la posición socioeconómica de la persona cuidadora, en mujeres y en hombres.

Métodos: Ponencia presentada en el marco de una mesa espontánea. La población objeto de estudio fue población nacional residente en viviendas familiares. Se analizaron ficheros de microdatos de la Encuesta de Empleo de Tiempo (INE, 2002-2003), la Encuesta Nacional de Salud (MSC, 2006) y La Encuesta de Condiciones de Vida (INE, ficheros de 2004 y 2005). Las variables utilizadas fueron posición socioeconómica (nivel de ingresos, propuesta de medición de la clase social de la SEE, nivel educativo, situación laboral, escala de prestigio profesional, índice de status socioeconómico), sexo, roles sociales y familiares (situación ocupacional y relaciones de parentesco), edad, número de horas de cuidado, número de horas de dedicación a las tareas domésticas, persona cuidadora de personas adultas, de mayores de 75 años y de menores, indicadores del estado de salud (salud autopercebida, limitación de actividad principal, etc.). Se combinan distintas técnicas de análisis de datos: contraste de medias, modelos de regresión logística, análisis de supervivencia, etc.

Resultados: a) Cálculo del tiempo total dedicado al cuidado de personas adultas, según posición socioeconómica, en hombres y mujeres (antes y después de considerar la confusión entre tareas domésticas y tareas de cuidados) b) Cálculo del tiempo utilizado para el trabajo remunerado, el trabajo no remunerado, las actividades de autocuidado y la vida privada personal (relaciones sociales, ocio, descanso, etc.) según la posición socioeconómica de las personas cuidadoras, en mujeres y hombres. c) Análisis del efecto diferenciado sobre el estado de salud de cuidar menores, personas adultas depen-

dientes o personas mayores, en mujeres y hombres, según la posición socioeconómica. d) Efectos sobre la inserción laboral de cuidar a personas dependientes.

Conclusiones: Metodológicas: sobre los sesgos en la medición de la posición socioeconómica de las personas cuidadoras y sobre el modo de medir el tiempo dedicado a la realización de cuidados. Descriptivas: especificar las situaciones de las personas cuidadoras en su dedicación temporal (carga y espacio para la vida personal), inserción laboral y efectos sobre la salud, atendiendo a su posición socioeconómica, sexo y los roles que desempeña. Intervención: determinar grupos sociales que se encuentran en situación prioritaria en los planes de atención a personas cuidadoras.

ME-16. EL CUIDADO INFORMAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DEPENDENCIA: ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

M.M. García Calvente, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las desigualdades de género en el cuidado informal se manifiestan en el desequilibrio entre mujeres y hombres en responsabilidad de cuidar, características del “trabajo de cuidar” y su impacto sobre la calidad de vida. Puesto que se trata de un fenómeno fuertemente generizado, las políticas de atención a la dependencia tendrán especial repercusión sobre las mujeres. En esta intervención pretendo realizar un análisis de género del abordaje del cuidado informal en la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y en los planes de atención a la discapacidad en el estado español vigentes hasta su promulgación.

Métodos: Se revisaron los textos de la Ley 39/2006 y de los planes de atención a la discapacidad de las administraciones públicas del Estado (gobierno central y CCAA) vigentes en el periodo 2005-2006. Se estandarizó el procedimiento de observación e interpretación mediante una “checklist” diseñada ‘ad hoc’ para el análisis de género de los textos, que incluyó las siguientes dimensiones: presencia del cuidado informal, modelos de cuidado implícitos, enfoque de género en el tratamiento del cuidado informal e incorporación de la perspectiva de género a nivel formal.

Resultados: Todos los planes abordaban el cuidado informal y la mayoría reconocía la situación de sobrecarga de las mujeres como cuidadoras principales; sin embargo, las actuaciones propuestas se centraron en medidas de apoyo dirigidas a “la familia”, olvidando las necesidades específicas de las mujeres y los problemas de inequidad de género en la distribución del cuidado. El modelo de cuidador/a-recurso fue el predominante, y el mainstreaming de género fue contemplado sólo de manera ocasional. Si bien la Ley 39/2006 incorpora el enfoque de género como principio rector, en el nivel operativo se detectan importantes carencias en el tratamiento del cuidado informal.

Conclusiones: El enfoque de género del cuidado informal no es un tema trasversal en los planes revisados ni en la formulación de la ley de dependencia. El tratamiento que se hace del cuidado es residual, con limitado reconocimiento de la magnitud de la contribución de las mujeres que cuidan e insuficiencia de medidas específicas dirigidas a ellas. El abordaje de las necesidades de las personas que cuidan es exclusivamente práctico, en lugar del abordaje estratégico imprescindible para que las políticas reduzcan, y no aumenten, las desigualdades de género existentes. Este hecho debe alertarnos acerca de la necesidad de evaluar el impacto de la ley y su desarrollo en términos de equidad de género en el cuidado informal.

Financiación. Proyecto parcialmente financiado por el Observatorio de Salud de la Mujer (Dirección General de la Agencia de Calidad, Ministerio de Sanidad y Consumo) y el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (PI061491).

ME-17. ESTRATEGIAS DE APOYO A LAS CUIDADORAS DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS: PLAN DE ATENCIÓN A LAS CUIDADORAS FAMILIARES EN ANDALUCÍA

C. Padilla Marín, et al

Dirección Estratégica de Cuidados Consejería de Salud Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En Andalucía, al igual que en el resto de las regiones y países desarrollados, se está produciendo un aumento del número de personas con necesidad de cuidados domiciliarios. La atención domiciliaria, en el caso de las personas que precisan cuidados de larga duración, es suministrada de manera mayoritaria por la red de atención familiar. Por estos motivos, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) tiene entre sus objetivos desarrollar programas específicos para que el paciente y la persona cuidadora se adapten mejor a su entorno cotidiano, les ayuden a mantener niveles de independencia que hagan menos gravosa la tarea del cuidado y se haga efectiva la concienciación de la colaboración de todos los profesionales y miembros de la familia en el reconocimiento y necesidad de compartir las tareas del cuidado.

Métodos: Ponencia presentada en el marco de una mesa espontánea. La información se basa en el conocimiento experto y revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados: Objetivos de Plan de atención a personas cuidadoras familiares en Andalucía: -Realizar una valoración y un plan de cuidados específico que den respuesta a las necesidades de cuidados de todas las personas cuidadoras captadas. -Mejorar el acceso de las personas cuidadoras familiares a los profesionales del SSPA. -Adecuar la cobertura horaria de la atención domiciliaria a las necesidades de estas personas. -Asegurar un trato caracterizado por la empatía y comprensión por los profesionales. -Realizar talleres de apoyo que fomenten las relaciones sociales, proporcionen apoyo emocional, aporten estrategias para optimizar recursos personales en el manejo de situaciones difíciles y refuercen conocimientos sobre la necesidad de autocuidados y atención a los pacientes. -Proporcionar material de apoyo en el domicilio que facilite el cuidado y prevenga lesiones en la salud de las personas cuidadoras. -Garantizar la atención en situaciones de duelo. -Reforzar el empoderamiento de una tarea feminizada como es el cuidado. -Promocionar estrategias de inclusión de otros miembros de la familia al cuidado. -Fomentar la corresponsabilidad de la tarea del cuidado entre hombres y mujeres. -Establecer medidas de discriminación positiva para las personas cuidadoras de grandes discapacitados. -Desarrollar medidas para fomentar la integración del colectivo de personas cuidadoras inmigrantes. -Fomentar vías de formación y reinserción laboral aprovechando la experiencia y conocimientos adquiridos por las personas cuidadoras.

Conclusiones: Las connotaciones culturales del cuidado familiar en Andalucía, en cuanto a obligación y sacrificio, hacen que sea difícil la corresponsabilidad y negociación con otras personas del entorno familiar, siendo el objetivo hacia donde tenemos que dirigirnos.

ME-18. SERVICIOS PÚBLICOS Y CUIDADOS A LA DEPENDENCIA: ALGUNAS IDEAS PARA UNA POLÍTICA FEMINISTA

M.L. Esteban, et al

Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibersitatea.

Antecedentes/Objetivos: Esta intervención se enmarca en la participación de la autora, profesora de antropología y feminista, en la Plataforma por un Sistema Público Vasco de Atención a la Dependencia, en la que participan grupos feministas y sindicales de distinto tipo. En este contexto se llevaron a cabo diferentes actividades de difusión y concienciación sobre la necesidad de plantear de manera alternativa el cuidado a la dependencia, lo que implica a nuestro entender

creación de servicios públicos y reparto del cuidado en la sociedad, entre hombres y mujeres, generaciones, etc.

Métodos: Ponencia presentada en el marco de una mesa espontánea. La información se basa en el conocimiento experto y revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados: Habría dos tipos de derechos en juego y absolutamente interrelacionados: el derecho subjetivo a recibir cuidados cuando lo necesitamos, que solo se verá bien resuelto con un sistema público amplio, suficiente y de calidad. Pero también el derecho que las mujeres tienen a decir hasta dónde cuidar, a limitar esta responsabilidad que les toca socialmente, absolutamente descompensada y discriminatoria para ellas.

Conclusiones: Se entiende la atención a las situaciones de dependencia como un tema clave para el sistema sanitario y para los sectores profesionales comprometidos con una sanidad pública y para todas/os. Se defenderá la necesidad de generar debate y conciencia crítica en el ámbito sanitario desde dos ejes de análisis: 1) La atención a la dependencia como un problema de salud doble, en la medida que: no está bien resuelto en nuestra sociedad el cuidado a aquellas personas que no pueden valerse por sí mismas, y por tanto hay un déficit claro de atención, como ha quedado de manifiesto, por ejemplo, en el Libro Blanco de la Dependencia y en las encuestas de salud. Es un problema de salud específico para las mujeres, en tanto que cuidadoras, ya que son ellas las que en una grandísima proporción atienden estas necesidades, de manera absolutamente voluntariosa y precaria. Es, al mismo tiempo, discriminación social, en la medida que no es sólo una cuestión de falta de visibilización del trabajo de las mujeres o de reconocimiento, que también, sino que conlleva, tal y como se plantea en nuestra sociedad, dificultades importantes para las mujeres para acceder a la riqueza, a la participación social y al poder como iguales. 2) La atención a la dependencia como un problema sanitario de gran entidad, aunque no sea exclusivo del ámbito sanitario, al que sin embargo no se le da la misma respuesta que a otros. Profundizar en esto nos conduciría a reflexionar sobre las responsabilidades del sistema en su conjunto pero también sobre la implicación concreta y la responsabilidad que tienen las/os profesionales.

MESA ESPONTÁNEA V

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Los problemas del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España. Implicación de los profesionales de los servicios de prevención y del Sistema Nacional de Salud

Modera: Montserrat García

ME-19. DESIGUALDADES TERRITORIALES, DE GÉNERO Y DESCENSO EN EL RECONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN ESPAÑA 1990-2007

M. García Gómez, R. Castañeda López, et al

Ministerio de Sanidad y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: La titularidad del sistema de aseguramiento de las enfermedades profesionales (EP) corresponde a la Seguridad Social desde 1966. Es un sistema público pero está gestionado, en su mayor parte, por entidades privadas, las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, controladas por los poderes públicos. Tiene dos limitaciones: la indemnización de los trabajadores enfermos rara vez se orienta a la prevención, y las enfermedades incluidas en las sucesivas listas sólo representan una pequeña parte

de los daños derivados del trabajo. Además, se constatan grandes desigualdades territoriales y de género en su reconocimiento, que plantean múltiples interrogantes. El objetivo de este trabajo es conocer el patrón de declaración y las tendencias por comunidades autónomas de las enfermedades profesionales en España, en los años 1990 a 2007.

Métodos: Los casos de EP se obtuvieron del Ministerio de Trabajo y los denominadores del INE. Se ha considerado como población con riesgo de sufrir una EP la población asalariada de la EPA. Para explicar la estructura de los datos se utiliza el análisis de componentes principales. Se calculan las tasas de incidencia específicas por sexo, edad, grupo EP, ocupación y actividad económica. Las tasas de incidencia anuales se ajustan por la edad y se representa en mapas el riesgo relativo. Se realiza análisis de regresión multivariante de Poisson, ajustando por edad, sexo y año de notificación.

Resultados: Desde 1990 hasta 2005 se multiplicó por 7 el número de EP compensadas. Los casos calificados como leves y sin baja suman el 99%, el 82% se reconocen en trabajadores de menos de 50 años, y el 67% en trabajadores con menos de 10 años de antigüedad en el puesto de trabajo. En 2006-2007 la declaración desciende un 47% frente a 2005. Descendió significativamente más en los hombres que en las mujeres en 2006 (31 frente a 29%, $p < 0,0001$), y más en las mujeres que en los hombres en 2007 (26 y 24%, respectivamente, $p < 0,0001$). Tanto el incremento como el descenso se observan en todas las comunidades autónomas, pero con valores y pendientes diferentes, con un claro patrón norte-sur en el reconocimiento de estas enfermedades, sin que factores tales como la edad, el sexo, la actividad económica y la ocupación expliquen las diferencias.

Conclusiones: El sistema de Seguridad Social no está compensando enfermedades complejas y crónicas, prevalentes hoy día. A pesar de la mejora en la declaración de las EP en los años 1990-2005, el retroceso observado en 2006-2007 y, sobre todo, la brecha entre CCAA, alertan de que la prestación no está funcionando con equidad, lo que genera desigualdad, falta de cohesión y supone un reto para la definición de políticas de prevención eficaces.

ME-20. DESCENSO DE LA INCIDENCIA DECLARADA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN NAVARRA A PARTIR DEL NUEVO SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE 2007

V. García López, A. Beloqui, C. Alsua, M. Palomino, A. Hoyo, A. Parra, I. Moreno, M. Lezaun, et al.

Sección de Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria. Instituto Navarro de Salud Laboral.

Antecedentes/Objetivos: Desde el año 1996 se construyó en la Sección de Epidemiología Laboral del INSL un registro histórico con las enfermedades profesionales (EP) declaradas desde el año 1998. Diversas actuaciones de vigilancia epidemiológica y preventivas hicieron aflorar EP, consiguiendo la mayor incidencia declarada de EP del Estado (más de 6 veces mayor a la media en los años 2003-4). Desde la entrada en vigor del RD 1299/2006 de 10 de noviembre del nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales se han observado diferencias de notificación.

Métodos: Estimación de la incidencia de enfermedades profesionales a partir de los partes emitidos según sistema de notificación vigente y análisis según variables de género e incapacidad laboral temporal (baja laboral).

Resultados: Durante el año 2007 se comunicaron 1.551 partes de EP (595 de mujeres y 956 de hombres) en la Comunidad Autónoma de Navarra, esto es un 21,6% inferior al año anterior y un 27,8% respecto a la media de los años 2003-06, mientras que la población laboral con contingencias profesionales protegida en Navarra aumentó en más de 10.000 personas en el último año (2007). No se aprecian diferencias en relación al género, aunque sí en relación a su situación de baja laboral o no. Mientras que las EP con baja laboral pasaron de 1673 en 2006 a 1048 en 2007 (37,4% menos y 45,9% menor a la media

de 2003-06), las de "sin baja" aumentaron de 306 en 2006 a 503 en 2007 y un 139,5% respecto a la media de los años anteriores.

Conclusiones: Es necesario revisar la aplicación del nuevo Real Decreto de EP y desarrollar el artículo 5 del mismo que hará posible la participación de las CCAA y su contribución a localizar patología de posible origen laboral no declarada y atendida en el Sistema Público de Salud.

ME-21. INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE VIGILANCIA PARA REFORZAR LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL. NUEVA ESTRATEGIA

V. Esteban Buedo, E. Santolaria Bartolomé, et al

Consejería de Sanidad; Dirección General de Salud Pública; Servicio de Salud Laboral.

Antecedentes/Objetivos: La subnotificación de las enfermedades profesionales, la experiencia adquirida a lo largo de los años con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Laboral (SVEL), el nuevo marco normativo (Real Decreto 1299/2006, que otorga un nuevo papel a los facultativos del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención de riesgos laborales), configuran el escenario idóneo para el nuevo abordaje de la enfermedad profesional en la Comunidad Valenciana desde el ámbito de la Salud Pública, con un doble objetivo: disminuir la subdeclaración, que constituye un problema para la planificación de las actuaciones de Salud Pública para los trabajadores, y reducir gastos para el sistema sanitario público.

Métodos: Se ha definido el circuito de notificación dentro de la administración sanitaria: el primer nivel es el SVEL (basado en metodología de sucesos centinela) y, al amparo de la nueva normativa, ABUCASIS y servicios de prevención de riesgos laborales (utilizando la metodología de las enfermedades de declaración obligatoria). El segundo nivel es la Unidad de Salud Laboral, que realiza la investigación y notificación, si procede, a la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. El retorno de la información también se realiza por vía telemática. Se ha diseñado una hoja de registro, que cumple un doble objetivo: recoger la información necesaria del caso y recordar al facultativo que esa enfermedad es susceptible de ser profesional/derivada del trabajo.

Resultados: Durante el periodo 1997-2007 se han investigado un total de 789 casos. Las notificaciones proceden principalmente de Atención Primaria. Las enfermedades respiratorias, seguidas de las osteomusculares, las enfermedades infecciosas y las intoxicaciones por productos químicos, son las declaradas con más frecuencia. El sistema ha permitido detectar un total de 30 brotes, incluyendo varios brotes de polineuropatía por n-hexano, de asma bronquial, de intoxicación por productos químicos y de enfermedades infecciosas.

Conclusiones: El nuevo sistema de notificación de enfermedades profesionales supone una nueva oportunidad para la creación de un Sistema de Información en Salud Laboral integrado en el Sistema de Información en Salud Pública. El sistema interrelaciona el sistema sanitario público, el sistema preventivo y el sistema de atención al daño laboral, y supone una mejora en el conocimiento y en la actuación preventiva y reparadora sobre el daño laboral, aportando una importante información al Sistema de Información en Salud Pública de la Comunidad Valenciana.

ME-22. SISTEMA DE COMUNICACIÓN DE SOSPECHAS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

J. Idiazábal, F. Urbaneja, I. Baonza, A.R. Zubía, et al

OSALAN Epidemiología e Información Sanitaria.

Antecedentes/Objetivos: El nuevo RD 1299/2006 ha establecido la obligación de todos los facultativos del sistema nacional de salud y de

los servicios de prevención de comunicar las enfermedades que puedan ser calificadas como profesionales. En la Comunidad Autónoma Vasca se ha desarrollado un subsistema de información para cumplir este mandato. El objetivo del sistema es mejorar el conocimiento y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades.

Métodos: Los organismos sanitarios gestores del sistema son la Inspección Médica del Departamento de Sanidad y la Unidad de Salud Laboral de OSALAN. De todos los casos comunicados, se solicita información complementaria sobre las condiciones de trabajo de riesgo. En esta primera fase, el sistema cuenta con el soporte de dos aplicaciones informáticas independientes: Una desarrollada por Osakidetza y a punto de ser implantada en su sistema de información de Atención Primaria (3S-Osabide) y en el sistema de atención especializada. Otra aplicación está incorporada en la intranet del Gobierno Vasco para uso de la administración sanitaria. Una herramienta de ayuda importante para facilitar la identificación y comunicación de casos por parte de los profesionales sanitarios ha sido la elaboración de tablas de correspondencia entre el cuadro de enfermedades profesionales y diagnósticos médicos. Esta herramienta se ha puesto a disposición del Servicio Vasco de Salud y de los servicios de prevención.

Resultados: En los primeros 9 meses de 2008 se comunicaron 180 posibles enfermedades profesionales. Un 16% procedía de la red asistencial y un 84% de los servicios de prevención. El 12% de los casos correspondía a población que está fuera del sistema de aseguramiento de la enfermedad profesional y el 3% eran personas de más de 65 años de edad. El 78% eran hombres y el 22%, mujeres. Por grupos de patologías, el 85% fueron enfermedades causadas por agentes físicos. Hubo un 3% de enfermedades tumorales. Gipuzkoa acumuló el 54% de los casos.

Conclusiones: Entre los puntos fuertes está la capacidad para hacer emerger enfermedades que no eran reconocidas como profesionales y sobre las que no se dirigía ninguna acción preventiva. Una segunda fortaleza es la inclusión de casos ocurridos en personas que están al margen del sistema de aseguramiento de la seguridad social. Una debilidad del sistema es la escasa comunicación desde la atención primaria y especializada. Esto está relacionado con la no implantación del sistema informático de apoyo. Un segundo elemento de mejora es la validación de los cuestionarios utilizados para obtener información añadida sobre factores de riesgo laborales. El tercer punto de mejora es reforzar el plan de difusión y de formación de todos los profesionales que intervienen en el sistema.

ME-23. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL TRABAJO. LA EXPERIENCIA DE CATALUÑA

J.L. de Peray Baiges, et al

Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Desde el año 1993 viene funcionando un sistema de notificación de problemas de salud relacionados con el trabajo (PSRT). Se trata de un sistema voluntario en el que los profesionales del sistema público de salud, fundamentalmente de atención primaria, realizan la notificación de diagnósticos ante la sospecha de que los mismos pudieran estar relacionados con el trabajo. El destinatario de la notificación son las Unidades de Salud Laboral (USL), un recurso del Departamento de Salud que, entre otras funciones, sirven de apoyo a la atención primaria en materia de salud laboral, realizan la vigilancia epidemiológica de los PSRT y próximamente realizarán actividades de apoyo a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de su área, conjuntamente con los Centros de Seguridad y Salud Laboral del Departamento de Trabajo.

Métodos: El sistema de notificación recoge anualmente datos personales y laborales del paciente, del médico que ha notificado el pro-

blema, diagnóstico de sospecha y la actuación de la USL. Relacionado con esto, la Instrucción 1/2007 del Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas (ICAM) ha sido muy útil ya que, de forma consensuada, ha definido un circuito de actuación ante estos problemas con la implicación de la autoridad laboral.

Resultados: Desde 2001, la incidencia de problemas de salud relacionados con el trabajo ha aumentado un 36% (I = 40 por 10.000 afiliados en 2001, I = 54,3 por 10.000 afiliados en 2007). Durante 2007 se declaró un total de 1.483 problemas de salud relacionados con el trabajo, un 55,8% de ellos en mujeres (n = 827). Cabe destacar que un 44,2% de los casos corresponde a trastornos musculoesqueléticos (48,2% en hombres, 38,1% en mujeres) y un 42,8% a trastornos mentales y del comportamiento (46,6% en mujeres, 41,1% en hombres).

Conclusiones: El registro de problemas relacionados con el trabajo permite mantener el estado de alerta de la atención primaria sobre los PSRT, el conocimiento de su situación y la toma de decisiones sobre el modelo de gestión de unos problemas que pueden recaer bajo el ámbito de competencias de los dispositivos asistenciales de la medicina del trabajo.

MESA ESPONTÁNEA VI

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Selección de medicamentos en los hospitales españoles

Modera: Ana Ortega Eslava

ME-24. ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN DE LAS COMISIONES DE FARMACIA DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES.

E. Durán, F. Puigventós, A. Ortega, T. Requena, B. Santos, et al

Grupo GÉNESIS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la estructura y el perfil profesional de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica (CFyT) de los hospitales españoles.

Métodos: Estudio descriptivo transversal incluido en un estudio más amplio en base a un cuestionario estructurado remitido a los hospitales españoles de más de 75 camas entre noviembre 2007 y enero 2008. El reclutamiento se hizo mediante correo postal, electrónico y contacto telefónico. El cuestionario contenía 7 apartados y 25 preguntas.

Resultados: Respondieron 175 de los 513 encuestados, (39% de hospitales y 57% de las camas españolas). La distribución de las respuestas por tamaño de hospital, carácter docente, carácter público y CCAA fue representativa. Hay CFyT en todos los hospitales que responden, Guía Farmacoterapéutica en el 95,5% y programa de intercambio terapéutico en el 71%. La media de componentes de la CFyT fue de 11,6 (8,3 para hospitales < 100 camas, 10,3 (101-200 camas), 11,7 (201-500 camas); 14,0 (> 500 camas). La mediana de farmacéuticos y clínicos del área médica fue de 2; la de clínicos del área quirúrgica, directivos y enfermería fue de 1. Existe comisión de infecciones y nutrición que evalúa medicamentos en el 59% y 20% de los hospitales respectivamente. Existe una comisión de uso racional del medicamento en el 46,5% de las áreas y esta es conjunta hospital-primaria en el 19%. Sin embargo la participación de farmacéuticos o clínicos en la CFyT del hospital es muy escasa (media de 0.53 miembros para el conjunto de la muestra) El 75% de las CFyT se reúnen con periodicidad establecida (mediana de 5 reuniones anuales para toda la muestra; 4 para < 100 camas, 7 > 500 camas). En el 46% de los hospitales el solicitante asiste a la reunión de la CFyT y en el 88% la decisión se toma por consenso. El formato GINF es utilizado por el 57% de los

hospitales (en el 34% en formato modificado) y el modelo de informe GÉNESIS en el 59% (34% modificado). Un 18% de hospitales (mayoritariamente de tamaño pequeño) no utiliza ningún formato de informe. Los informes se realizan mayoritariamente en el servicio de farmacia (el farmacéutico del CIM el 78% de los hospitales > 500 camas y el jefe de servicio en el resto). El 67,6% de los encuestados declara disponer de un informe previo en la web de Génesis.

Conclusiones: Las CFyT hospitalarias están bien establecidas en España, con una composición claramente multidisciplinar aunque la representación de profesionales de atención primaria aún es escasa. Herramientas de estandarización, como la guía de solicitud GINF y el modelo de informe de evaluación GENESIS, están implantadas en la mitad de los centros.

Financiación. Convocatoria ISCIII 2006. Proyecto PI061546.

ME-25. EVALUACIÓN DE NOVEDADES Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES EN EL AÑO 2006

A. Ortega, F. Puigventós, E. Durán, B. Santos, T. Requena, et al

Grupo GÉNESIS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Antecedentes/Objetivos: Analizar cuál fue el resultado de la actividad de selección de medicamentos de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica (CFyT) de los hospitales españoles en el año 2006.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en base a un cuestionario estructurado remitido a los hospitales españoles de más de 75 camas entre noviembre 2007 y enero 2008. El reclutamiento se hizo mediante correo postal, electrónico y contacto telefónico. Se solicitó información de cada fármaco evaluado por el hospital en el año 2006. De cada fármaco se identificó: si fue o no evaluado y si fue propuesto o no para inclusión en la guía del hospital. Se preguntó por otras actividades relacionadas con la selección de medicamentos y el mantenimiento actualizado de la Guía Farmacoterapéutica (3 cuestiones y 16 preguntas).

Resultados: Respondieron 175 de los 513 encuestados, (39% de hospitales y 57% de las camas españolas). Se realizaron 1.786 evaluaciones correspondientes a 348 fármacos. Un 34% de los hospitales ha revisado y actualizado un grupo terapéutico completo, siendo los más frecuentes A (Digestivo), C (Cardiovascular) y N (Sistema Nervioso Central) revisados en 15 hospitales. 12 hospitales revisaron todos los grupos. Un 49,5% de los hospitales ha retirado algún medicamento, con una media de 3,87 medicamentos por hospital. 23 hospitales retiraron más de 5 medicamentos. Los medicamentos incluidos lo han sido con condiciones de uso o en un protocolo el 64 y el 33% de los casos, respectivamente. 18 medicamentos han sido evaluados por 25 o más hospitales. De ellos, 17 corresponden a fármacos comercializados en los últimos 3 años. Eplerenona fue evaluado en 73 hospitales (41,7%), seguido de Aprepitant (28,0%) y ácido zoledrónico (26,9%). Valsartan, comercializado antes de 2004, fue evaluado en 41 hospitales (23,4%). El 75,3% de los informes de evaluación proponen la inclusión del fármaco en la Guía Farmacoterapéutica. Los medicamentos incluidos en un porcentaje mayor de hospitales son: Cinacalcet (100%), esponja de Fibrina (96,9%), Bortezomib (96,4%), Pemetrexed (96,3) y Tripranavir (92,9%). Los más rechazados: Escitalopran (66,7% de hospitales no lo incluyen), Ezetimibe (64,3%), Pregabalina (52,6%), Ceftidoreno (51,1%) y Aripiprazol (37,1%). Un 12,2% de las evaluaciones proponía la declaración de equivalentes terapéuticos, (62 medicamentos diferentes): Eptifibatide (75,0%), Peg-Filgrastim (58,3%) y Escitalopram (44,1%).

Conclusiones: Los hospitales españoles realizaron una enorme actividad de evaluación de medicamentos, en su mayoría conducente a la inclusión de medicamentos con recomendaciones de uso o incluidos en protocolos. Destaca la alta proporción de medicamentos declarados equivalentes terapéuticos.

ME-26. VARIABILIDAD EN LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES EN EL AÑO 2006

F. Puigventós Latorre, A. Ortega Eslava, E. Durán García, T. Requena Caturla, B. Santos Ramos, et al

Grupo GÉNESIS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la variabilidad en las decisiones sobre incorporación de novedades en la Guía Farmacoterapéutica de los hospitales españoles.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en base a un cuestionario estructurado remitido a los hospitales españoles de más de 75 camas entre noviembre 2007 y enero 2008. El reclutamiento se hizo mediante correo postal, electrónico y contacto telefónico. Se solicitó información de cada fármaco evaluado por el hospital en el año 2006. De cada fármaco se identificó: si fue o no evaluado y si fue propuesto o no para inclusión en la guía del hospital. Se clasificaron los fármacos como incluidos o rechazados si así lo proponían más del 80% de los informes. Se cuantificó el grado de coincidencia en la decisión de inclusión o rechazo entre los hospitales como porcentaje ponderando por el número de evaluaciones para cada medicamento. Se analizaron los valores medios del conjunto de la muestra, por grupos de fármacos, por comunidades autónomas y por otros estratos.

Resultados: Respondieron 175 de los 513 encuestados, (39% de hospitales y 57% de las camas españolas). Se realizaron 1.786 evaluaciones correspondientes a 348 fármacos, (163 en más de un hospital, 71 comercializados entre 2004-2006). La media de fármacos evaluados por hospital fue 10,35. Sólo 129 medicamentos fueron evaluados por 3 o más centros y pudieron ser incluidos en el análisis de variabilidad sumando 1.533 evaluaciones. Hubo más concordancia entre los mayoritariamente aprobados respecto a los rechazados. 108/21 medicamentos; 1.334/199 evaluaciones; 81/61% grado de concordancia; respectivamente). Para los medicamentos mayoritariamente declarados equivalentes terapéuticos se detectó una escasa concordancia del 16% (medicamentos 25, evaluaciones 43). Se detecta una alta concordancia en grupos como antibióticos (J), citostáticos (L) pese a tener un alto número de medicamentos evaluados.

Conclusiones: Existe una alta concordancia entre los hospitales españoles en la decisión de incluir medicamentos, más alta si esa decisión es positiva y con grandes diferencias por grupos terapéuticos.

Financiación. Convocatoria ISCIII 2006. Proyecto PI061546.

MESA ESPONTÁNEA VII

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Instrumentos y herramientas para la atención sociosanitaria en inmigración

Modera: Rafael Muriel

ME-27. INSTRUMENTOS DE GESTIÓN EN MATERIA DE INMIGRACIÓN Y SALUD EN ANDALUCÍA

R. Muriel Fernández, V. Llamas Martínez, R. García Galán, I. Frías Oncina, et al

Servicio de Participación Social, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En el año 2.006 entró en vigor el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2.006-2.009, en el cual la Consejería de Salud se encarga a través de los objetivos sociosanitarios, en la mejora de la atención a la salud a la población inmigrante.

Métodos: Para dar cumplimiento a los objetivos sociosanitarios del II PIPIA, la Consejería de Salud cuenta con 2 instrumentos de gestión. Por un lado, La Cartera de Servicios entre la Consejería de Salud y SAS. El SAS, a su vez, establece la Cartera de Servicios de Atención Primaria y Especializada, donde se definen los servicios que se ofertan desde la Atención Primaria y Especializada, se establecen los criterios mínimos de oferta, su sistema de información y registro, su población diana y sus principales indicadores de evaluación. Un segundo instrumento de gestión es la firma de un convenio a nivel autonómico y provincial, con organizaciones sindicales y asociaciones en materia de atención sanitaria a inmigrantes. El objeto de este acuerdo de colaboración es el acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía a la población inmigrante, procurando los medios necesarios para que su atención se dé en las mismas condiciones y calidad que dispone la población andaluza. Se destaca como prioridad, además de la asistencia, incrementar la participación de población inmigrante en los programas de promoción de salud y prevención de enfermedad, incorporando las perspectivas de sus grupos culturales a las actuaciones y revisiones de los diversos programas, en especial los destinados a la salud mental, materno-infantil y de los jóvenes.

Resultados: En Andalucía, según datos del Boletín Estadístico de Extranjería e Inmigración, con fecha 31 de diciembre de 2007, la población inmigrante con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor es de 504.122 personas, de las cuales 252.743 están acogidas al régimen general y 251.379 al régimen comunitario. Se analizarán cómo se han articulado en 2007 los instrumentos de gestión del II PIPIA de la Consejería de Salud, para dar respuesta y mejorar la atención de la salud a la población inmigrante.

Conclusiones: El II PIPIA recoge que el acceso a los servicios y recursos disponibles en materia sanitaria es un derecho universal de las personas, que no debe estar vinculado a su situación administrativa, ya que ese derecho está vinculado a la condición de persona y no a la situación administrativa. La filosofía del Plan tiende a no generar estructuras nuevas para atender a las personas migradas, sino que las estructuras existentes se adapten para ser capaces de ofrecer una atención al público general a través de la aplicación de mecanismos de gestión de la diversidad.

ME-28. INSTRUMENTOS FORMATIVOS: MATERIALES DESTINADOS A LOS PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS

R. García Galán, I. Frías Oncina, R. Muriel Fernández, V. Llamas Martínez, et al

Servicio de Participación Social, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La atención a la inmigración en Andalucía se orienta a través de una acción intersectorial del Gobierno de la Comunidad a través del II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía. En este contexto se sitúan los objetivos sociosanitarios orientados hacia la articulación de la atención. Para la puesta en marcha de estos objetivos sociosanitarios, la Secretaría General de Salud Pública tiene un compromiso firme que es entre otros aspectos, el avance en la competencia intercultural de los profesionales sociosanitarios. Precisamente en esta línea de trabajo se han confeccionado unos materiales dirigidos a la formación en competencia intercultural. Nos referimos a los Manuales de Atención sociosanitaria y a la colección inmigración y salud **Objetivos:** 1. Sensibilizar a los profesionales sobre la necesidad de una atención teniendo en cuenta la diversidad cultural y la igualdad de trato. 2. Capacitar a los profesionales sanitarios en el ejercicio de su labor con población inmigrante. 3. Hacer converger los objetivos sociosanitarios del II Plan Integral para la inmigración en Andalucía y la formación de los profesionales. 4. Responder formativamente a los profesionales sociosanitarios, ante los problemas emergentes de la población inmigrante. 5. Identificar adaptaciones

y adecuaciones necesarias en la atención sociosanitaria, tendiendo hacia la normalización.

Métodos: La elaboración de los materiales formativos se realiza a través de la creación de grupos de trabajo de profesionales y de movimiento asociativo, implicados en la atención a la población inmigrante y con el apoyo técnico de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Una vez elaborado el material se somete a una validación institucional, por revisores externos y por expertos. Por último, desde la Secretaría General de Salud Pública se realiza la máxima difusión de los materiales, implicando para ello a los servicios de salud, delegaciones provinciales de salud, las ONGs y por el soporte web del portal de salud de la consejería y Red Isir.

Resultados: Se han publicado dos manuales de atención sanitaria a inmigrante, con formato digital, distribuyéndose 10.000 CD entre los profesionales. De la colección Inmigración-Salud, se ha publicado la monografía: "Salud Mental e Inmigración" y está en fase de revisión: "Nacer y crecer en Andalucía. Una mirada intercultural".

Conclusiones: Los resultados obtenidos impulsan el trabajo y la publicación de nuevos fascículos con el objeto siempre de mejorar la calidad de la atención de la población inmigrante y el proceso continuo de adquisición de competencia intercultural.

ME-29. RED ISIR: RED DE PROFESIONALES SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS INMIGRADAS

E. González, L.A. López, C. Torró, M.V. Llamas, R. García, S. Sánchez, et al
Escuela Andaluza de Salud Pública; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha producido la llegada de pacientes de diversas nacionalidades al sistema sanitario. La población inmigrada en Andalucía supone un 6,9% del total de la población. La red surge como respuesta a la demanda de profesionales sanitarios de apoyo y formación sobre aspectos interculturales. La Consejería de Salud, de la mano de la Escuela Andaluza de Salud Pública, pone en marcha la Red ISIR en el marco del cumplimiento de los objetivos sociosanitarios del II Plan para la Inmigración de Andalucía (2006-2009). La red ISIR nació en noviembre de 2007 y desde entonces sus objetivos han sido: 1. Identificar a los y las profesionales interesados en la mejora de la atención sanitaria a la población inmigrada. 2. Generar una plataforma de dinamización y creación de conocimiento en torno a la salud de las personas inmigradas. 3. Crear una red de formación en competencias interculturales para profesionales, generando materiales de apoyo. 4. Dinamizar encuentros que permitan la reflexión y faciliten el trabajo en red.

Métodos: La identificación de profesionales se realizó a través de la técnica bola de nieve, se hizo un sondeo y una revisión de publicaciones científicas y congresos en busca de profesionales relevantes en inmigración y salud. La red es interdisciplinar, forman parte de ella profesionales de la medicina, investigación, periodismo, ONG, asociaciones, etc. Desde la red se apoya a grupos de trabajo de temáticas específicas como juventud, salud mental, etc. La red ISIR usa las nuevas tecnologías de comunicación (web 2.0) que permiten la interacción entre usuarios, para ello cuenta con el apoyo de un profesional informático y de una técnica que dinamiza la plataforma.

Resultados: La red cuenta con una base de datos de 522 personas, de las que más de 150 están de alta en la Red. Además, se ha duplicado el número de inscritos del primer al segundo encuentro. Se ha publicado una monografía sobre salud mental en la inmigración, y se está editando una segunda monografía sobre el proceso de nacer y crecer. Se ha puesto en marcha el dominio (www.redisir.net), que cuenta con un blog de discusión y dos foros. Se ha diseñado un curso de formación de formadores con un amplio consenso entre profesionales de la Red y se han creado materiales en soporte audiovisual y papel para la puesta en marcha a cargo de un grupo de expertos.

Conclusiones: El trabajo en red es un instrumento de trabajo útil para apoyar a los profesionales sanitarios en la atención intercultural en salud y permite que los y las profesionales reflexionen y trabajen conjuntamente para que seamos capaces de mejorar la atención sanitaria de las personas inmigradas.

Financiación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fundación CajaSur.

ME-30. SERVICIO DE TRADUCCIÓN LINGÜÍSTICA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

E. Peinado Álvarez, R. López Cortés, et al

Consejería de Salud Dirección General de Innovación Sanitaria Sistemas y Tecnologías.

Antecedentes/Objetivos: En la actualidad, Andalucía se caracteriza por su diversidad y multiculturalidad, observándose en el quehacer diario de la atención sanitaria un aumento progresivo de la demanda asistencial del colectivo de no hispanohablantes constituido por dos grandes grupos de población: por una parte, los inmigrantes, y por otra, los turistas. Por tanto, no es de extrañar que tanto no hispanohablantes como profesionales de la salud muestren, como demanda percibida y sentida, la necesidad de mejorar la accesibilidad al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Objetivo: ofertar un Servicio de Tele- traducción (ST) para no hispanohablantes.

Métodos: El ST garantiza como requisitos mínimos para su eficiencia: -Confidencialidad y Privacidad: El Servicio garantiza que todos los actores de la traducción respetan estos dos ítems, ya que la atención sanitaria está impregnada de ambos por definición. -Inmediatez: Este servicio presta una respuesta inmediata para que tenga utilidad real en la atención sanitaria que en muchas ocasiones es de urgencia o emergencia. -Disponibilidad y Cobertura Total: A disposición de todos los usuarios/as del SSPA durante 24 horas al día y los 365 días del año para los siguientes idiomas: árabe, inglés, rumano, alemán, francés, chino, búlgaro, ruso, portugués, polaco y eslovaco. Además se implementa el servicio en días laborables y en horario de 8 a 18 horas con una oferta de otros 35 idiomas.

Resultados: Se ha logrado un Servicio basado en un sistema telefónico de traducción e interpretación simultánea que permite a los profesionales sanitarios desde el teléfono de su consulta acceder a este servicio y entenderse mejor con sus pacientes o hispanohablantes Este nuevo ST se ha pilotado en los Centros de Salud de Roquetas Sur, El Ejido Norte, La Mojónera, Puebla de VÍcar, Cartaya, Lepe y los centros que componen el Distrito Sanitario Costa del Sol, así como el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de Málaga desde Mayo hasta Junio de 2008. Se han gestionado 80 servicios: 57 solicitudes del Centro Coordinador de Urgencias y 23 solicitudes de Centros de Salud, siendo los idiomas más demandados y por este orden: Inglés, Alemán, Francés, Árabe y Rumano.

Conclusiones: El Servicio de Tele-traducción aporta un valor añadido al conjunto del SSPA dotándolo de un potente instrumento de relación y comunicación que plasma los criterios básicos de la política sanitaria en Andalucía: equidad, igualdad, accesibilidad, continuidad y calidad más allá del propio ámbito clínico-asistencial llegando al ámbito de la atención integral sociosanitaria.

ME-31. EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO CUALITATIVA Y SU IMPACTO. INSTRUMENTOS PARA LA MEJORA DEL II PIPIA

S. Sánchez Hernández, A. Gómez Rodríguez, J.I. Martínez Millán, E. González Rojo

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En 2006 entró en vigor el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009 (II PIPIA), en el que la

Consejería de Salud y el SAS son responsables de la gestión de los objetivos del área sociosanitaria. Ambas encargan a la EASP la evaluación de seguimiento cualitativa de esta área. El objetivo es identificar fortalezas y debilidades del proceso de puesta en marcha de las medidas contempladas para el cumplimiento de los objetivos, que orienten la planificación futura.

Métodos: Se realizó la revisión de la documentación generada por responsables de la puesta en marcha del II PIIA, 50 entrevistas en profundidad a profesionales y 15 a personas migradas usuarias del SSPA. Para el análisis se utilizó el método de la Teoría Fundamentada. Las categorías de análisis fueron: 1) acciones desarrolladas; 2) mecanismos de gestión y coordinación; 3) logros alcanzados; 4) aspectos positivos y a mejorar; 5) recomendaciones. Se ha indagado en los procesos de gestión, así como en los de realización de las diferentes acciones y/o medidas.

Resultados: Los datos se han organizado en el informe en 3 grandes bloques; se ha agrupado la información obtenida sobre qué se ha hecho (actuaciones concretas) y cómo se ha hecho (gestión y coordinación). Se ha agrupado la información referida a los posibles efectos-logros que, sin ser exhaustiva ni representativa, destaca una

valoración positiva del sistema sanitario andaluz por parte de población migrada, la gratuidad de la atención y toda la información que se les facilita para su utilización. Exponen que son conscientes de su contribución al sistema sanitario a través de la política de impuestos y presentan, como principales trabas de acceso, el idioma y las condiciones de vida personales. Por último, se ha agrupado la información valorativa en cuanto a las actuaciones y a la gestión, obteniendo 14 aspectos positivos, 21 a mejorar y 15 recomendaciones de cambio.

Conclusiones: La realización de una evaluación de seguimiento cualitativa del II PIIA ha sido valorada muy positivamente por la gran oportunidad que genera de explicitar con detalle no sólo aquello que está funcionando bien y aquello que es preciso mejorar, sino también cuáles se consideran los mecanismos más adecuados para implementar cambios hacia mejor. Uno de esos cambios, vinculado plenamente a la evaluación de seguimiento, es una batería de instrumentos de planificación, seguimiento y evaluación aplicables directamente por las personas responsables de la ejecución del II PIIA y accesibles vía internet.

Financiación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

XIII Congreso SESPAS

Sevilla, 4-6 de marzo de 2009

COMUNICACIONES ORALES I

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 13:00 a 14:30 h

Evaluación en atención primaria

O-001. VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA PERSPECTIVA POBLACIONAL

M.I. Pasarín, M. Rodríguez-Sanz, K. Rocha, S. Berra, C. Borrell, et al
Agència de Salut Pública de Barcelona; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; CIBER Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: La atención primaria de salud (APS) debe ofrecer una atención global, continua y coordinada para conseguir ser eficiente y equitativa. La Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA) de 2006 incluyó un instrumento válido para evaluar la APS. Objetivo: Describir la valoración de la APS de la población catalana en 2006.

Métodos: Estudio transversal utilizando datos de la ESCA-2006. La población de estudio fueron los mayores de 15 años residentes en Catalunya con médico/a de referencia (91% del total). El instrumento utilizado fue una versión abreviada del Primary Care Assessment Tools para usuarios adultos, diseñada para encuestas de salud, que consta de 10 ítems tipo Likert. Se incluyeron en el análisis los que habían contestado a más del 50% de los ítems y que habían visitado al médico/a general y el especialista el último año (n = 10.066, 76% del total). La variable dependiente fue el índice global resultante de la suma de los 10 ítems transformado a una escala de 0 a 100, recodificado como valoración positiva (índice ≥ 70). Las variables independientes fueron socioeconómicas (sexo, edad, clase social SEE), de uso de servicios (titularidad del médico/a, tiempo con el mismo médico/a de referencia y el número de visitas) y de necesidad (salud percibida). Se realizó un análisis bivariado y multivariado mediante modelos de regresión binomial negativa para estimar las razones de prevalencia (RP) de la valoración positiva de la APS, y sus intervalos de confianza al 95% [IC95%]. Los análisis se realizaron por separado para hombres y mujeres.

Resultados: La mayoría de la población tiene una valoración positiva de la APS (59%), siendo inferior en los que no habían visitado un profesional sanitario (49%). Varía según la edad (53% de 15-49 años vs el 71% de ≥ 50 años) y la necesidad en salud (59% en buena salud vs al 69% en mala salud). Además, una mejor valoración de la APS se asocia a un mayor tiempo con el mismo médico/a de referencia: si el tiempo ≥ 3 años vs a < 1 (en hombres ≥ 50 años: RP = 1,4 [1,2-1,6] y en mujeres RP = 1,6 [1,4-1,9]), y a un mayor número de visitas. No se observan diferencias según la clase social, pero sí una mejor valoración si el médico/a de referencia es de titularidad privada, sobre todo en la población de 15-49 años (en hombres RP = 1,3 [1,2-1,5] y en mujeres RP = 1,5 [1,4-1,6]).

Conclusiones: La población catalana valora positivamente la APS, siendo mejor la valoración en la población más utilizadora y posiblemente más conocedora de la APS. La inclusión de un instrumento de valoración de la APS en las encuestas de salud permite la evaluación

de aspectos relacionados con la calidad de la APS desde la perspectiva de la población.

Financiación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (098/12/06).

O-002. ÍNDICES SINTÉTICOS SANITARIOS PARA ESTIMAR LA CALIDAD DEL PRODUCTO DE LA MEDICINA DE FAMILIA

C. Ascaso Terrén, J. Gené Badia, R.M. Abellana Sangra, G. Escaramís Babiano, A. Català Ramos, J. Jiménez Villa, J.M. Argimon Pallàs, et al

Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona; Consorci d'Atenció Primària de l'Eixample; Institut Català de la Salut; Servei Català de Salut.

Antecedentes/Objetivos: Las organizaciones sanitarias precisan desarrollar indicadores del producto asistencial para rendir cuentas ante la sociedad, para comparar servicios y para evaluar el impacto de las reformas organizativas y minimizar desigualdades. Con el fin de facilitar su generalización y comparación entre organizaciones proveedoras, estos indicadores han de ser simples y basados en los datos que ofrecen los sistemas de información rutinarios en gestión sanitaria. Estudios previos basados en grupos focales identificaron cuatro dimensiones del producto asistencial: 1) accesibilidad a los servicios; 2) coordinación entre niveles asistenciales; 3) relación entre profesionales y usuarios, y 4) calidad científico/técnica de los equipos de atención primaria. El objetivo de este estudio es confirmar cuál es la agrupación de los componentes, óptima para medir el resultado de los servicios de medicina de familia utilizando las fuentes de información rutinarias en gestión sanitaria.

Métodos: Diseño longitudinal que analiza los resultados anuales de los servicios de medicina de familia de 266 equipos de atención primaria del Institut Català de la Salut. Las variables estudiadas provienen de tres fuentes de información: característica y estructura de los equipos, encuesta de satisfacción del usuario y datos de prescripción farmacéutica. Las dimensiones del producto de atención primaria se han evaluado usando Análisis Factorial Confirmatorio con medidas repetidas. Los parámetros de los modelos se han estimado mediante el método de máxima verosimilitud y los intervalos de confianza usando métodos "bootstrap". La elección del modelo más adecuado se ha basado en el "adjusted goodness of fit index".

Resultados: El modelo que mejor ajusta los datos es el que consta de 2 dimensiones y explica, aproximadamente, el 80% de la variabilidad observada. La primera dimensión integra la accesibilidad a los servicios y a los profesionales de salud y la coordinación entre niveles asistenciales. La segunda mide la calidad científico-técnica de los equipos. Las 2 dimensiones del producto son independientes, y los valores obtenidos en cada una de ellas están condicionados por la información de los años anteriores.

Conclusiones: Los resultados de los servicios de medicina de familia se puede medir usando sólo 2 dimensiones: "accesibilidad y comunicación entre niveles asistenciales" y "capacidad científico técnica de los equipos".

Financiación. Instituto de Salud Carlos III (FIS: PI061581).

O-003. SALUD PERCIBIDA Y VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN DE AP. PACIENTES CRÓNICOS. CASTILLA LA MANCHA

O. Solas Gaspar, M. de la Fuente, N. Magariños, M.E. Medina, E. Torres, et al

FISCAM.

Antecedentes/Objetivos: Medir la valoración del médico de cabecera y de la satisfacción de pacientes crónicos con la atención sanitaria recibida en AP es un elemento importante tanto para la organización y la eficacia de la práctica clínica, así como un factor de protección de la salud de estas personas.

Métodos: Estudio de satisfacción de usuarios de AP en CLM, 2007 (n = 1.949, error admitido \pm 2,0, nivel de confianza de 95%). Análisis de las dimensiones de satisfacción en AP. Cuestionario de Satisfacción de AP. CLM/2007.

Resultados: La prevalencia de problemas crónicos (hipertensión, colesterol alto, bronquitis crónica, artrosis y diabetes) es del 48% en usuarios atendidos en AP durante los meses de septiembre/octubre de 2007. El 43% acude al médico de cabecera más de 8 veces/año, siendo la frecuencia de utilización 10 puntos por encima entre los pacientes con diabetes. El 55%, aunque pudiera elegir, prefiere ir al centro en horario de mañana. Los pacientes crónicos sienten que su salud es regular (47%) y mala/o muy mala (12,4%). La percepción de peor salud se duplica respecto a personas que no tienen problemas crónicos. La valoración de la atención recibida por su médico de familia es muy positiva y no presenta diferencias significativas entre usuarios, con o sin padecimiento crónico, en relación a: la amabilidad, su capacidad técnica y la eficacia para resolver su problema (niveles de satisfacción en torno al 90%). Sin embargo, son más críticos porque el médico "no les explora, ausculta, palpa, mira (88% de muy/bastantes satisfechos", no les dedica el tiempo necesario 5,6%, o no les escucha. El % de no insatisfechos es siempre más elevado en diabetes y con artrosis. El 7% considera que el especialista al que acudió la última vez, derivado por su médico de cabecera, no fue amable, y un 14% dice que no se interesaron por la información del médico de cabecera. Casi un 9% manifiesta que el médico de cabecera tampoco se interesó por la información del especialista.

Conclusiones: A pesar de la influencia de la edad de los pacientes crónicos que acuden a AP, se observa que estos pacientes son algo más críticos con su médico de cabecera que los usuarios sin problemas crónicos. Un grupo considerable de ellos manifiesta su insatisfacción con el déficit de transferencia de información entre médico de AP y especialista. La continuidad de cuidados en personas con condiciones crónicas y el seguimiento de FR relacionados con su problema son factores protectores de salud, de uso ademado y de evitación de hospitalizaciones innecesarias.

O-004. COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO

M. Puerto, M. Costa, A. Ugarte, et al

Grupo de Comunicación y Salud de Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La comunicación interpersonal entre los profesionales sanitarios y sus pacientes es uno de los temas de estudio habituales en nuestro campo. Sin embargo, la literatura en nuestro país muestra poca investigación experimental en consulta sobre el asunto y también cabe hacerse algunas preguntas sobre la validez de la aplicabilidad cultural de los numerosos estudios internacionales al contexto español. Este trabajo pretende aportar luz en ambos aspectos bajo la hipótesis de que si se introducen pequeños pero relevantes cambios en el comportamiento verbal y no verbal del médico mejora la satisfacción de los usuarios con el servicio de salud ofrecido.

Métodos: Para valorar el efecto de estos cambios se adaptó una escala de satisfacción para medir la satisfacción de los usuarios, se diseñó un estudio para falsar la hipótesis; se procedió al trabajo de campo en una consulta de un Centro del Ayuntamiento de Madrid, se analizaron los resultados y se elaboró un informe. El estudio se realizó con una muestra de 50 personas entre 16 y 64 años, que acudían por primera vez al centro. Se hizo un diseño experimental aleatorio simple con evaluación post. Las 50 personas fueron adscritas de manera aleatoria a dos condiciones de entrevista (grupos A y B, niveles de la variable independiente) y después se evaluó su nivel de satisfacción. El grupo A (trato cortés) se definía por la presencia en el médico de comportamientos tales como presentarse, dirigirse al usuario por su nombre, mantener contacto visual, sonreír, mostrar empatía con las objeciones si existían, evitar la jerga técnica, establecer un breve contacto físico con el usuario en la despedida. En el grupo B, el médico no realizaba expresamente ninguna de las acciones contempladas para el grupo A.

Resultados: Se analizó la diferencia de medias (t de Student para grupos independientes) en relación con la variable dependiente (satisfacción) y encontramos diferencias muy significativas ($<$ 0,0001) y un tamaño del efecto de 2,48, siendo, según el criterio de Cohen, 0,20 un tamaño pequeño, y 0,80, un tamaño grande, con lo que se rechaza la hipótesis nula, con un grado de significación, y una potencia y tamaño del efecto apreciables. Se puede sostener, por tanto, que la satisfacción de los usuarios se encuentra fuertemente asociada al trato recibido por parte del médico.

Conclusiones: El estudio plantea perspectivas de interés para mejorar la satisfacción de los usuarios de servicios de salud, más aún cuando los cambios que se plantean resultan tan sencillos de adoptar. Además, se comprueba la importancia de mejorar la competencia de los proveedores de servicios de salud en habilidades de comunicación.

O-005. UN INSTRUMENTO PARA LA MEDIDA DE LA CONTINUIDAD ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

M.J. Letelier Ruiz, M.L. Vázquez Navarrete, I. Vargas Lorenzo, et al

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci Hospitalari de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación integral de la continuidad asistencial, considerada esencial para mejorar los resultados finales de la atención, es compleja. Los instrumentos utilizados suelen centrarse en la medida de un solo tipo de continuidad (información, relación y gestión) y en un solo nivel de atención, generalmente referido a patologías de corta duración. El objetivo del estudio es diseñar y validar un instrumento para medir la continuidad entre niveles asistenciales desde la perspectiva usuaria.

Métodos: a) Revisión bibliográfica para identificar las metodologías utilizadas para medir la continuidad asistencial, hasta el 2008. Los artículos seleccionados se analizaron a texto completo para obtener i) los atributos de las diferentes dimensiones de continuidad asistencial, ii) los instrumentos de medición y iii) preguntas utilizadas para medir los atributos. b) Construcción y validación. De acuerdo a las dimensiones y atributos identificados se adaptaron y/o diseñaron preguntas. Mediante un comité de 7 expertos (en diseño de cuestionarios, continuidad y gestión de servicios sanitarios) se evaluó la validez aparente, y mediante dos pretests se evaluó la viabilidad, validez aparente y de contenido del instrumento.

Resultados: Se ha desarrollado un cuestionario que aborda las dimensiones de los tres tipos de continuidad asistencial. Mide 17 de los 19 atributos considerados esenciales para la continuidad: 5 en continuidad de información; 7 en continuidad de relación y 7 en continuidad de gestión. La continuidad de relación se refiere a un sólo nivel, mientras que las otras dos abarcan los distintos niveles asistenciales. Consta de 2 partes complementarias e independientes:

la primera determina la continuidad en un episodio concreto y la segunda la percepción de los usuarios sobre continuidad de la atención en general. En el primer pretest, que permitió mejorar las preguntas y respuestas, los entrevistados consideraron el lenguaje adecuado y de fácil comprensión. En el segundo pretest se aplicó el instrumento en condiciones reales. Se observó un buen ritmo en la sucesión de los temas, necesitando de 15 a 25 minutos para la aplicación del instrumento por parte de un encuestador capacitado.

Conclusiones: Este instrumento permitirá evaluar la continuidad entre niveles asistenciales de forma integral en población mayor de 18 años, en cualquier sistema de salud que provea un continuo de servicios de salud. No obstante, es necesario realizar un estudio piloto para evaluar las propiedades psicométricas del instrumento.

O-006. VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE LOGRO PROFESIONAL PARA MÉDICAS/OS DE FAMILIA

A. Delgado Sánchez, L.A. López Fernández, L. Saletti Cuesta, J.D. Luna del Castillo, I. Mateo Rodríguez, J.M. Jiménez Martín, et al
EASP; UGR.

Antecedentes/Objetivos: La medicina se está feminizando pero las médicas continúan en desventaja. El objetivo es construir y validar una escala para medir, en médicas/os de familia (MF), el logro, elemento clave para el desarrollo profesional.

Métodos: Estudio descriptivo, multicéntrico. Población: MF de los centros de salud de capitales andaluzas. Inclusión: ≥ 1 año en mismo puesto, uso de historia informatizada. Muestra = 500 (cálculo para otros objetivos: alfa = 5%, potencia = 90%, precisión = 15%). Logro: Marco teórico con 5 dimensiones 22 preguntas: 4 percepción subjetiva, 5 atribuciones causales, 7 resultados esperados, 3 autoeficacia, 3 capital social. Sexo. Edad. Formación posgraduada. Cuestionario autoadministrado postal (XII-07 y V-08). Análisis factorial, método componentes principales y rotación varimax, incluyendo ítems con autovalores > 1 . Evaluación adecuación muestral con índice de KMO y test Barlett. Fiabilidad de escala global y de factores evaluada con alfa-Cronbach extrayendo el ítem.

Resultados: Tasa respuesta 365 (73%). Médicas 50,8%, Edad 50,2 \pm 1,4, Formación posgrado 34,2%. Dos factores en análisis factorial (varianza 46,1%). Test Barlett $p < 0,005$, KMO = 0,831. Preguntas con Cargas factoriales. 1Factor: Mis expectativas profesionales se cumplen ,796. Mi esfuerzo profesional está bien remunerado ,718. Mi trabajo es placentero y me recompensa ,717. Estoy satisfecho/a con los logros alcanzados ,681. Mis logros en la profesión se deben sobre todo a los apoyos recibidos -,649. He alcanzado las metas profesionales acordes a mi esfuerzo ,635. En comparación con mis colegas mi progreso es bueno ,589. Los/as compañeros/as reconocen mi esfuerzo tanto como merezco ,498. Mis relaciones profesionales son un estímulo y fuente de apoyo ,435. α -Cronbach: ,837. 2Factor: Tengo confianza en mí como docente ,695. Me siento capacitado/a para investigar ,666. Mis logros se deben sobre todo a mi esfuerzo y mi capacidad ,610. Tengo seguridad en las decisiones clínicas ,582. En mi vida profesional suelo tener metas que deseo alcanzar ,534. α -Cronbach: ,648. 1Factor "Logro y Reconocimiento", reúne 4 ítems de percepción de logro, 1 de atribución causal externa, 2 de resultados extrínsecos y 1 intrínseco, y 1 de capital social; es un factor que combina variables de logro subjetivo con reconocimiento externo. 2Factor "Autoeficacia", contiene 3 preguntas de autoeficacia, 1 de resultados y 1 de atribución causal; en su conjunto expresa la valoración sobre las capacidades personales y la proyección hacia el futuro.

Conclusiones: Obtenemos una escala de logro con buena fiabilidad y validez de constructo. La percepción empírica de logro en MF tiene dos dimensiones, Logro subjetivo + reconocimiento externo y autoeficacia + proyección futura.

Financiación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

COMUNICACIONES ORALES II

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 13:00 a 14:30 h

Intersectorialidad y acción local en salud

O-007. ABORDAJE DE LA ACCIÓN LOCAL EN SALUD PÚBLICA MEDIANTE UN PROYECTO DE PILOTAJE EN RED

R. García Galán, C. Monte Vázquez, C. Torró García-Morato, J. Ruíz Fernández, R. Muriel Fernández, et al

Secretaría General de Salud Pública y Participación.
Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Tenemos una tradición democrática municipal consolidada, pero la garantía de continuidad de las políticas de mejora de la salud y calidad de vida de la ciudadanía, está todavía pendiente. La situación es que hay pocas acciones intersectoriales, herramientas escasas, normas rígidas y trabajo en red prácticamente inexistente; y esto sumado a una ciudadanía que reclama mayor protagonismo. Así, el Nuevo Modelo de Salud Pública de Andalucía se ha planteado la Acción local en salud, mediante un pilotaje en 8 Gobiernos locales, que facilite un método operativo de desarrollo de los objetivos de salud pública con las administraciones locales, mediante un trabajo coordinado en Red.

Métodos: Este abordaje representa una experiencia innovadora de gobernanza local en SP; de convergencia de diferentes sectores; funcionamiento en Red y liderazgo del gobierno local, en materia de protección y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de los riesgos. El instrumento de gestión es un convenio anual, con financiación necesaria para la formación, puesta en marcha de la Red y 8 profesionales de apoyo técnico. La investigación de los recursos (públicos y privados) para las acciones de la Red, es parte del Proyecto. Se estructura en 3 fases: 1. Selección de 8 gobiernos locales 2. Selección de 8 técnicos/as de acción en salud. Formación cruzada intersectorial. 3. Plan de acción. Elaboración y desarrollo del convenio. En 7 líneas: 1. Presentación en los gobiernos locales 2. Creación del grupo motor inicial de la red. 3. Elaboración y firma del convenio 4. Elaboración del plan local de salud 5. Seguimiento y evaluación del convenio 6. Validación hedí informe de evaluación 7. Estrategia de Red local.

Resultados: • Existen 8 grupos motor formados conjuntamente, elaborando el plan local • RELAS permitirá la elaboración de una Estrategia de acción local, con diferentes instrumentos: diagnóstico de salud, plan local de salud, funcionamiento en red, convenios, canales de participación, fuentes de financiación, sistemas de información...

Conclusiones: -Los Gobiernos locales identifican la Red como oportunidad política e instrumento de coordinación local. -La formación conjunta de profesionales de salud y Ayuntamientos es muy efectiva. -El Proyecto no pretende aumentar los servicios asistenciales, sino mejorar la salud de la población. -Es necesario vincular a todos los sectores relacionados con los determinantes de salud (medio ambiente, educación, bienestar social, empleo, vivienda, agricultura, etc.).

O-008. INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN UN BARRIO DE BARCELONA

M.I. Pasarín, M. Rodríguez-Sanz, M. Petit, D. Malmusi, J. Morrison, G. Muniente, F. Herrera, J. Armengol, L. Artaco, et al

Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB); Plan de Desarrollo Comunitario (PDC) de Roquetes; UD Medicina Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB; Consorci Sanitari de Barcelona (CSB); Equipo de Atención Primaria (EAP) de Roquetes.

Antecedentes/Objetivos: Roquetes (Barcelona) fue uno de los primeros barrios priorizados por la Ley de Barrios de la Generalitat de Catalunya. Objetivo: Describir el proceso de la toma de decisiones sobre las intervenciones a realizar para mejorar la salud en el barrio.

Métodos: El proceso consta de 4 fases: 1) búsqueda de alianzas con los agentes del barrio: políticos, entidades y representantes de vecinos/as, gestores y profesionales de salud, de servicios sociales y de educación, 2) valoración de necesidades en salud, 3) planificación e implementación de intervenciones, 4) diseño del seguimiento y evaluación.

Resultados: Se constituyó un grupo con técnicos del PDC, EAP de Roquetes, ASPB, distrito y CSB para decidir, realizar y evaluar los distintos pasos. El análisis de necesidades incluyó información cuantitativa (demográfica, socioeconómica, salud reproductiva, morbilidad, mortalidad, consumo de sustancias, utilización de servicios preventivos y asistenciales) y cualitativa: 4 grupos nominales, 3 de profesionales (social, educativo y sanitario) y uno de representantes de entidades; entrevistas a informantes clave y grupos de discusión con vecino/as, segmentados por grupos de edad y sexo. Se realizó una jornada conjunta para priorizar las áreas de intervención que resultaron: 1) Problemas de salud mental, 2) Falta de límites en niños/as y jóvenes, 3) Factores de riesgo y enfermedad cardiovascular y 4) Sobrecarga de mujeres cuidadoras. Posteriormente se revisaron intervenciones efectivas para el abordaje de estos problemas de salud, y se realizó una segunda priorización técnica de las áreas a trabajar: 1) Incremento de la actividad física, 2) Potenciación de la red social y 3) Mejora de las habilidades sociales. Actualmente, se están decidiendo las intervenciones en estas tres áreas, siendo diseñadas de manera específica o potenciando otras que ya están existiendo. Por ejemplo, en el área de actividad física, se diseñará la intervención "10.000 pasos al día", se crearán nuevas actividades extraescolares en educación primaria (ej: patinaje) y se potenciarán otras como "ACTIVAT" que promueve la realización de ejercicio físico supervisado en los parques públicos.

Conclusiones: La definición de intervenciones comunitarias para la mejora de la salud debe contar en todas las fases con los agentes locales (profesionales y población). Su implicación ayudará a incrementar las probabilidades de éxito en la ejecución, participación y sostenibilidad de las intervenciones a realizar, ya que la mayoría serán de carácter no sanitario.

O-009. LA COMISIÓN DE PARTICIPACIÓN Y MEJORA CONTINUA EN LOS CENTROS SANITARIOS: UNA ESTRATEGIA PROVINCIAL UNIFICADA PARA LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN GRANADA

N. Pascual Martínez, I. Marín Rodríguez, et al

Hospital U. San Cecilio Granada; Delegación Provincial de Salud Granada.

Antecedentes/Objetivos: En el año 2007 a la vez que se inicia una reforma del funcionamiento de la Coordinadora Provincial de Asociaciones de Ayuda Mutua, Autocuidado y Voluntariado de salud constituida como órgano de participación ciudadana en la Delegación Provincial, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) establece en su contrato programa con los centros sanitarios objetivos de fomento de la participación en su ámbito de actuación. Nos propusimos innovar la estructura de participación que existía en la Delegación Provincial y facilitar el cumplimiento de los objetivos marcados por el SAS trabajando en común y constituyendo la Comisión de Participación y Mejora Continua que integra la participación de las asociaciones con los Centros de Atención Primaria y Especializada en la provincia.

Métodos: Se formaron cuatro comisiones que agruparon representantes de los Centros Sanitarios en función de su distribución

geográfica y representantes de las asociaciones miembros de la Coordinadora. Se celebró una Jornada de Participación Provincial, se constituyeron las comisiones mencionadas y se realizó de una Técnica de Grupo Nominal en la que se respondió a la pregunta: ¿Qué iniciativas concretas se proponen poner en marcha en 2008 para mejorar los servicios sanitarios?

Resultados: Este foro de coordinación y consenso tuvo lugar el 5 de noviembre de 2007 en la Delegación de Salud de Granada, en forma de Jornada Provincial con la presencia de la Delegada y los directivos de los centros. Se han creado oficialmente cuatro "Comisiones de participación ciudadana y mejora continua" Tras la realización del grupo nominal los resultados de cada Comisión se pusieron en común para todos y todas las asociaciones y representantes de los centros. De esta puesta en común, se desprende que las grandes áreas de problemas enunciados son, entre otras: Incrementar la información y la colaboración mutua, diseñar programas de actuación conjunta, editar y revisar conjuntamente catálogos de recursos y prestaciones, mejorar la accesibilidad y el transporte sanitario, revisar conjuntamente la información escrita que se traslada a las personas que acuden a los servicios, ampliar los recursos existentes, etc. En esta línea de trabajo se han llevado a cabo a lo largo del año 2008 diferentes actuaciones conjuntas que van desde colaboración para mejorar algunos servicios, celebración de jornadas, día de puertas abiertas, edición de folletos informativos, etc.

Conclusiones: La experiencia nos ha servido para desarrollar una estrategia conjunta de participación en la que participamos activamente la Delegación de Salud, los Centros Sanitarios y las Asociaciones de Ayuda Mutua de la provincia.

O-010. CONSOLIDACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE VIDA SALUDABLE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

I. Vergara Micheltorena, J. Zuazagoitia Nubla, Y. Cantera Fernández, I. Manzano Martínez, I. Zubia Zubiaurre, et al

Dirección Salud Pública, Departamento Sanidad; Subdirección Salud Pública Araba; Subdirección Salud Pública Bizkaia; Subdirección Salud Pública Gipuzkoa; Instituto Vasco Innovación Sanitaria.

Antecedentes/Objetivos: La Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco puso en marcha en 2006 y con la participación de las principales instituciones autonómicas, forales y municipales la Estrategia de Vida Saludable. Es una iniciativa de promoción de la salud cuyos objetivos son lograr la máxima coherencia en las intervenciones de las instituciones vascas, priorizar la promoción de la vida saludable y facilitar la colaboración entre las instituciones. Como tema de abordaje inicial se priorizó, por su potencial impacto en la salud, la promoción de alimentación saludable y actividad física en la población infantil y juvenil.

Métodos: A lo largo del año 2007 grupos de trabajo formados por personal técnico de las instituciones participantes abordaron tres tareas: la revisión de la evidencia existente en intervenciones de promoción de hábitos saludables; la valoración de la realidad de la promoción de dichos hábitos en la CAPV y el análisis en profundidad de la Encuesta de Nutrición Vasca 2005. A partir de los datos obtenidos en esta revisión y siguiendo una metodología de trabajo participativa, se definieron las líneas estratégicas sobre las que se ejecutará la EVS.

Resultados: Se definieron 4 grandes líneas estratégicas: –Estrategias de mejora de la accesibilidad para la realización de actividad física; por ejemplo la promoción de juegos participativos y activos en centros escolares durante los recreos y períodos de descanso. –Estrategias de mejora de la accesibilidad a una alimentación saludable; por ejemplo el control de la oferta de productos alimen-

ticios en locales o bares dentro de los propios centros educativos. –Estrategias de comunicación, como la revisión de los canales e instrumentos de comunicación con la población infantil y juvenil. –Estrategias educativas en los entornos escolares, familiares y comunitarios, como el desarrollo de intervenciones de carácter multi-componente y multiagente.

Conclusiones: La definición participada de unas líneas estratégicas comunes y su asunción por parte de las instituciones participantes, constituye un marco de desarrollo que favorece una doble perspectiva; por un lado facilita que cada institución desarrolle aquellas intervenciones que considere prioritarias en el ejercicio de su competencia y por otro, favorece la colaboración y coordinación entre instituciones para la consecución de su objetivo común, la mejora de la salud poblacional a partir de la promoción de hábitos saludables en el sentido más amplio del término.

O-011. PLAN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

C. Muñoz Masero, M.D. Arjona Díaz, E. Vega Jiménez, P. Hortelano Rodríguez, A.M. Romero Brioso, E. López García, et al

UGC Poligono Norte.

Antecedentes/Objetivos: En Andalucía la participación de los ciudadanos en el diseño de políticas de salud se recoge en normativas sanitarias como la Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y calidad y la Ley de Salud de Andalucía así como en el nuevo estatuto de autonomía de Andalucía. La Consejería de Salud y del SSPA promueven la elaboración, desarrollo e integración de las políticas de participación de la ciudadanía en el sector de salud tal y como se establece de manera explícita en el III Plan Andaluz de Salud y el II Plan de Calidad Objetivos: 1. Ampliar la relación con la comunidad y con el resto de los servicios presentes en el territorio. 2. Contribuir a la elaboración de un diagnóstico compartido con los servicios y el tejido asociativo. 3. Colaborar a afrontar los problemas de la comunidad en el ámbito de la salud, la calidad de vida y el bienestar social. 4. Potenciar la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades.

Métodos: Sesiones informativas al equipo, Información anual de las actividades realizadas al Distrito Sanitario y resto de organizaciones implicadas. Identificación de fuentes de información existentes y recopilación información sobre estado de salud y sus determinantes con el Mapa de riesgo y el análisis epidemiológico. Participación activa en las reuniones de la asociación Comisión de Salud con cesión de espacio físico en el centro. Participación en la Mesa de Salud y sus diferentes Comisiones.

Resultados: Preparación, asesoramiento y organización de actividades: “Encuentros” y “Fiestas de la Salud”; Pasacalles con motivo del “día contra el SIDA” junto a los institutos de la zona, reparto de preservativos y colaboración de los profesionales del Programa de “Forma Joven” “Día sin tabaco ·Jornadas de alimentación saludable”; Día de puertas abiertas del centro con exposición de trabajos manuales y artesanía; Visitas de escolares: en los meses de abril y mayo haciendo un recorrido por el centro, y talleres de alimentación, ejercicio, higiene bucal, pediculosis y prevención de hábitos tóxicos; Taller a la AMPAS sobre alimentación y hábitos saludables; Reuniones semanales con la asociación; Comisión de Salud en el Centro; Colaboración en los talleres de habilidades parentales que se desarrollan en el centro de salud, coordinados desde Plan en barrios.

Conclusiones: Para que una intervención comunitaria sea exitosa, debe ser fácil de llevar a cabo, dar respuesta a las necesidades de la población atendida y asegurar la máxima participación. La participación de los ciudadanos de nuestra zona en la atención sanitaria, es en nuestra experiencia muy satisfactoria al conseguir en gran medida hacerlos partícipes y responsables de su propia salud.

O-012. “EPAT” UNA EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

M. Martín, M.I. Sillero, I. Bolívar, A. Mercado, M.A. Viedma, E. Guerrero, L. Muñoz, M.A. Coronado, J. Martínez, et al

D.P. Salud; D.P. Educación; D.P. Igualdad y Bienestar Social.

Antecedentes/Objetivos: El Equipo Provincial de Atención Temprana (EPAT) se configuró a nivel andaluz en 2007 para favorecer la coordinación interinstitucional desde las Consejerías de la Junta de Andalucía. El perfil interdisciplinar de las referentes, así como su implicación personal en las actuaciones han contribuido a los logros conseguidos en la provincia de Jaén. Los objetivos perseguidos incluyen: Planificación conjunta de la escolarización en Educación Infantil y Primaria de menores procedentes de Atención Temprana (AT). Y la atención a casos especiales que requieran valoración, asesoramiento y seguimiento por parte de estos referentes.

Métodos: Se han mantenido contactos periódicos (e-mail, vía telefónica y reuniones) para la transmisión de información relevante en el EPAT (cursos, materiales, Becas, valoraciones en Atención Especializada...).

Resultados: 1) Reuniones de coordinación, en las que se establecen los protocolos comunes y el calendario de actuaciones. 2) Uso de documentos (informes de intercambio de documentación). 3) Referentes del EPAT y en la estructura organizativa. 4) Flujo de información fluido que favorece el intercambio de novedades de las distintas instituciones implicadas (becas, ayudas individuales, etc.). 5) Continuidad asistencial en la escolarización de más de 50 menores en cada curso académico iniciado.

Conclusiones: Desde la escolarización 2007-2008 se “ha acompañado” a los menores procedentes de AT al Sistema Educativo informando a las familias, asesorando y coordinándose con profesionales implicados en cada caso y favoreciendo la continuidad asistencial en estos menores, así como la coordinación interinstitucional. De esta manera, se optiman los recursos educativos, sanitarios y sociales creando una red real que intenta dar respuestas a las necesidades de cada familia. Un aspecto muy relevante, es la implicación y coordinación de 3 Consejerías en la atención a menores de 6 años con Discapacidad o riesgo de presentarla, y que necesitan Atención Temprana. Así como la continuidad de la intervención en el ámbito educativo con el apoyo social y sanitario. Es conveniente reforzar estas medidas debido a los efectos positivos detectados, en referencia a la información facilitada a la familia con respecto a los centros y profesionales educativos, la conexión de profesionales de AT-Educación-Escuelas Infantiles, la colaboración de los/as profesionales implicados/as en cada caso,... En Jaén se ha elaborado un documento-guía del EPAT para facilitar información sobre servicios y apoyos previstos desde las distintas Consejerías.

COMUNICACIONES ORALES III

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 13:00 a 14:30 h

Evaluación de tecnologías e intervenciones sanitarias

O-013. OBSERVACIÓN DE TECNOLOGÍAS TRAS SU INTRODUCCIÓN EN CARTERA DE SERVICIO

T. Cerdá Mota, M.L. Varela Lema, A. Ruano Raviña, M. López García, et al

Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública; Subdirección Xeral de Aseguramento.

Antecedentes/Objetivos: En Galicia, desde el año 2003, la introducción de nuevas tecnologías cuenta con normativa específica, actualizada en 2007. El procedimiento de incorporación está centralizado en la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria de la Consellería de Sanidade, destacando el papel relevante de la Comisión Asesora para la incorporación de nuevas tecnologías. El objetivo de esta comunicación es dar a conocer la actividad y metodología desarrollada por *avalía-t*, para dar soporte a la toma de decisiones, a través del proceso de observación de las tecnologías tras su introducción en la práctica clínica.

Métodos: Las tecnologías que deben ser observadas se seleccionan a propuesta de la CA. La metodología se basa en un registro de casos. La propuesta de protocolo de seguimiento, que realiza *avalía-t*, se basa en un documento de evaluación. La información a registrar es consensuada con los clínicos implicados y desde *avalía-t* se elabora una base de datos común. Análisis de información realizado por *avalía-t* y presentación de resultados del seguimiento a la Comisión Asesora.

Resultados: A partir de los registros específicos y de la información de los centros se aportan resultados sobre 1) difusión: se identifican los centros en los que se realiza la intervención para investigar problemas en su implantación, aceptabilidad de profesionales y pacientes, problemas de difusión, y/o detectar problemas de accesibilidad; 2) variabilidad en las indicaciones clínicas: para valorar su adecuación a las indicaciones clínicas aprobadas; 3) comunicación de efectos adversos: para poder identificarlos y cuantificarlos; 4) impacto organizativo y consumo recursos: para evaluar su concordancia con las estimaciones previamente realizadas y 5) efectividad: para lo que se precisa acordar, previo al inicio de la observación, indicadores específicos y objetivos según expectativas. En la selección de variables se priman las variables "duras", como mortalidad o calidad de vida.

Conclusiones: El método de observación post-introducción desarrollado por *avalía-t* ha demostrado su factibilidad en Galicia, al contar con soporte institucional y estar basado en la recogida de información rutinaria, evitando en lo posible un incremento de pruebas y/o controles a los pacientes. La metodología empleada permite realizar un estudio con datos primarios en condiciones de práctica clínica "real" y disponer de un N elevado. Disponer de esta información post-introducción es sin duda de gran interés ya que permite reducir la incertidumbre de la toma de decisiones.

O-014. HERRAMIENTA DE PRIORIZACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS OBSOLETAS

A. Ruano Raviña, M. Velasco González, L. Varela Lema, T. Queiro Verdes, T. Cerdá Mota, et al

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalía-t.

Antecedentes/Objetivos: En la práctica clínica existen multitud de tecnologías obsoletas y es necesario disponer de un mecanismo que permita priorizar su importancia para que las evalúe una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. En una priorización hay que tener en cuenta diversos aspectos que afectan a la tecnología, como las características de la población o de la enfermedad a la que se dirige la tecnología, los costes, la aceptabilidad de los pacientes o la magnitud de los riesgos de su utilización. El objetivo de este trabajo es describir la elaboración de una herramienta para priorizar la evaluación de tecnologías sanitarias obsoletas y los elementos que la integran.

Métodos: Para realizar la priorización se crearon 3 niveles de trabajo, un equipo técnico (*avalía-t*), un grupo de expertos y panelistas de toda España. El equipo técnico se encargó de redactar los ítems originales de priorización y clasificarlos en dominios. El grupo de trabajo revisó y propuso la retirada o inclusión de ítems en el cuestionario de priorización y el grupo de panelistas analizó la importancia de los diferentes ítems (en una escala de 1 a 9) y dominios del cuestio-

nario. Los panelistas fueron clínicos, gestores y usuarios del sistema y ponderaron la importancia de los 4 dominios iniciales de la escala (población/usuarios; tecnología; riesgo/beneficio y costes/organización y otras implicaciones).

Resultados: Participaron 29 panelistas de 33 contactados (87,9%). La herramienta de priorización incluyó finalmente 3 dominios: a) población/usuarios; b) riesgo/beneficio y, c) costes, organización y otras implicaciones. Estos tres dominios contienen un total de 10 ítems, clasificados de la siguiente manera. Dominio de población/usuarios: 1) frecuencia de la enfermedad, 2) carga de la enfermedad, 3) frecuencia de utilización de la tecnología obsoleta, 4) preferencias de los pacientes. En el dominio de riesgo/beneficio: 5) eficacia/efectividad/validez, 6) efectos adversos, 7) riesgos y, finalmente, en el dominio de costes, organización y otras implicaciones: 8) eficiencia, 9) coste de mantenimiento y, 10) otras implicaciones. El peso asignado a cada dominio es de 37,5 puntos para población/usuarios, 37,5 puntos para riesgo/beneficio y 25 puntos para costes/organización y otras implicaciones. Con estos resultados se ha creado una herramienta gráfica de priorización de tecnologías sanitarias obsoletas disponible gratuitamente.

Conclusiones: Disponer de una herramienta de priorización de tecnologías sanitarias obsoletas permite priorizar aquellas tecnologías obsoletas con mayor impacto en la asistencia sanitaria. La herramienta de priorización es válida y exportable a otros entornos, ya que han participado en su validación gestores, clínicos y usuarios.

Financiación. Plan de Calidad del MSC.

O-015. MÉTODOS PARA DETERMINAR LAS PRIORIDADES EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS SEGÚN EL COSTE-EFECTIVIDAD Y LA EQUIDAD

P. Plans, et al

Dirección General de Salud Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El análisis coste-efectividad permite evaluar la eficiencia de los tratamientos y las intervenciones sanitarias, pero se ha cuestionado su utilización en la determinación de prioridades y las decisiones sobre asignación de recursos porque no tiene en cuenta la equidad. En este trabajo se analizan los métodos para incorporar la equidad en los rankings coste-efectividad.

Métodos: Se han propuesto los siguientes métodos para incorporar la equidad en los rankings coste-efectividad: 1) clasificar las intervenciones según la importancia de los problemas de salud que tratan y no según el coste-efectividad, 2) asumir que la función de bienestar social es utilitarista y determinar las prioridades según el ranking coste-efectividad, 3) ajustar los AVACs de la razón coste-efectividad para las preferencias sociales, 4) ajustar el ranking coste-efectividad para la equidad teniendo en cuenta una función de bienestar social. Se aplican estos métodos para decidir las prioridades entre 8 intervenciones sanitarias, de las cuales 3 son para tratar el mismo grupo de pacientes (mutuamente exclusivas) y 5 son para tratar grupos de pacientes diferentes (independientes) con unos costes por paciente de 100 a 10.100 €, una efectividad de 0,3 a 2,4 AVACs y un coste-efectividad de 300 € por AVAC a 4.200 € por AVAC.

Resultados: El primer método no maximiza ni los resultados ni el bienestar social; el segundo método maximiza los resultados, pero no el bienestar social si la sociedad no es utilitarista; el tercer método maximiza el bienestar social, pero es técnicamente complejo; el cuarto método maximiza los resultados y el bienestar social. El cuarto método da una mayor prioridad a los tratamientos independientes con un menor coste-efectividad que otros mutuamente exclusivos, pero con un mayor valor de equidad, medido por el valor de ϵ de la función de bienestar social. Este método consigue, por otra parte, reducir el coste de tratar a todos los pacientes con al menos un tratamiento.

Conclusiones: Los rankings coste-efectividad se pueden utilizar para decidir la asignación de recursos utilizando el método más adecuado para incorporar la equidad en cada situación. El método basado en la función de bienestar social es posiblemente el más práctico, ya que no requiere ajustar las razones coste-efectividad.

O-016. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS NUEVAS TERAPIAS PARA LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD

C. Escassi, A. Román, S. Márquez-Calderón, S. Flores, et al

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Servicio de Medicina Preventiva. HHUU Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es la principal causa de ceguera legal en el mundo occidental en personas mayores de 55 años. Revisar la evidencia sobre la eficacia y seguridad del tratamiento con Ranibizumab, Pegaptanib y Bevacizumab en la DMAE.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura en dos fases: informe original (enero 1996 a mayo 2007) y actualización (hasta febrero 2008), con búsquedas en MEDLINE, Pre-MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library, INAHTA, CDR, ECRI, Clinical Trials y Current Contents. Criterios de inclusión: población (pacientes con degeneración macular húmeda), intervención evaluada (Pegaptanib, Ranibizumab o Bevacizumab), comparación (los tratamientos mencionados entre sí, con placebo o con Verteporfina), resultados (eficacia y/o seguridad). La calidad de los ensayos clínicos fue evaluada por dos revisores utilizando el checklist del grupo CASPe.

Resultados: Se seleccionaron 44 artículos, 8 eran ensayos clínicos controlados, tres de Ranibizumab, dos de Pegaptanib y tres de Bevacizumab, el resto fueron estudios de diversos diseños. Ranibizumab, comparado con placebo y Verteporfina, consigue mejores resultados, entre 0 y 1,2% de pérdidas severas de visión frente a 13-14% en los grupos control, logrando mejora de la agudeza visual en algunos casos. Pegaptanib sólo se comparó con placebo, mostrando menor frecuencia de pérdidas severas de visión, entre 8-10% grupo Pegaptanib frente al 22% grupo placebo. Bevacizumab mostró mejores resultados (en términos de cambios en la visión) que la Verteporfina, aunque no todas las comparaciones fueron estadísticamente significativas. Las series de casos sobre Bevacizumab mostraron mejoras en la agudeza visual y reducción del tamaño de las lesiones. Los efectos adversos serios fueron raros. No se observó efectos adversos sistémicos con Bevacizumab en los ensayos clínicos, y las series de casos mostraron efectos adversos similares a los de Ranibizumab.

Conclusiones: El tratamiento con antiangiogénicos ha demostrado mejores resultados de eficacia que Verteporfina y placebo. La eficacia de Ranibizumab está sustentada por niveles más altos de calidad, este fármaco ha obtenido mejoras estadísticamente significativas respecto a los comparadores. El tratamiento con Pegaptanib mostró mejores resultados que el placebo, en términos de pérdidas graves de visión, pero de menor magnitud que con Ranibizumab (comparación indirecta). La evidencia sobre la eficacia del tratamiento con Bevacizumab es limitada, debido a la menor calidad, si bien cabe destacar que hubo una tendencia a mejores resultados con Bevacizumab que con Verteporfina.

O-017. LOS ÁCIDOS GRASOS TÓPICOS COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

J.C. Restrepo-Medrano, J. Verdú-Soriano, et al

Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquía; Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Los ácidos grasos tópicos (AGT) se presentan como un producto de gran utilidad en la prevención y trata-

miento de úlceras por presión, pero se sigue dudando de su efectividad y del nivel de evidencia necesario para su aplicación. Por ello, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática que determine si los AGT son una medida a tener en cuenta en los protocolos y/o guías de práctica clínica para la prevención de las úlceras por presión.

Métodos: Revisión sistemática y metaanálisis. Utilizando las bases de datos: MEDLINE (en Webspirs), CINHAL (en Webspirs), COCHRANE, CUIDEN. Estrategia de búsqueda: Ácidos grasos tópicos, prevención, úlceras por presión y sus respectivas combinaciones booleanas en español e inglés. Criterios de inclusión: estudios que entre sus objetivos tuvieran en cuenta los AGT y su utilidad en la prevención de la aparición de upp, estudios en inglés, español, portugués o francés, realizados en seres humanos y con abstract disponible. Todos los estudios fueron valorados por dos investigadores de manera independiente para determinar su calidad y su inclusión. Análisis: se realiza un metaanálisis de los ensayos clínicos, mediante el formato de datos dicotómicos con el riesgo relativo (RR) como medida de resultado y utilizando como método de comparación un modelo mixto de efectos aleatorios según DerSimonian and Laird.

Resultados: Se han identificaron 31 artículos, finalmente se incluyeron 9 artículos (3 ensayos clínicos aleatorizados, 3 series de casos, 1 estudio de cohortes, 1 ensayo clínico y 1 revisión sistemática). De los cuales 8 analizaron los ácidos grasos desde el campo preventivo y el estudio restante, abordó los AGT no solo desde la parte preventiva sino también desde el tratamiento. El metaanálisis muestra un RR = 0,40 (fracción prevenible = 60%, NNT = 7) lo que supone una diferencia estadísticamente significativa a favor del tratamiento con AGT ($p \leq 0,001$).

Conclusiones: Los estudios concluyen la superioridad de los AGT, frente a no utilizarlos o a utilizar otros productos tópicos. Así, el metaanálisis confirma estos resultados, de manera que podemos decir que los AGT en combinación con otras medidas de prevención suponen un 60% de reducción en la incidencia de upp. La revisión sistemática, ha permitido evidenciar la escasa producción científica acerca de los AGT como medida de prevención de las upp y la alta efectividad de los mismos en la prevención de las upp, sumado a esto, los estudios encontrados en su mayoría son ensayos clínicos aleatorizados, lo que genera evidencia científica de alta calidad en esta área, es claro que los AGT deberían incluirse en las diversas Guías de Práctica Clínica para la prevención de UPP.

O-018. IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT)

J.L. Navarro Espigares, E. Hernández Torres, M.A. Padial Ortiz, et al

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: El manejo estándar del accidente isquémico transitorio (AIT) implica la hospitalización del paciente. Una creciente evidencia refuerza la alternativa de tratar a estos pacientes de forma ambulatoria. El objetivo de este trabajo es la evaluación del impacto presupuestario de un protocolo de manejo ambulatorio de pacientes con Accidente Isquémico Transitorio (AIT) basado en el estudio neurosonológico (ENS) urgente frente al protocolo estándar basado en la hospitalización.

Métodos: Análisis retrospectivo de los costes de dos tratamientos para los pacientes atendidos por AIT en las urgencias neurológicas del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada, España) entre enero de 2002 y julio de 2005. Se han valorado los costes desde la perspectiva de hospital, incluyendo los costes directos de los tratamientos. El tratamiento ambulatorio incluye el coste medio de una urgencia, el coste del estudio ENS, pruebas diagnósticas, y dos consultas ambulatorias. El tratamiento con hospitalización incluye el

coste medio de una urgencia, el coste de las estancias y las pruebas diagnósticas. Los costes de estructura se han incluido en ambos tratamientos.

Resultados: En el período de estudio se atendieron 338 pacientes con AIT en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Después de aplicar los criterios de exclusión y descontar los pacientes no localizados, el tamaño de la muestra resultante fue 247 pacientes de los que 159 (60,45%) fueron asignados a tratamiento ambulatorio. No se encontraron diferencias significativas en la efectividad de los tratamientos. Los costes unitarios del tratamiento ambulatorio y con hospitalización fueron 428,08 € y 2.297,87 €, respectivamente. La progresiva implantación del tratamiento ambulatorio en el período de estudio ha evitado gastos por importe de 297.296 €. En un escenario hipotético en el que todos los pacientes hospitalizados se hubiesen sometido al tratamiento ambulatorio, los ahorros ascenderían a 491.755 €.

Conclusiones: El coste de la atención a los pacientes con AIT se explica en su mayor parte por la duración de la estancia de estos procedimientos. La disponibilidad de equipos para la evaluación neurosonológica en las unidades de urgencias hospitalarias junto con la posibilidad de tratar al paciente en consultas externas en un corto espacio de tiempo harían posible un rápido diagnóstico y tratamiento de los pacientes que llegan a las urgencias con síntomas de AIT, evitando de este modo un importante número de estancias. La equivalencia en términos de eficacia de los dos tratamientos, ambulatorio y de hospitalización, junto con los costes mucho menores en el tratamiento ambulatorio, respaldan la recomendación de la estrategia ambulatoria.

COMUNICACIONES ORALES IV

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 13:00 a 14:30 h

Investigación en servicios de salud

O-019. LISTA DE ESPERA: PRIORIZACIÓN O PRIMERO QUE ENTRA-PRIMERO QUE SALE?

A. Escobar, J.M. Quintana, M. González, B. Ibáñez, et al

Unidad de Investigación. Hospital de Basurto; Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao-Usánsolo; Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitaria (BIOEF).

Antecedentes/Objetivos: El reemplazo articular es una intervención que genera listas de espera. Los pacientes pueden ser incluidos en la lista al menos de dos formas; primero que entra-primero que sale, la usual, o mediante priorización. El objetivo del presente estudio fue comparar las puntuaciones basales del cuestionario específico de calidad de vida WOMAC según tiempo real en la lista de espera (TR) o según la puntuación de los criterios de priorización.

Métodos: Pacientes consecutivos de 6 hospitales de Osakidetza incluidos en la lista de espera para ser intervenidos de prótesis de rodilla o cadera. Los pacientes rellenaron un cuestionario que incluía ítems sobre los criterios de priorización desarrollados mediante una adaptación de la metodología RAM de uso apropiado y el WOMAC. Otras variables incluidas en los criterios se sacaron de la historia clínica. La herramienta de priorización da una puntuación de cero (menos prioritario) a 100 (más prioritario), y divide a los pacientes en categorías, urgente, preferente y ordinaria. El TR se analizó como variable continua en días y como categorizada en 3 tiempos (< 3 meses; 3-6 y > 6 meses). Utilizamos el coeficiente de correlación de Spearman para ver la asociación entre las puntuaciones de prioridad y TR, así como de ambos con la puntuación de las 3 dimensiones del

WOMAC. Para estudiar las diferencias de las puntuaciones del WOMAC con las categorías del instrumento de priorización y del TR utilizamos el ANOVA.

Resultados: Se incluyeron 684 pacientes con una edad media de 70,1 (8,4) años. Las mujeres fueron el 62,0% de la muestra. No hubo asociación entre las 3 categorías de priorización y las 3 correspondientes al TR ($p = 0,12$). El rho observado entre la puntuación de prioridad y el tiempo en lista de espera fue de $-0,1$. Los valores de la correlación entre las puntuaciones basales del WOMAC y las puntuaciones del instrumento de priorización fueron 0,79 (función), 0,70 (dolor) y 0,52 (rigidez). Todas ellas con $p < 0,001$. Los valores del coeficiente entre TR y las puntuaciones del WOMAC fueron: función $-0,05$ ($p = 0,16$), dolor de $-0,07$ ($p = 0,07$) y rigidez de $-0,05$ ($p = 0,24$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) entre las puntuaciones de las tres dimensiones del WOMAC según las tres categorías de priorización. Se observó un gradiente en las puntuaciones, siendo peores en los pacientes clasificados como urgentes y mejores en los clasificados como ordinarios. No se hallaron diferencias según los tres grupos de tiempo de espera.

Conclusiones: Los resultados de éste estudio apoyan la necesidad de implementar un sistema de priorización para un manejo equitativo de las listas de espera.

Financiación. FIS01/0184.

O-020. ÍNDICE CLÍNICO DE PREDICCIÓN DE GANANCIA EN LA AGUDEZA Y FUNCIÓN VISUAL TRAS CIRUGÍA DE CATARATAS

S. Vidal, U. Agirre, E. Perea, E. Briones, J.M. Quintana, A. Escobar, G. Navarro, A. Bilbao, et al

Unidad de investigación. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla; Unidad de investigación. Hospital de Galdakano, Bilbao; Unidad de investigación. Hospital Costa del Sol, Marbella; Unidad de investigación. Hospital de Basurto, Bilbao; Unidad de investigación. Corporació Parc Taulí, Sabadell; BIOEF.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años ha habido un creciente interés por determinar qué condiciones médicas y oftalmológicas se asocian con una mejoría de los resultados tras la cirugía de cataratas. Sin embargo, existen pocos estudios que tengan en cuenta otros componentes que influyen en los resultados como son la complejidad técnica y la calidad de vida, que son, potencialmente, importantes determinantes de los resultados finales. El objetivo es desarrollar un índice clínico para predecir que pacientes van a presentar una mejoría en la agudeza visual (AV) y en la función visual (VF-14) tras la cirugía de cataratas (facoemulsificación) y que incluya características clínicas de fácil obtención.

Métodos: Se recogieron, de una muestra de 5.127 pacientes localizados de la lista de espera para facoemulsificación de varios centros de España, las siguientes variables: preoperatorias, edad, comorbilidad ocular y complejidad quirúrgica; y antes y 1 mes después de la cirugía: agudeza visual y calidad de vida relacionada con las dificultades visual medida mediante el VF-14. La muestra de pacientes se dividió en dos submuestras de forma aleatoria: derivación (60%) y validación (40%). Se desarrollaron modelos de regresión logística univariante y multivariante usando como variable dependiente las ganancias en la agudeza visual y en el VF-14. Posteriormente, se construyó el índice de predicción y curvas ROC para las dos variables de resultado.

Resultados: Las variables relacionadas con ganancia en la AV tras la cirugía fueron: AV previa inferior a 0,1 y a 0,04 (OR: 1,88 y 1,57, respectivamente), menores de 75 años, ausencia de comorbilidad ocular (OR: 1,26) y con complejidad quirúrgica positiva y neutral (OR: 1,49 y 1,33, respectivamente). Las relacionadas con ganancia de la VF-14 postoperatoria fueron: una peor VF-14 previa (OR: 2,59), una AV previa $< 0,1$ (OR: 1,20) y la complejidad quirúrgica positiva y neutral (OR:

1,66 y 1,28, respectivamente). El punto de corte para la AV y la VF-14 seleccionado fue aquel con mejor resultado de sensibilidad y especificidad.

Conclusiones: Este índice clínico incorpora variables de fácil obtención en la práctica clínica diaria que puede ayudar a los profesionales a tomar las decisiones en base a la probabilidad de ganancia en AV y calidad de vida (VF-14), a mejorar la selección de pacientes, así como ofrecerles información sobre las expectativas de los resultados.

O-021. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

C. Valdés, T. Ortega, F. Ortega, et al

Unidad de Investigación de Resultados en Salud. Red de Investigación Renal (REDINREN). Hospital Universitario Central de Asturias.

Antecedentes/Objetivos: Tras recibir un trasplante renal los pacientes viven con cierta incertidumbre y miedo al posible rechazo del órgano. Además ellos deben de adquirir nuevas responsabilidades en el cuidado de sí mismos. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el resultado de la interacción entre factores clínicos, personales, apoyos sociales, representaciones de la enfermedad y estrategias de afrontamiento. El propósito de este estudio fue investigar las relaciones entre variables sociodemográficas, clínicas, CVRS y estrategias de afrontamiento en pacientes trasplantados renales.

Métodos: Estudio transversal con 200 pacientes en los primeros cuatro años de trasplante. Las estrategias de afrontamiento fueron evaluadas con la versión española del Brief COPE y la CVRS con el Cuestionario de salud SF-36. Los pacientes fueron entrevistados también con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), y se recogieron un Índice de Comorbilidad y variables sociodemográficas y clínicas.

Resultados: Se presentan resultados previos de 60 pacientes que consintieron participar en el estudio y todos ellos en sus primeros cuatro años de trasplante. Diferencias de género fueron vistas en las siguientes estrategias de afrontamiento: Religión, Abandono de resolución, y Descarga Emocional, siendo más usadas por las mujeres e indicando un mayor uso de afrontamiento pasivo ($p < 0,001$), mientras que el uso de Afrontamiento activo se asoció a un nivel educativo más alto ($p < 0,05$). En relación a la CVRS, un mayor uso de Apoyo Emocional y Aceptación correlacionó con mejores puntuaciones en los aspectos mentales, y un mayor uso de estrategias de Negación con peores puntuaciones en los aspectos físicos ($p < 0,05$). Por su parte un mayor uso de la Religión como estrategia de afrontamiento correlacionó con mayores niveles de ansiedad ($p < 0,05$).

Conclusiones: Cómo los pacientes afrontan la realidad de una terapia puede afectar directamente el curso de una enfermedad y su CVRS. Identificar las estrategias de afrontamiento más adecuadas puede ser útil para ayudar en el futuro a los pacientes mejorando así su CVRS y sus niveles de ansiedad y depresión y optimizando los beneficios de un tratamiento.

O-022. APLICACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS (IQI) DE LA AHRQ EN EL SSPA

J.A. Goicoechea Salazar, V.D. Canto Casasola, J.M. Hierro Borjabad, A. Díaz Martínez, M.R. Jiménez Romero, J. Rodríguez Herrera, M.A. Fornell Coello, et al

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La calidad asistencial es un tema de creciente interés institucional y ciudadano, siendo los indicadores de

mortalidad intrahospitalaria elementos muy utilizados para medirla. La interpretación correcta de la mortalidad requiere de la aplicación de técnicas de ajuste de riesgo que controlen la diversidad de tipologías de pacientes intervenidos en los distintos hospitales. El objetivo de este estudio es analizar la mortalidad intrahospitalaria en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) tras la aplicación del modelo de ajuste de riesgo para los Indicadores de Calidad de los Pacientes Ingresados (IQI) utilizado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a partir de los datos contenidos en el Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD).

Métodos: Se ha utilizado el CMBD de hospitalización y cirugía mayor ambulatoria de los hospitales del SSPA del año 2007 para calcular las tasas observadas de los IQI que miden la mortalidad intrahospitalaria tras la realización de determinados procedimientos. Se han calculado también las tasas esperadas de cada IQI, y las razones ajustadas por riesgo tras la aplicación de un modelo de ajuste de riesgo en el que se ha utilizado una técnica de regresión logística, mediante la cual las variaciones en la variable dependiente dicotómica (vivo / fallecido) se han modelado en función de cambios en las variables independientes: edad, sexo y su interacción y grupo APR-GDR (All Patients Refined-GDR) del alta combinado con el riesgo de mortalidad.

Resultados: Al aplicar el modelo de ajuste de riesgo se observa una notable corrección de las desviaciones iniciales de las tasas observadas de cada IQI en cada hospital respecto de las tasas globales en el SSPA, si bien se mantienen diferencias en los rangos interhospitalarios de las razones de mortalidad ajustadas por riesgo de cada IQI.

Conclusiones: Los rangos de las razones de mortalidad interhospitalarias ajustadas por riesgo sugieren importantes márgenes de mejora de este parámetro. Sería importante conocer si las patologías codificadas en el CMBD estaban presentes o no al ingreso para poder distinguir las complicaciones de las comorbilidades en el modelo de ajuste de riesgo. Sería conveniente trascender el concepto de mortalidad intrahospitalaria estableciendo tiempos concretos para la medición de dicho evento vinculando el CMBD con el registro de mortalidad. Es necesario establecer programas de mejora continua de la calidad del CMBD mediante procesos de formación, auditoría y de retroalimentación continua a clínicos y documentalistas.

O-023. UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA ENCUESTAS POBLACIONALES

K. Rocha, M.I. Pasarín, M. Rodríguez-Sanz, S. Berra, M. Gotsens, R. Villegas, C. Borrell, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Antecedentes: En los últimos años la atención primaria de salud (APS) ha cobrado un papel central en la organización de los sistemas sanitarios. La reforma de la APS tiene como objetivo ofrecer una atención más eficiente y equitativa. Los atributos esenciales que debe cumplir la APS son: ser la puerta de entrada al sistema de salud y ofrecer una atención global, continua y coordinada entre los diferentes niveles de asistencia. Con el objeto de evaluar estos atributos de la APS Starfield et al elaboraron un conjunto de instrumentos, el "Primary Care Assessment Tools (PCAT)". Objetivo: Analizar las propiedades métricas de una versión abreviada del cuestionario PCAT en su versión para usuarios adultos, incluida por primera vez en la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA-2006), y a partir de estos análisis proponer un índice de valoración global de la APS.

Métodos: Estudio transversal utilizando datos de la ESCA-2006. La población de estudio fueron las personas mayores de 15 años, no institucionalizadas, residentes en Cataluña ($n = 12.932$). El instrumento

consta de 10 ítems que valoran diferentes dimensiones de la APS con opción de respuesta de 1 "no, en absoluto" a 4 "sí, sin duda". Se realizaron análisis de fiabilidad (alfa de Cronbach), sensibilidad (correlación total ítem) y factorial. Finalmente, se construyó un índice global a partir de la suma de todos los ítems, transformada en una escala de fácil interpretación (0-100).

Resultados: El instrumento presentó una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,72). La mayoría de los ítems presentaron una buena correlación con el resto de los ítems de la escala (correlación total ítem que varió de 0,26 a 0,49), siendo el ítem sobre asesoramiento de salud mental el menos relacionado con el resto (0,14). El análisis factorial mostró que el 64% de la variabilidad de las respuestas quedaba explicada en uno solo factor, lo que permite la construcción del índice global.

Conclusiones: La versión abreviada del PCAT para usuarios adultos tiene adecuadas características métricas, lo que permite la construcción de un índice global válido para la evaluación de la APS. El índice permitirá un conocimiento descriptivo de la valoración de la APS a nivel poblacional, y también un conocimiento analítico al relacionarlo con otras características de los usuarios incluidas en las encuestas de salud. La inclusión del instrumento permitirá evaluar y monitorizar la APS a partir de encuestas de salud poblacionales.

Financiación. Agència d' Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques (098/12/06).

O-024. ANÁLISIS DE LAS HOSPITALIZACIONES POR AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE CÓRDOBA

J.R. Dueñas Fuentes, J. Merino Romero, A.E. Domínguez Fernández, et al

Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: Antecedentes: Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) es un indicador útil para evaluar la Efectividad de la Atención Primaria. Estas hospitalizaciones se consideran como medida indirecta del funcionamiento de la Atención Primaria, a la vez que identifican el volumen de actividad hospitalaria potencialmente evitable. Los ACSC son un conjunto de códigos CIE-9 de alta hospitalaria. Objetivo: Analizar las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions del Área Sanitaria Norte de Córdoba y por Zona Básica de Salud.

Métodos: Se realizará un estudio descriptivo transversal de los ACSC. La información es extraída del CMBD del año 2007. Se seleccionaron todos las altas hospitalarias cuyo diagnóstico principal correspondía a un ACSC. Se analizan los siguientes campos: diagnóstico principal, edad, sexo y localidad de residencia. Se ha utilizado el listado completo de códigos CIE-9 considerados como ACSC del estudio de Caminal y Casanova.

Resultados: De los 5.954 ingresos totales del 2007, 1.078 son Ingresos evitables por códigos ACSC en mayores de 14 años, lo que representa un 18,10%. Un 60,58% eran hombres y un 39,42% mujeres, no existen diferencias significativas entre la distribución de sexo entre el Área y las distintas ZBS. La distribución de los principales ingresos evitables por códigos ACSC en el Área Sanitaria es la siguiente: insuficiencia cardiaca (28,39%), enfermedad cardiovascular e hipertensión (23,38%), neumonía (21,99) y las Infecciones vías respiratorias bajas (12,99%) La tasa de los ingresos evitables por códigos ACSC del Área Sanitaria (13,07 por 1.000 habitantes) La tasa en hombres (16,16 por 1.000 habitantes) y la Tasa en Mujeres (10,10 por 1.000 habitantes), no existen diferencias significativas con las Tasas de las ZBS.

Conclusiones: 1.- El porcentaje de altas con ACSC es similar a otros estudios. 2.- Los hombres presentan unas tasas mayores que las mujeres. 3.- No existe diferencias significativas en la distribu-

ción por sexo y entre las tasas \times 1000 habitantes entre el Área y sus UGC/ZBS. 4.- Existen diferencias significativas si analizamos las tasas de los diferentes municipios del Área. 5.- Los ACSC son de utilidad de como instrumento de gestión y toma de decisiones ya que evalúan la efectividad de la AP.

COMUNICACIONES ORALES V

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 13:00 a 14:30 h

Lesiones por tráfico: morbilidad y conductas de riesgo

O-025. MORBILIDAD Y MORTALIDAD HOSPITALARIA POR LESIÓN MEDULAR EN ESPAÑA

J. Ferrando, K. Pérez, et al

CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Las lesiones medulares traumáticas conllevan importantes consecuencias sobre la salud de las personas que las sufren y de su entorno. Se plantea como objetivo describir la morbilidad y mortalidad hospitalaria de las personas ingresadas con una Lesión Medular (LM) traumática en España durante el período 2004-06.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal de los pacientes que han sido ingresados en un hospital de España durante los años 2004 a 2006 por haber sufrido una LM. Fuente de información: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias del Ministerio de Sanidad y Consumo. Criterios de inclusión: ingresos urgentes o de 1 o más días de estancia cuyo diagnóstico principal implique LM según la ICD9-MC: códigos 806 y 952. Variables: edad, sexo, CCAA de ingreso, estancia hospitalaria, destino al alta, mecanismo de lesión, diagnósticos y gravedad de las lesiones. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Entre los años 2004 y 2006, 3076 pacientes ingresaron en los hospitales españoles por LM, el 6,7% de los cuales fallecieron. El 74,2% eran hombres y un 25,8% mujeres. Un 34,5% ingresaron por colisión por tráfico (CT) y el restante 65,5% por otros mecanismos (OM). Tanto en las CT como en los OM, la mayoría de los lesionados eran hombres. En los lesionados por CT predominaban las edades más jóvenes (un 53,7% eran menores de 35 años), en cambio en los OM el grupo de edad con mayores lesionados era el de 35-64 años (43,4%). Los hombres lesionados eran más jóvenes que las mujeres. Una cuarta parte de los ingresos tienen lugar durante el fin de semana, esta proporción era ligeramente superior en los CT (28,6%). Los lesionados por CT permanecieron más días ingresados en el hospital que los ingresados por OM (un 56,5% más de 25 días vs. un 45,6%). Los diagnósticos más frecuentes en los ingresados por LM fue: la fractura de columna vertebral con lesión de médula espinal cervical (28,2%) con lesión de médula espinal dorsal (28%), con lesión de médula espinal lumbar (20,9%) y la lesión de médula espinal sin evidencia de lesión vertebral cervical (14,5%). Según el mecanismo, la fractura de columna vertebral con lesión de médula espinal cervical (36,4%) fue el diagnóstico principal más frecuente en los lesionados por CT y la fractura de columna vertebral con lesión de médula espinal dorsal (26,7%) el más frecuente en OM.

Conclusiones: Entre los pacientes ingresados por LM se aprecian diferencias tanto según el sexo como según mecanismo de la lesión que deben servir para conocer mejor el perfil de estos pacientes, así como para establecer estrategias preventivas orientadas a disminuir la frecuencia de lesiones medulares.

Financiación. Ministerio de Sanidad y Consumo.

O-026. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO EN ANDALUCÍA 1994-2006

E. Rodríguez Romero, L. Puell-Gómez, J.M. Mayoral Cortés, et al

Servicio de Epidemiología. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La accidentabilidad por tráfico (AT) supone un problema de altos costes en muertes evitables y de años potenciales de vida perdidos. Desde la epidemiología, una de las aproximaciones metodológicas más utilizadas para su estudio ha sido la ecológica, que se basa en la comparación de los distintos indicadores relacionados con el problema (mortalidad, morbilidad, letalidad, etc.), entre unidades geográficas o temporales. El objetivo del estudio es analizar la evolución temporal de los accidentes de tráfico en Andalucía en el periodo 1994-2006, haciendo hincapié en los grupos de edad más afectados a fin de identificar los factores de riesgo y tomar las medidas de control.

Métodos: Estudio descriptivo de la AT en Andalucía en el periodo 1994-2006. Análisis de la situación actual, evolución temporal y factores de riesgo, estratificando por grupos de edad, sexo, tipo de vehículo, día de la semana, zona de desplazamiento, estacionalidad y distribución espacial en el total del territorio andaluz y desagregado por provincias del periodo 2002-2006. Fuentes de información: Dirección General de Tráfico, Instituto de estadística de Andalucía.

Resultados: La tendencia general en Andalucía a lo largo del periodo se resume en un aumento progresivo del número de accidentes y de víctimas entre los años 1994 a 2003. A partir de 2003 hay un descenso que se estabiliza entre 2004-2006. Por sexo las tasas de víctimas y muertes son mucho mayores en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad, llegándose a duplicar en el año 2006. Las tasas de víctimas $\times 100.000$ hab. alcanzaron el máximo en el 2003 en todos los grupos de edad especialmente en el de 15-24 años (727,07). Las tasas de mortalidad $\times 100.000$ hab. alcanzan su máximo en el 2004 en jóvenes de 15-24 años (17,86), con un decaje de un año a medida que aumenta la edad. Según tipo de vía y vehículo se definen dos modelos, el modelo 1 engloba las grandes áreas metropolitanas andaluzas (Sevilla, Málaga y Cádiz) y el modelo 2 incluye provincias con áreas metropolitanas más pequeñas (Almería, Córdoba, Granada, Jaén y Huelva). El modelo 1 se caracteriza por presentar tasas de víctimas mucho mayor en zona urbana que en carretera en jóvenes. El modelo 2 se caracteriza por presentar tasas mayores en los desplazamientos por carretera en todos los grupos de edad.

Conclusiones: El perfil de los afectados es mayoritariamente de hombres en edades jóvenes (de 15 a 34 años) en desplazamientos en carretera con vehículos ligeros, incrementándose en los últimos años los jóvenes en vehículos de dos ruedas en zonas urbanas sobre todo en las grandes áreas metropolitanas andaluzas. Las estrategias de intervención deben tener en cuenta los modelos propuestos.

O-027. LA GRAVEDAD DE LOS USUARIOS DE VEHÍCULOS DE DOS RUEDAS A MOTOR LESIONADOS EN ÁMBITO URBANO

E. Santamariña-Rubio, K. Pérez, M. Navarro, M. Haro, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Àrea de prevenció, seguretat i mobilitat. Ajuntament de Barcelona; Guàrdia Urbana de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es describir las características de los usuarios de motocicleta o ciclomotor en la ciudad de Barcelona del 2005 al 2007 según su gravedad y estudiar los factores asociados a una mayor gravedad.

Métodos: Es un estudio de diseño transversal. Se incluyeron los usuarios de motocicleta y ciclomotor en la ciudad de Barcelona, 2005-2007, del registro de víctimas y accidentes de tráfico de la Guardia Urbana de Barcelona. Como variable dependiente se usó la gravedad de los lesionados (leves y graves/muertos) valorada por GUB, y como explicativas, sexo, edad, día, hora y lugar de la colisión, tipo de accidente y causa. Se realizó un análisis bivariado y multivariado de regresión logística para determinar los factores asociados a mayor gravedad (graves y muertos) mediante Odds Ratio (OR) y sus intervalos del 95% de confianza, para hombres y mujeres.

Resultados: En Barcelona, 2005-2007, se lesionaron 21.532 usuarios de vehículos de dos ruedas a motor (más de 7.000 anuales), el 96% fueron leves y el 4% graves/muertos. El 69,4% de los lesionados leves y el 79,8% de los graves/muertos fueron hombres. La mediana de edad en mujeres lesionadas leves es 27 años, rango intercuartil [22-34], igual en graves/muertas ([22-38,5]) y, en hombres 29 años [22-38] y 30 años [23-38], respectivamente. Los factores asociados a una mayor gravedad ajustados por edad son: en mujeres, lesionarse en las vías de circunvalación (OR: 7,3 [3,4-15,4]) respecto la red local, evidencia de exceso de velocidad (OR: 9,2 [4,2-20,6]), sufrir una colisión frontal (OR:3,4 [1,03-11,5]), frontolateral (OR: 2,0 [1,4-3,0]) o contra obstáculo fijo (OR: 5,1 [2,2-11,8]) y implicación de un conductor que ha desobedecido un semáforo (OR: 2,2 [1,4-3,4]); Y en hombres, lesionarse en las vías de circunvalación (OR: 2,4 [1,6-3,5]) o en las vías de acceso a la ciudad (OR: 1,4 [1,1-1,7]) respecto la red local y en fin de semana (OR: 1,4 [1,1-1,6]), evidencia de exceso de velocidad (OR: 4,5 [3,2-6,5]), sufrir una colisión frontal (OR: 2,6 [1,6-4,3]), frontolateral (OR: 1,6 [1,3-1,9]) y implicación de un conductor que ha desobedecido un semáforo (OR: 1,7 [1,4-2,1]).

Conclusiones: Estos factores manifiestan la vulnerabilidad de los usuarios de ciclomotor o motocicleta al convivir con el resto de vehículos y mobiliario urbano y, ante la existencia de vías densas y elevada velocidad. Estos factores son modificables mediante la aplicación de medidas como: pacificación del tráfico; el estudio de puntos de riesgo para valorar la eliminación o reubicación de objetos fijos en las vías y la modificación de la señalización; y aplicar medidas para el cumplimiento de la normativa.

O-028. HOSPITALIZACIÓN DE CICLISTAS LESIONADOS: IMPLICACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE UN TRANSPORTE SALUDABLE Y LIMPIO

J.M. Suelves, C. Cabezas, A. Plasència, et al

Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Se ha venido estimulando el uso de la bicicleta como medio de transporte saludable, sostenible y limpio que contribuye a un estilo de vida físicamente activo. El uso de la bicicleta no está exento de riesgos, como las lesiones no intencionadas por caídas y colisiones contra vehículos y peatones, pero apenas existen datos sobre la incidencia de lesiones de ciclistas en España. En este trabajo se describen las lesiones de ciclistas hospitalizados en Cataluña entre 2005 y 2007, y se discuten posibles medidas de prevención.

Métodos: A partir del registro de altas de los hospitales de agudos de Cataluña, se seleccionaron los episodios correspondientes a ingresos no programados con un código E correspondiente a ciclistas y una fecha de alta entre el 1-1-2005 y el 31-12-2007. Los diagnósticos fueron agrupados de acuerdo con la matriz de Barell, que clasifica las lesiones según tipo (fracturas, lesiones internas...) y localización anatómica.

Resultados: Se identificaron 1.443 episodios (17 fallecimientos). El número anual de ingresos mantuvo una tendencia al aumento y variaciones estacionales con un sensible incremento del número de

episodios en los meses de verano. La razón entre hombres y mujeres fue de 3:1 para todas las altas, y de 7:1 para los fallecidos, con una elevada proporción de menores (32,3% de 0-14 años) pero también algunas personas de edad (5,8% de 65 años y más). Los tipos de lesiones más frecuentes fueron las fracturas (54,6%) y las lesiones internas (26,6%). La localización más frecuente de las lesiones fue la cabeza y la cara (33,3%). Sólo en el 3,9% de los casos, el código E señalaba la participación de algún vehículo a motor en la colisión que dio origen a la lesión, un porcentaje que aumenta levemente si se toman en consideración los ingresos hospitalarios financiados por mutuas de accidentes de tráfico.

Conclusiones: En Cataluña, se registra un número elevado de hospitalizaciones de ciclistas lesionados, que aumenta anualmente y se concentra principalmente en los meses de verano. Como en otros países, buena parte de los ingresos se producen entre menores de 15 años y podrían asociarse al uso de la bicicleta en el tiempo libre. Aunque el uso de la bicicleta tiene un claro impacto positivo sobre la salud (aumento de la actividad física, reducción del uso de vehículos que emiten gases contaminantes), el riesgo de lesiones asociado a esta práctica aconseja acompañar las políticas de promoción de la bicicleta con medidas de prevención adecuadas. Se ha informado de reducciones en el riesgo de traumatismos craneoencefálicos entre un 63% y un 88% con el empleo del casco. Se debería estudiar la promoción del uso de cascos homologados con medidas legales, informativas y sensibilizadoras.

O-029. MOVILIDAD Y USO DE DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA SEGÚN SEXO

E. Jiménez Mejías, M.C. Olvera Porcel, E. Espigares Rodríguez, J.D. Luna del Castillo, P. Lardelli Claret, et al

Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Identificar la existencia de diferencias por sexo en la intensidad de exposición y el empleo de cinturón y casco para los distintos tipos de usuarios de vehículos.

Métodos: Diseño: Estudio Transversal. Muestra de estudio: 402 alumnos matriculados en alguna asignatura de pregrado impartida por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Granada durante el curso 2007-2008, que acudieron a clase algún día de las dos primeras semanas lectivas y aceptaron participar en el estudio. Fuentes de información y variables: A partir de un cuestionario autoadministrado, se recogió información sobre la intensidad de exposición en Km recorridos el año anterior y el uso de cinturón o casco para cada tipo de usuario de vehículos. Análisis: Comparación de la distribución de cada variable entre ambos sexos (test Chi²).

Resultados: El 24,6% de la muestra fueron varones; la edad estuvo comprendida entre 18 y 70 años (media = 23,3; DE = 5,0; mediana = 23). El 85,6% de los varones refirieron haber conducido un turismo el año anterior, frente a un 62,0% de las mujeres. Para los vehículos de dos ruedas a motor (VDRM), estas cifras fueron de 24,8% y 9,1%. Entre los conductores, el número de km recorridos también fue mayor en los varones: el 33,4% de las conductoras de turismo recorrieron más de 10.000 km en el año anterior, frente al 43,4% de los varones. Respecto a los VDRM, ninguna conductora recorrió más de 5.000 km, frente al 33,3% de los varones. Por otra parte, las mujeres viajaron más como pasajeras de turismo que los varones. No hallamos diferencias por sexos para los km recorridos como pasajeros de VDRM. Todos los dispositivos de seguridad se usaron con más frecuencia en carretera que en zona urbana. La frecuencia de uso del cinturón como conductor o acompañante delantero fue si-

mililar en ambos sexos, así como la de uso de casco como conductor de VDRM. Sin embargo, sí se detectó una discreta mayor frecuencia de uso de cinturón en los asientos traseros por parte de las mujeres, particularmente en zona urbana, así como de casco como acompañante de moto, tanto en carretera (58,6% vs 44,1%), como en zona urbana (52,3% vs 41,2%).

Conclusiones: Aunque no extrapolables a la población general de jóvenes, las diferencias detectadas entre sexos en la frecuencia de uso de dispositivos de seguridad y, particularmente, en la intensidad de exposición como conductores de vehículos, está en consonancia con la mayor mortalidad y morbilidad por lesiones de tráfico descrita para los varones jóvenes, frente a las mujeres.

O-030. DIFERENCIAS POR SEXO EN LOS ESTILOS DE CONDUCCIÓN DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

E. Jiménez Mejías, M.C. Olvera Porcel, E. Espigares Rodríguez, J.D. Luna del Castillo, P. Lardelli Claret, et al

Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Identificar la existencia de diferencias entre ambos sexos en los estilos de conducción teóricamente asociados a un mayor riesgo de accidente.

Métodos: Diseño: Estudio Transversal. Muestra de estudio: 273 alumnos matriculados en alguna asignatura de pregrado impartida por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Granada durante el curso 2007-2008, que acudieron a clase algún día de las dos primeras semanas lectivas, aceptaron participar en el estudio y refirieron haber conducido algún turismo o vehículo de dos ruedas a motor en el año anterior a la encuesta. Fuentes de información y variables: A partir de un cuestionario autoadministrado se recogió información sobre la calidad de conducción y la velocidad autopercibida, así como sobre la implicación o no, en el mes anterior a la encuesta, en 28 circunstancias relacionadas con el estilo de conducción, 16 de las cuales se consideraron, a priori, de mayor riesgo de sufrir lesiones por tráfico. Análisis: Comparación de la distribución de cada variable entre ambos sexos (test Chi²), así como del número de circunstancias de riesgo (test de Mann-Whitney).

Resultados: El 31,5% de la muestra fueron varones; la edad estuvo comprendida entre 18 y 70 años (media = 23,7; desviación estándar = 5,4; mediana = 23; p90 = 27). La proporción de conductores que consideraron su calidad de conducción como buena o excelente fue superior en los varones (67,4%) que en las mujeres (50,8%) (p = 0,001); éstas últimas refirieron con más frecuencia conducir a menor velocidad que el resto de conductores (43,3% vs 20,9%) (p < 0,001). El número de circunstancias de riesgo acumuladas por los varones (media = 5,4) fue mayor que el de las mujeres (media = 3,1) (p < 0,001). Un 40,9% de los varones acumuló entre 5-9 estilos de riesgo, frente a un 29,0% de las mujeres. El 13,1% de los varones presentó más de 9 circunstancias de riesgo, frente a ninguna mujer. Todas las circunstancias se dieron con mayor frecuencia entre los varones. Las mayores diferencias se hallaron para conducir por encima de la velocidad autorizada (77,9% vs 33,2%), conducir tras haber bebido alcohol (34,9% vs 8,6%), con síntomas de embriaguez (7,0% vs 0,5%) y sin cinturón o casco (18,6% vs 4,8%).

Conclusiones: Las diferencias por sexos encontradas en la muestra sugieren unos estilos de conducción de menor riesgo entre las mujeres jóvenes, en relación con los varones de igual edad. Ello está en consonancia con la sobremorbilidad y sobremortalidad masculina por lesiones de tráfico, usualmente referida en la bibliografía entre conductores jóvenes.

COMUNICACIONES ORALES VI

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 13:00 a 14:30 h

Medioambiente y salud

O-031. EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN POBLACIONAL A CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA. UN ESTUDIO EN VALENCIA

M. Estarlich, F. Ballester, C. Iñiguez, E. Mantilla, O. Zurriaga, A. Nolasco, et al

CIBERESP; Escuela Valenciana de Estudios en Salud; D.G.S.P. Conselleria de Sanidad; Centro de Estudios Ambientales del Mediterráneo; USI – Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La contaminación atmosférica es uno de los riesgos ambientales del que existen mayores pruebas de su impacto sobre la salud. En un entorno urbano, su principal fuente es la procedente del tráfico. El objetivo de esta comunicación es desarrollar un método para la evaluación de la exposición poblacional a contaminación atmosférica por NO₂.

Métodos: Los datos sobre población en la ciudad de Valencia fueron obtenidos a partir del Censo de Población y Viviendas del año 2001 (Proyecto MEDEA). La ciudad de Valencia cuenta con 738.441 habitantes. Los niveles de NO₂ por sección censal se obtuvieron en base a mediciones realizadas por captadores pasivos, en febrero y noviembre de 2002 y abril de 2004, en 100 nodos de un mallado regular sobre el área de estudio. Se utilizó Kriging Universal para la predicción en localizaciones no muestreadas. Se valoró la precisión del método mediante validación cruzada, comparando con las predicciones obtenidas por: a) el captador más próximo, b) la media ponderada por el inverso de la distancia de los captadores situados en un entorno del punto y c) el captador más próximo de la red de vigilancia. Para cada sección censal se asignó un nivel de NO₂ obtenido mediante el promedio de las predicciones en los nodos de una red. Además de la asignación de la exposición en continuo se realizó una asignación categórica considerando los siguientes intervalos de exposición: < 40, 40-50, 50-60 y > 60 µg/m³.

Resultados: Las medianas (P10, P90) de los niveles registrados de NO₂ fueron: 37,2 (22,9-66,2), 48,75 (37,5-62,9) y 38,2 (27,7-52,7) µg/m³ para las campañas de febrero'02, noviembre'02 y abril'04 respectivamente. La validación cruzada mostró, en general, que el mejor predictor era el kriging. La media de los niveles estimados de NO₂ por sección censal fue de 51,2 µg/m³ (dt: 5,7). Los quintiles de NO₂ fueron: 45,9; 49,3; 52,3 y 56,5 µg/m³. Un 1,26% de la población estuvo expuesta a menos de 40 µg/m³, un 42,75% entre 40 y 50, un 46,62 entre 50 y 60 y un 8,83 a más de 60 µg/m³. El 98,74% de la población de la ciudad de Valencia estuvo expuesta en el periodo 2002-2004 a más de 40 µg/m³, valor límite anual fijado por la legislación vigente.

Conclusiones: El método utilizado ha permitido asignar niveles de NO₂ por sección censal. En los mapas de predicción se observa un patrón espacial con niveles más altos en el centro de la ciudad. El método permite disponer de la distribución poblacional expuesta a contaminación atmosférica en la ciudad de Valencia.

Financiación. FIS 04/0170, Conselleria de Sanitat p021/2007 y p023/2008.

O-032. IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD DE LAS PARTÍCULAS PM2.5 EN MADRID: ¿SON SEGUROS PARA LA SALUD LOS NIVELES LÍMITE DE LA DIRECTIVA EUROPEA 2008/50?

C. Linares Gil, J. Díaz Jiménez, et al

CIBERESP. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III; Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: En Europa son pocos los estudios realizados sobre el efecto de las partículas de diámetro inferior a 2,5 micras (PM_{2,5}) sobre la salud. La Directiva 2008/50 CE relativa a las concentraciones de PM_{2,5} establece que el valor límite anual que deberá alcanzarse el 1 de enero de 2020 es de 20 µg/m³. Este valor será revisado en 2013 a la luz de informaciones suplementarias sobre los efectos sobre la salud. El objetivo de este trabajo es cuantificar el impacto que tienen las concentraciones de PM_{2,5} a corto plazo sobre la mortalidad en Madrid y evaluar la conveniencia de los valores límite marcados por la nueva directiva europea.

Métodos: Se realizó un estudio ecológico de series temporales, utilizando como variable dependiente la mortalidad diaria en todos los grupos de edad por todas las causas menos accidentes, circulatorias y respiratorias de residentes e inscritos en Madrid durante el periodo 2003-2005. Como variable independiente se utilizaron las concentraciones medias diarias de PM_{2,5} en ese periodo. Como variables de control se utilizaron las concentraciones medias diarias de diferentes contaminantes químicos, de contaminación acústica y polínica, así como diferentes variables meteorológicas. Además se controlaron la tendencia y las estacionalidades de las series. Se realizaron diagramas de dispersión, funciones de correlación cruzada y modelos de regresión Poisson para calcular los Riesgos Relativos (RR) y los Riesgos Atribuibles (RA).

Resultados: La media de los niveles anuales de PM_{2,5} fue de 19,1 µg/m³ (mín. 5-máx. 71). La relación funcional entre las PM_{2,5} y la mortalidad diaria es lineal y sin umbral. El incremento del RA de la mortalidad diaria total es del 2,8% para incrementos en la concentración de PM_{2,5} de 25 µg/m³ mientras que por causas específicas se alcanzan incrementos del RA para la mortalidad del 7,7% para las causas respiratorias y del 6,8% para circulatorias, para similares incrementos en las concentraciones de PM_{2,5}.

Conclusiones: Este trabajo pone de manifiesto que no existe un nivel "seguro" por debajo del cual no existan efectos sobre la mortalidad para cualquier incremento en las concentraciones de PM_{2,5}. El nivel límite de 20 µg/m³, como media anual propuesto por la directiva europea se muestra poco ambicioso desde la prevención en salud, ya que concentraciones de este orden están produciendo incrementos significativos de la mortalidad en Madrid. Se hace necesaria la realización de estudios de similares características en otras ciudades con el objetivo de que a la luz de estas investigaciones se reconsideren estos valores límite propuestos actualmente.

Financiación. Ref: SEPY 1453/07.

O-033. DESCARGAS DE CASCARILLA DE SOJA Y RIESGO DE EPIDEMIAS DE ASMA EN LA CIUDAD DE TARRAGONA

E. Rovira, A. Cuadras, P. Gaig, V. Gázquez, G. Dalmau, M.J. Cruz, S. Gómez-Ollés, F. Morell, et al

Observatori de Salut i Medi Ambient del Camp de Tarragona. Servei Regional al Camp de Tarragona de l'Agència de Protecció de la Salut. Departament de Salut; Unitat d'Al·lèrgia. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII; Servei de Pneumologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Antecedentes/Objetivos: Entre enero de 2007 y julio de 2008 se han descargado 215.000 toneladas de cascarilla de soja en el puerto de Tarragona (35 descargas, 78 días de descarga). En la cascarilla de soja se encuentra la proteína responsable de las epidemias de asma bronquial grave. En Tarragona se describieron en 1994 y 1995 dos epidemias de asma relacionadas con descargas de haba de soja; los pacientes afectados han sido seguidos hasta la actualidad. Objetivos: 1) Estudiar el proceso de descarga, transporte y almacenaje de la cascarilla de soja en el puerto; 2) Estudiar su dispersión durante

la descarga y determinar el riesgo para la población; 3) Estudiar la capacidad de la cascarilla de soja para desencadenar crisis asmáticas.

Métodos: 1) Recogida de datos del proceso de descarga, condiciones meteorológicas y casos de asma atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios, 2) Medida de la concentración de alérgeno en los filtros PM10 de las estaciones de vigilancia de la contaminación atmosférica mediante un método de ELISA de inhibición específico, 3) Estudio clínico (cuestionario clínico, pruebas cutáneas, IgE sérica total y específica a soja e identificación de la/s proteína/s alérgica/s mediante inmunoblotting) en la cohorte de pacientes sensibilizados a haba de soja.

Resultados: Se han encontrado niveles moderados de alérgeno (22 días superiores a 100 U/m³, máximo 441 U/m³) a 900 metros del punto de descarga. A 3.000 metros, los niveles de alérgeno se encuentran cerca del límite de detección del método analítico. No ha habido ninguna epidemia de asma durante los días de descarga, ni ninguno de los pacientes susceptibles ha acudido a un servicio de urgencias hospitalario por una agudización asmática. En las pruebas cutáneas, la mayoría de pacientes estudiados continúan sensibilizados al haba de soja y son sensibles también a los extractos de cascarilla de soja. En su suero se han detectado niveles positivos de IgE específica a soja. Además de las proteínas de bajo peso molecular identificadas en estudios anteriores (6 kDa y 14-17 kDa) se han encontrado proteínas de más alto peso molecular (14-49 kDa).

Conclusiones: Existe dispersión del alérgeno a corta distancia del lugar de la descarga y, por tanto, existe riesgo para la población que continúa sensibilizada. Han de adoptarse medidas técnicas durante las descargas para minimizar la emisión de partículas, especialmente cuando las condiciones de dirección y velocidad del viento favorezcan su dispersión hacia los núcleos de población.

O-034. EXPOSICIÓN A P,P'-DDE Y ESTUDIO DE LOS FACTORES PREDICTORES DE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS EN POBLACIONES RURAL Y URBANA DEL SURESTE PENINSULAR

J.P. Arrebola, P. Martín-Olmedo, M.F. Fernández, J.C. del Olmo, P. Torné, N. Olea, et al

Hospital Universitario San Cecilio, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Universidad de Granada; Escuela Andaluza de Salud Pública; Servicio de Cirugía, Hospital Santa Ana de Motril; Servicio de Cirugía, Hospital Universitario San Cecilio.

Antecedentes/Objetivos: El Diclorodifeniltricloroetano (DDT) es un plaguicida organoclorado restringido en la mayoría de los países, incluido España. El p,p'-Diclorodifenildicloroetileno (p,p'-DDE) es su metabolito principal y más persistente. Numerosos trabajos científicos han puesto de manifiesto que la exposición humana a DDT y metabolitos es un problema de salud pública. El objetivo de este trabajo es cuantificar las concentraciones séricas de p,p'-DDE en la población de dos áreas de la provincia de Granada: Motril (rural) y Granada capital (urbana) y determinar los principales factores predictores de las mismas.

Métodos: Durante los años 2003 y 2004 se reclutaron 361 sujetos, entre los pacientes intervenidos quirúrgicamente en los hospitales Universitario San Cecilio (Granada) y Santa Ana (Motril). De cada sujeto se obtuvo una muestra de suero, que fue sometida a un proceso de extracción química y analizada por cromatografía de gases/espectrometría de masas. Las variables independientes fueron recogidas mediante cuestionarios validados. Se realizó un análisis estadístico bivariante, aplicando los tests de Mann-Whitney, Kruskal Wallis y correlación de Spearman; así como un análisis de regresión lineal multivariante.

Resultados: Se detectaron residuos de p,p'-DDE en el 98,34% de los sujetos. La media geométrica de las concentraciones fue de

147,61±4,50 ng/g. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles en hombres y mujeres. Los sujetos residentes en área urbana mostraron niveles de p,p'-DDE superiores a los de área rural, tanto en hombres ($p < 0,001$) como en mujeres ($p = 0,001$). Se encontró una correlación positiva entre los niveles de p,p'-DDE y la edad de los sujetos, estadísticamente significativa ($p < 0,001$) para ambos géneros (Spearman: hombres = 0,374; mujeres = 0,396); así como entre concentraciones de p,p'-DDE y el Índice de masa corporal en hombres (Spearman = 0,150; $p = 0,057$) y mujeres (Spearman = 0,154, $p = 0,038$). Los modelos multivariantes explicaron una variabilidad del 28,9% en hombres y 31,6% en mujeres. Las principales variables predictoras en ambos géneros fueron edad, área de residencia y hábitos dietéticos.

Conclusiones: A pesar de las numerosas medidas restrictivas aplicadas, la mayoría de la población del Sureste peninsular está expuesta a DDT y/o sus metabolitos. Debido a la frecuencia de exposición y sabido el riesgo para la salud, la cuantificación de este residuo debería ser incluido en los programas de vigilancia de la exposición humana.

Financiación. FIS N° 02/974.

O-035. INFLUENCIA DE LA SEMIOLOGÍA EN LAS CONCENTRACIONES DE COMPUESTOS ORGANOCORADOS EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS

M. Porta, J. Pumarega, T. López, M. Jarrod, J. Grimalt, et al

IMIM; UAB; CIBERESP; URV; IIQAB-CSIC.

Antecedentes/Objetivos: La relación entre los cambios fisiopatológicos en la progresión del cáncer y las concentraciones de ciertos biomarcadores de exposición es poco conocida. Las concentraciones de compuestos organoclorados (COs) pueden verse alteradas por el propio cáncer de páncreas exocrino (CPE). El objetivo fue estudiar la influencia de los síntomas, el estadio tumoral y el tiempo entre inicio de los síntomas y extracción de sangre (ISE) sobre los COs en pacientes con CPE.

Métodos: Se identificaron prospectivamente 185 casos incidentes de CPE en 5 hospitales generales. El presente estudio se basó en 144 pacientes con información sobre concentraciones de COs (p,p'-DDE, p,p'-DDT, PCBs 138, 153 y 180, HCB y β -HCH) y semiología. Los COs fueron ajustados por lípidos y logtransformados. Los datos se analizaron mediante modelos lineales generales ajustados por posibles confusores.

Resultados: Los pacientes con síndrome colestásico presentaron menores concentraciones de 6 de los 7 COs (p,p'-DDE, los tres PCBs, HCB y β -HCH). El ajuste por ISE fue insuficiente para controlar el efecto de los síntomas en las concentraciones de p,p'-DDE, p,p'-DDT y los tres PCBs, incluso tras ajustarlos por estadio. Aquellos pacientes con un ISE > 40 días presentaron concentraciones menores de p,p'-DDE ($p < 0,05$). Se observó una relación inversa con el p,p'-DDE para el vómito ($p = 0,022$) y para la hipocolia ($p = 0,044$). Cuando el síndrome tóxico y el vómito estaban en el mismo modelo y ajustados por ISE, mantenían su efecto sobre el p,p'-DDT ($\beta = -0,614$ y $p = 0,016$ para vómito, $\beta = 0,954$ y $p = 0,047$ para el síndrome tóxico completo). Los pacientes con ISE > 120 días presentaban concentraciones elevadas de los tres PCBs ($\beta = 0,509$ y $p < 0,001$ para el PCB 153). El síndrome colestásico, el ISE y la náusea se asociaron de manera independiente con los niveles de PCBs 138 y 153. Pacientes con coluria o diarrea tenían menores concentraciones de β -HCH ($p = 0,039$ para los dos síntomas).

Conclusiones: Ajustar por el estadio tumoral o por ISE no previene sesgos relacionados con la progresión de la enfermedad. Los síntomas que presentan los pacientes con CPE permiten evaluar los cambios inducidos por la enfermedad en biomarcadores de exposición lipofílicos.

O-036. DOSIS INTERNA ACUMULADA DE URANIO EN TRABAJADORES QUE REALIZAN SU ACTIVIDAD EN LAS PROXIMIDADES DE LA Balsa DE FOSFOYESOS DE HUELVA

J. Alguacil, R. Capelo, M. González, T. García, J.L. Gómez-Ariza, J. Anglada, M.T. Gómez, J. de la Rosa, A. Pereira, et al

Universidad de Huelva (Huelva); Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva); CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La población de la ciudad de Huelva muestra preocupación desde hace tres décadas por el impacto ambiental y el posible efecto en la salud por la proximidad del polo químico "Punta del Sebo" y la balsa de fosfoyesos al núcleo residencial de la ciudad. Si bien existe una vigilancia de los niveles de contaminación atmosférica y se han realizado estudios sobre niveles de emisión de contaminantes de la balsa, no existen estudios en los que se hayan realizado determinaciones sobre la dosis interna acumulada de uranio en personas que realicen su actividad laboral en zonas cercanas a la balsa de fosfoyesos.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal. Se reclutaron 125 trabajadores voluntarios de la industria química y metalúrgica en diferentes áreas geográficas españolas. De éstos, en 51 (46 hombres, 5 mujeres) se analizó la dosis interna acumulada en uñas de una selección de metales pesados en base a su efecto sobre la salud y la probabilidad de su presencia en el medio laboral o ambiental. La dosis interna de metales pesados, incluyendo uranio 238, se analizó mediante análisis multielemental por espectroscopia de emisión por ICP-MS.

Resultados: De 32 trabajadores estudiados de la provincia de Huelva, 14 (44%) presentaron niveles detectables de uranio 238 en uñas, por ninguno de los 19 trabajadores participantes estudiados de otras áreas españolas ($p = 0,0007$; test Chi cuadrado). Ninguno de los 14 trabajadores con niveles detectables de uranio trabajaba para ninguna de las empresas que generan los fosfoyesos que se vierten en la balsa. La dosis interna acumulada máxima encontrada fue de 12 ppb, y la dosis media de uranio en uñas entre los 14 trabajadores con niveles detectables fue de 4.3 ppb.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que realizar actividad laboral en las proximidades de la balsa de fosfoyesos y/o del polo químico "Punta del Sebo" de Huelva contribuye a la acumulación de uranio 238 en el cuerpo. En tanto el tamaño muestral es bajo, y no se ha tenido en cuenta la posible contribución de la dieta, los resultados deben interpretarse con cautela, si bien parece recomendable realizar un estudio más exhaustivo en una población más amplia, incluyendo población general no expuesta laboralmente.

Financiación. Ministerio de Sanidad (FIS 052511); CIBERESP.

COMUNICACIONES ORALES VII

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 13:00 a 14:30 h

Infecciones nosocomiales

O-037. CONSUMO DE RECURSOS ASOCIADO A LAS BACTERIEMIAS NOSOCOMIALES

M. Riu, F. Cots, R. Terradas, G. Barbaglia, X. Castells, et al

Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica - SAEC; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública - CIBERESP; Institut Municipal d'Assistència Sanitària - IMAS.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar el impacto en cuanto a estancia, utilización de UCI, mortalidad y costes de los pacientes con algún epi-

sodio de bacteriemia nosocomial, según "tipo de microorganismo", en un hospital universitario.

Métodos: Se analiza el impacto mediante la comparación de los pacientes con bacteriemia nosocomial con los clasificados en el mismo GRD sin bacteriemia. Utilizando el sistema de información del Hospital: IMASIS, se identifican los pacientes que han presentado bacteriemias nosocomiales en el periodo 2005-2007, se hace un análisis descriptivo según que el microorganismo sea Gram +, Gram -, anaerobio, hongo o alguna combinación de éstos, analizando EM, mortalidad, estancia en UCI y coste incremental respecto al coste medio de los pacientes con el mismo GRD sin bacteriemia.

Resultados: En este periodo ingresaron 61.613 pacientes, entre ellos se detectaron 650 con uno o varios episodios de bacteriemia, de los cuales un 40% eran Gram +, un 39% Gram -, un 3% anaerobios, un 2% hongos, un 13% alguna combinación que no incluye hongos (CsH) y el 3% una combinación que incluye hongos (CcH). Los Gram - puros tenían un foco único, mientras que en el resto predominaban los focos múltiples, la edad media fue 65,8 años, la estancia media iba de 30 días en los Gram - a 57 en CcH. El 30,7% de los Gram- ingresaron en la UCI, mientras que de la CcH lo hizo el 66,7. El% de éxitus iba del 18,8 en anaerobios al 55,6 en CcH. De media, un paciente con bacteriemia cuesta al Hospital 15.300,48 euros más que otro sin bacteriemia, a igualdad de GRD y año de ingreso, aunque este coste varía desde 10.181,8 euros en un paciente con Gram - a 38.672,1 en un paciente con CcH. Los pacientes con un coste incremental superior son los que pertenecen a los dos grupos que tienen combinaciones de microorganismos: 35.854,1 euros en CsH y 38.672,1 en las combinaciones que intervienen los hongos. Así mismo, en este último grupo la mayor parte del coste corresponde al coste variable: 19.963,8 y, dentro de éste, al coste de farmacia con 16.394,6 euros, mientras que en el primer grupo es mayor el coste fijo: 24.556,8 euros.

Conclusiones: Las bacteriemias nosocomiales incrementan la morbimortalidad de los pacientes y se asocian a un gran consumo de recursos, esto refuerza la importancia de la prevención de las infecciones nosocomiales, ya que no hay que perder de vista que las bacteriemias se consideran solamente la punta del iceberg de las infecciones nosocomiales. Recordemos que todas las mejoras en seguridad clínica suponen mejoras en calidad.

O-038. ALTA PREVALENCIA HOSPITALARIA DE COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS: ¿UNA NUEVA INFECCIÓN NOSOCOMIAL?

F.J. Medrano, N. Respaldiza, C. de la Horra, M.A. Montes-Cano, V. Friaza, A. Gasch, R. Valencia, J.M. Varela, E.J. Calderón, et al

CIBER de Epidemiología y Salud Pública, H. U. Virgen del Rocío, Sevilla; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital U. Virgen del Rocío, Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Estudios en modelos animales y evidencias epidemiológicas indirectas en el hombre apoyan la hipótesis de la adquisición activa de la infección por Pneumocystis (Pc) por vía aérea durante la edad adulta, por lo que cabría plantearse la transmisión nosocomial del patógeno. El OBJETIVO de este estudio fue determinar la prevalencia de colonización por Pc en pacientes hospitalizados y en los profesionales sanitarios (PS) que les atienden.

Métodos: Estudio transversal (2005-06) en el que se incluyeron secuencialmente 130 pacientes ingresados en el Hospital U. Virgen del Rocío de diferentes áreas de riesgo para infección por Pc: (i) alto riesgo (Oncohematología Infantil, VIH infantil, VIH de adultos y Neumología, $n = 57$), y (ii) riesgo indeterminado (dos Unidades de Medicina Interna y Gine-Obstetricia, $n = 73$). Simultáneamente en cada Unidad se evaluaron 145 PS en estrecho contacto con los pacientes. Se realizó una encuesta clínico-epidemiológica y se obtuvieron muestras de lavado orofaríngeo (LOF). El diagnóstico de colonización

se realizó identificando fragmentos de la región mtLSUrRNA de Pc en LOF usando nested-PCR (cebadores pAZ102-E/-H y pAZ102-X/-Y). La caracterización genotípica se realizó en dos regiones: (i) locus mtLSUrRNA mediante secuenciación directa; (ii) región DHPS mediante RFLP, capaz de detectar variantes con mutaciones asociadas a resistencia a sulfamidas.

Resultados: La presencia de ADN de Pc se detectó en el 30% de los pacientes y el 27,6% de los PS. Ninguno de los sujetos colonizados presentaba neumonía por Pc. En los pacientes la prevalencia osciló entre el 27,2-40% en áreas de alto riesgo y el 17,6%-33,3% en zonas de riesgo indeterminado. Entre los PS la prevalencia en las diferentes áreas osciló entre 18,2% y 53,8%. Todos los PS colonizados estaban asintomáticos y ninguno estaba inmunodeprimido. La distribución de genotipos entre pacientes y PS fue similar: (i) Genotipo mtLSUrRNA tipo 1 en 11/30 pacientes y 15/31 PS; (ii) Genotipo DHPS con variantes asociadas a resistencia a sulfamidas en 3/30 pacientes y 2/30 PS. En aire ambiente hospitalario se detectó ADN del patógeno (2/8 muestras).

Conclusiones: Se ha demostrado por primera vez una elevada prevalencia de colonización por *Pneumocystis* en pacientes hospitalizados y profesionales sanitarios en todas las áreas evaluadas. Este hallazgo junto a la concordancia de genotipos en ambos grupos, y a la detección en aire ambiente hospitalario del patógeno apoyan fuertemente la hipótesis de una transmisión nosocomial, incluyendo la de cepas con resistencia a sulfamidas.

Financiación. ERA-NET *Pneumocystis-PathoGenoMics* y FIS-europeo 03/1743.

O-039. VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LOS HOSPITALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

M.A. Irastorza Aldasoro, C. Gallo García, J. García Rotllán, J. Limón Mora, et al

Servicio Andaluz de Salud - Servicio de Protocolos Asistenciales.

Antecedentes/Objetivos: En el año 2001 se constituyó una Comisión compuesta por profesionales expertos con participación de las distintas Sociedades Científicas implicadas. El Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales (PVCIN) contempla dotar a los hospitales de un sistema común mínimo para la vigilancia de la infección nosocomial.

Métodos: La metodología general de detección de casos debe ser: activa, utilizando todas aquellas fuentes de información complementarias, y básicamente prospectiva, que permita controlar situaciones actuales. Desde el año 2002 se diseñaron y están recogiendo información sobre los indicadores básicos. Cada año se calculan los valores globales (de referencia) de cada indicador para el conjunto de la red (33 hospitales) y también según clasificación de éstos en "regionales o de especialidades" (14) y "comarcales" (19). Cada año se perfila, retoca y se normaliza la información a recoger y centralizar, realizando encuentros o jornadas de discusión y estandarización de procedimientos. Se rescatan valores de contraste y referencia provenientes de distintos estudios (EPINE, ENVIN-UCI, NNIS, VICONOS, VIRAS, EARSS...).

Resultados: A comienzos del 2008, como cada año y referido a pacientes atendidos en el 2007, se ha recogido y analizado la información. El número de Hospitales que han remitido datos de vigilancia del Plan ha sido variable según los distintos apartados: -Prevalencia (31 hospitales) -UCI general (28). UCI neonatal (8) -Infección de localización quirúrgica: (30) -Estudio incidencia gérmenes de especial interés: (29) -Resistencias a antimicrobianos (29) -Calidad y exhaustividad de la información (18) La prevalencia calculada de infección nosocomial entre los pacientes ingresados ha sido en el año 2007 del 7,6% para el conjunto de la red pública andaluza. Esta cifra es cercana a la observada a nivel nacional en el estudio EPINE (8,2%).

Conclusiones: Basado en el análisis de los datos de vigilancia, se está trabajando en las medidas de control efectivas que se han definido como prioritarias (higiene de manos y uso correcto de guantes, prevención de infecciones asociadas al uso de procedimientos invasivos, medidas de aislamiento y protección ante enfermedades transmisibles emergentes, política antibiótica y prevención de resistencias). Al disponer ya de información normalizada anual del periodo 2002-2007, se está analizando la tendencia y evolución de las distintas informaciones. La evaluación del impacto de las intervenciones tanto a nivel general del SAS, como de cada hospital, debe ser una de las vías de trabajo para el seguimiento y continua mejora de los programas y actividades preventivas.

O-040. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE HIGIENE DE MANOS Y EVALUACIÓN DE IMPACTO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE ANDALUCÍA

M.A. Irastorza Aldasoro, C. Gallo García, J. García Rotllán, J. Limón Mora, et al

Servicio Andaluz de Salud - Servicio de Protocolos Asistenciales.

Antecedentes/Objetivos: A nivel del SAS se cuenta con la Comisión Asesora para el Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales (PVCIN), que desde el año 2001 viene desarrollando distintas recomendaciones preventivas, entre las que se incluyen las elaboradas sobre higiene de manos, avaladas por nueve Sociedades Científicas andaluzas. En el 2004 se elaboró y editó distinto material incluyendo manual de "Recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes", base para un folleto-tríptico resumen, así como carteles promocionales dirigidos a sanitarios y también a familiares. Este material se ha distribuido por todos los centros sanitarios. Se pretende analizar con detalle las actividades, evaluándolas para conseguir una mejora o estímulo continuado.

Métodos: En 2005 se designaron coordinadores responsables del tema concreto de la promoción continuada de la higiene de manos, con reuniones periódicas donde además de compartir experiencias y modos de trabajo, se unifican los recursos disponibles y coordinan actuaciones entre centros. Se trata de conseguir y evaluar una buena dotación de antisépticos y lavabos para higiene de manos (estructura), junto a una alta frecuencia y correcta técnica de higiene de manos (proceso), pensando que puede ser importante para conseguir una reducción de la frecuencia de las infecciones en medio sanitario (resultado).

Resultados: -Se está trabajando para conseguir un suministro priorizado y universal de soluciones antisépticas hidroalcohólicas para la higiene de manos en todos los centros sanitarios públicos. -Distintos hospitales están midiendo la frecuencia o adhesión del personal sanitario al lavado e higiene de manos. -Los hospitales de la red pública miden determinadas tasas de prevalencia e incidencia de infecciones, estandarizando y normalizando una misma metodología e indicadores "mínimos comunes".

Conclusiones: Se cuenta con la definición explícita de metodologías e indicadores consensuados en nuestro medio y de sistemas propios de vigilancia de infecciones que miden de forma normalizada la aparición de infecciones asociadas a los cuidados sanitarios en los distintos centros. Se plantea evaluar cambios en la frecuencia o niveles de adhesión a las recomendaciones en higiene de manos, en las tasas de infección (por servicios, centros sanitarios y para el global de la red), estudiando la correlación o secuencia temporal entre actividades de promoción-prevención y la frecuencia de infección. Se trata de potenciar no sólo las actividades aisladas divulgativas y de promoción, sino además dar estabilidad a programas que midan e intenten mejorar de forma continuada todas las cuestiones relacionadas (estructura, proceso y resultados).

O-041. EVALUACIÓN DE UNA CAMPAÑA DE PROMOCIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS EN SEIS CENTROS HOSPITALARIOS DE CATALUÑA

M. Sala, M. Torrontegi, M. Urrea, M. Canals, M. Vaqué, M. Sallés, S. Sabaté, N. Freixas, J. Espuñes, et al

Hospital del Mar; Fundació Avedis Donabedian; Hospital Sant Joan de Déu; Hospital Parc Taulí; Hospital de Barcelona; Hospital Clínic; Pius Hospital; Hospital Mútua de Terrassa; Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La higiene de manos es la principal medida para prevenir la infección nosocomial. Sin embargo, los niveles de adherencia a la práctica de higiene de manos entre los profesionales sanitarios es baja (20-40%). El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de una campaña de promoción de higiene de manos desarrollada y promovida por la OMS en seis hospitales de Cataluña.

Métodos: Se implementó una campaña multimodal (colocación de dispensadores alcohólicos, pósters y otros materiales divulgativos y formación a profesionales). Se evaluó la situación basal y post campaña en los centros respecto a una serie de variables, entre ellas la tasa de cumplimiento de la práctica de higiene de manos mediante observaciones realizadas por evaluadores externos previamente formados. Se calculó la tasa de cumplimiento y su correspondiente intervalo de confianza al 95% según hospital, tipo de servicio (médico, quirúrgico, UCI), categoría profesional (médicos, enfermería, auxiliares y otros), tipo de indicación y tipo de acción (lavado con agua y jabón o alcohol).

Resultados: Se realizaron un total de 6.554 observaciones basales y 6.539 post campaña. El nivel de cumplimiento global se incrementó significativamente pasando de un 31,4% (IC95% 30,3-32,5) en el periodo basal a un 43,4% (IC95% 42,2-44,7) en el periodo post campaña ($p < 0,01$). Los servicios de UCI fueron los que presentaron un mayor nivel de cumplimiento tanto basal (39,4%; IC95% 37,3-41,4) como post campaña (51,2%; IC95% 49,1-53,3) ($p < 0,01$). Los servicios quirúrgicos pasaron de un cumplimiento del 22,6% (IC95% 20,7-24,4) en el periodo basal a un 41,1% (IC95% 38,9-43,3) en el periodo post campaña ($p < 0,01$). La mejora fue menor entre los servicios médicos (basal = 31,4% (IC95% 29,5-33,3); post campaña = 38,2% (IC95% 36,3-40,2) ($p < 0,01$). Por profesionales, el nivel de cumplimiento se incrementó entre médicos (basal = 27,2%, IC95% 24,5-29,8; post campaña = 36,8%, IC95% 33,8-39,8, $p < 0,01$), enfermeras (basal = 35,4%, IC95% 33,8-37,1; postcampaña = 47,9% IC95% 46,2-49,6, $p < 0,01$) y auxiliares de enfermería (basal = 27,6%, IC95% 25,6-29,5; postbasal = 40,9%, IC95% 38,7-43,0, $p < 0,01$).

Conclusiones: La campaña produjo una mejora significativa en la práctica de higiene de manos en los centros hospitalarios tanto en el personal de enfermería como en el personal médico. La implementación de este tipo de campañas podría contribuir al descenso de la infección nosocomial y de sus consecuencias en morbi-mortalidad y costes asociados.

Financiación. Estudio financiado parcialmente por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

O-042. ESTUDIO DE LA COLONIZACIÓN MICROBIANA DE LAS MANOS DEL PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL LA INMACULADA DE HUERCAL-OVERA

A.B. González Ballesteros, M.D. Navarro Martínez, G. Simonelli Muñoz, A. López Rosa, E. Rueda Tercero, C.M. Martínez Martínez, et al
Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La infección nosocomial es un problema frecuente en los hospitales, produciendo incremento de estancia hospitalaria y mortalidad entre los pacientes. La importancia de las

manos en la transmisión de este tipo de infecciones está universalmente aceptada. En enero de 2007 se realizó un estudio que reveló la situación de partida de nuestro hospital en relación a las prácticas existentes de lavado de manos y a la microbiota cutánea circulante entre el personal sanitario, impulsando un plan de mejora que se ha venido aplicando durante el año 2007. Los objetivos del presente estudio son: 1. Evaluar la evolución de la práctica de lavado de manos entre el personal sanitario perteneciente al hospital La Inmaculada. 2. Detectar la existencia de flora microbiana en las manos de dicho personal antes y después de la intervención de promoción del lavado higiénico de manos realizada en el hospital entre febrero y septiembre de 2007. 3. Evaluar posibles factores relacionados (protectores o de riesgo) con la colonización detectada.

Métodos: Se realizó recogida de muestras mediante frotis de la palma de la mano dominante del profesional y se aplicó un cuestionario en enero de 2007, repitiéndose el estudio en octubre del mismo año, después de una intervención de promoción del lavado higiénico de manos. Se recogieron variables personales, profesionales y tipo de lavado de manos realizado. Las variables microbiológicas han sido facilitadas por el laboratorio del propio hospital. La variable resultado es colonización detectada. Se considera Colonización Positiva el aislamiento de 1 o más UFC (Unidad Formadora de Colonia) en el cultivo con similitud de morfotipo.

Resultados: Nuestro personal realiza un lavado de manos cada 32,7 minutos de media durante su jornada de trabajo. En los lavados sólo se utilizó antiséptico en un 4,2% de las ocasiones antes de la intervención, aumentando este porcentaje al 43,3% tras la intervención. En el 56,1% de los profesionales se detectó colonización bacteriana cutánea de las manos en el estudio pre-intervención, mientras en el estudio post-intervención sólo el 33,8% resultaron colonizados. En ambos casos el *S. epidermidis* fue el microorganismo aislado más frecuentemente. De forma independiente, la realización de lavado higiénico disminuye el riesgo de colonización bacteriana 2,7 veces, mientras que por cada minuto transcurrido desde el último lavado aumenta 1,2% dicho riesgo.

Conclusiones: 1. La intervención ha sido efectiva para incrementar la práctica del lavado higiénico. 2. La utilización de antiséptico y el tiempo desde el último lavado se asocian significativamente a la ausencia de colonización.

COMUNICACIONES ORALES VIII

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 18:00 a 19:30 h

Salud sexual y reproductiva

O-043. DESIGUALDADES SOCIALES Y ECONÓMICAS EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES ESPAÑOLAS

D. Ruiz-Muñoz, G. Pérez, I. García-Subirats, J. Salvador, A. Roig, E. Díez, M. Jané, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Las desigualdades socioeconómicas se reflejan en diferentes ámbitos de la salud, uno de los cuales es la salud reproductiva. Sin embargo, en España todavía son escasos los estudios que abordan este enfoque. El objetivo de este trabajo es analizar los determinantes del uso de anticonceptivos en las mujeres españolas en edad reproductiva en 2006.

Métodos: Estudio transversal de base individual donde la población de estudio son las mujeres españolas de entre 15 y 49 años que declaran haber tenido alguna relación sexual ($n = 5141$). La fuente de

información es la Encuesta de Fecundidad realizada en 2006 por el Centro de Investigaciones Sociológicas. La variable dependiente es el uso de anticonceptivos. Las variables independientes son la edad de la mujer, el nivel de estudios, el país de origen, la religión, la edad de inicio de relaciones sexuales, la convivencia en pareja, el número de hijos y el haber realizado o no anticoncepción en la primera relación sexual. Se ajustan modelos multivariados de regresión logística para obtener las odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95%.

Resultados: La prevalencia del uso de anticonceptivos en las mujeres en edad fértil es del 78%. Las mujeres que utilizaron anticoncepción en su primera relación sexual presentan una frecuencia de uso actual significativamente superior a las que no lo hicieron, siendo además los determinantes de uso muy diferentes en ambos grupos. Así, en el grupo de mujeres que no hicieron anticoncepción en la primera relación sexual el uso actual sólo se asoció a tener hijos (OR = 2,37 IC: 1,21-4,62 un hijo y OR = 4,55 IC: 2,42-8,54 más de uno), mientras que en el grupo de las que los usaron en la primera relación (controlado el efecto de la religión y el país de origen) el uso actual se asocia a la edad: las mujeres jóvenes usan más anticoncepción que las mayores (OR = 10,30 IC: 2,04-52,02 las de 15-19 años y OR = 8,09 IC: 3,22-20,28 las de 20-24), al nivel de estudios: las universitarias son las que hacen un mayor uso en relación a las de primaria incompleta (OR = 2,67 IC: 1,42-5,01), a la edad de inicio de relaciones sexuales, presentando un mayor uso las que las inician entre los 18 y 19 años respecto a las que lo hacen antes (OR = 1,72 IC: 1,13-2,62), a la convivencia en pareja (OR = 4,46 IC: 2,37-8,42) y a tener más de un hijo (OR = 4,36 IC: 2,64-7,21).

Conclusiones: Estos resultados muestran la existencia de desigualdades en el uso de anticonceptivos según el nivel socioeconómico de la mujer. La intervención sobre la utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual parece ser la mejor forma de garantizar su uso durante la vida fértil de la mujer, influyendo así en la planificación de sus embarazos.

Financiación. AETS P107/90050.

O-044. DESIGUALDADES SOCIALES Y ECONÓMICAS EN LA REALIZACIÓN DE ABORTOS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

D. Ruiz-Muñoz, G. Pérez, I. García-Subirats, E. Hermosilla, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia. HU Vall Hebron.

Antecedentes/Objetivos: En España hay numerosos trabajos que ponen de manifiesto la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud. Sin embargo, pocos de ellos hacen referencia a la salud reproductiva y sexual. El objetivo del presente estudio es describir las desigualdades socioeconómicas en la realización de aborto, a nivel ecológico e individual, en las Comunidades Autónomas (CCAA) en 2001.

Métodos: Estudio transversal ecológico y de base individual. La población de estudio son las mujeres de entre 20 y 54 años residentes en España en 2001. La fuente de información es el Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo del Ministerio de Sanidad y Consumo y el censo de habitantes de 2001 (INE). La variable dependiente es la tasa de aborto por 1000 mujeres. Las principales variables independientes individuales son el nivel de estudios y la edad, mientras que las de nivel socioeconómico de las CCAA son los porcentajes de desempleo, pobreza familiar, población extranjera y mujeres con instrucción insuficiente, y el número medio de hijos por mujer. Se obtuvieron correlaciones de la tasa de aborto, mapas de cuartiles y gráficos de dispersión. Se agruparon las CCAA en cuartiles según su pobreza familiar. Se estimaron los riesgos relativos (RR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95% utilizando modelos de regresión binomial negativa.

Resultados: La tasa de aborto en 2001 fue de 9,3. El estudio ecológico muestra una correlación positiva de esta tasa con el desempleo

de la persona de referencia, el porcentaje de extranjeros y el número medio de hijos por mujer. Se observa una gran variabilidad de las tasas por grupos de edad, nivel de estudios y CCAA. Las mujeres universitarias presentan un menor riesgo de realizar aborto que las de primaria incompleta (RR = 0,60 IC: 0,52-0,70), teniendo en cuenta la edad y la pobreza de las CCAA. Se observan diferencias según el nivel de estudios en los grupos de nivel de pobreza de las CCAA. En las CCAA menos pobres sólo las universitarias tienen menos riesgo de aborto (RR = 0,70 IC: 0,56-0,86), mientras que en el grupo de las CCAA más pobres todas las mujeres presentan un menor riesgo en relación a las de estudios primarios incompletos (RR = 0,40 IC: 0,31-0,52 primarios, RR = 0,74 IC: 0,57-0,95 secundarios y RR = 0,53 IC: 0,41-0,69 universitarios).

Conclusiones: Este estudio muestra la existencia de desigualdades territoriales en la realización de aborto y que las mujeres con menor nivel socioeconómico presentan una mayor tasa. La existencia de estas desigualdades y su relación con la privación de recursos sociales y materiales hace necesario que las políticas y ayudas públicas vayan dirigidas a eliminarlas, mejorando así la salud reproductiva de la población.

Financiación. AETS P107/90050 y CIBERESP.

O-045. EQUIDAD EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO ORIENTADOS A GRUPOS VULNERABLES DE MUJERES

E. Méndez, R. Fernández, et al

Asociación Salud y Familia.

Antecedentes/Objetivos: El Programa "Atención a la Maternidad a Riesgo" (PAMR) desarrollado en 1991-2007 por la Asociación Salud y Familia (ASF) es fruto de la creación y mantenimiento de un marco estable de cooperación entre la Administración Sanitaria de Cataluña, los proveedores públicos y privados de salud reproductiva y la propia Asociación. El Programa se focaliza en ofrecer opciones efectivas a las mujeres vulnerables a fin de mejorar su salud sexual y reproductiva proporcionando: -Un espacio de atención para que las mujeres embarazadas reafirmen su decisión de interrumpir o continuar un embarazo inesperado o no deseado. -Cofinanciación selectiva de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en función de criterios de necesidad. -Prevención activa del aborto de repetición ofreciendo a las mujeres la implantación gratuita e inmediata de un DIU. Se trata de: -Describir los efectos de la colaboración estable entre los actores mencionados. -Describir los procesos de trabajo asistencial y preventivo. -Describir la evolución de las diversas prestaciones integradas en el PAMR. -Analizar los cambios evolutivos en el perfil de las mujeres solicitantes de IVE. -Analizar la adecuación a los objetivos de equidad.

Métodos: -Las fuentes utilizadas son registros informáticos de las actividades desarrolladas y de las características sociodemográficas de las mujeres atendidas. -Análisis estadístico bivariante de las variables sociodemográficas y reproductivas más relevantes en relación a la ayuda pública recibida.

Resultados: -Durante 1991-2007 el Programa ha atendido a 42.041 mujeres con un crecimiento interanual del 14,43%. Para 2008 está prevista la atención a 5.100 mujeres. -La cobertura poblacional se mantiene en el 20% de mujeres que interrumpen voluntariamente el embarazo en Cataluña. -Se ha incorporado la prestación de contracepción inmediata post-IVE (1998-2007). -Se ha incorporado la detección y atención precoz sistemática a las víctimas de la violencia de género entre las usuarias (2006-2007). -Se ha pasado de atender una población de un 17% de mujeres extranjeras (1992) a un 68% (2007). -El PAMR cumple criterios de equidad en la distribución de la ayuda pública beneficiándose en mayor proporción las mujeres con posiciones sociales y culturales en desventaja.

Conclusiones: El PAMR ha desarrollado una forma de respuesta flexible y adaptativa al tipo de demandas realizadas por las mujeres

vulnerables, sin desviarse de su línea equitativa. Asimismo, ha acogido una demanda creciente con considerables fluctuaciones estacionales y con una gran diversidad de orígenes, culturas y perfiles de riesgo psicosocial.

O-046. PROYECTO DE INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL EN UNA ZNTS DE CÓRDOBA

A. Ortega Osuna, C. Pérez Sarmiento, J. Almazán Rubio, M. Martín Daza, C. Redondo Pedraza, E. López Bermúdez, L. Blasco Cabrera, A. Fernández Martín, S. Blanco Rosso, et al

C. de Salud Polígono Guadalquivir (Córdoba); Delegación de Igualdad. Junta de Andalucía; Distrito Sanitario Córdoba; Encuentros en la Calle.

Antecedentes/Objetivos: –Generales: Diseño de un proyecto intersectorial, de la Zona con Necesidades de Transformación social S. Martín de Porres-Polígono Guadalquivir de Córdoba. Disminuir las desigualdades en salud, desde una perspectiva de género. –Específicos: Mejorar la Salud Sexual Aumentar la cobertura de Planificación familiar Disminuir las tasas de IVE.

Métodos: –Análisis y sensibilización de la realidad del barrio (15273 usuarios en la BDU, con cerca de un 30% de mujeres en edad fértil) por los-as profesionales del C de Salud. –Elaboración del plan siguiendo la plantilla de la Escuela Andaluza de Salud Pública. –Priorización de Objetivos. Acciones. Reparto de tareas. Instituciones/profesionales implicados. Indicadores de evaluación. Cronograma –Presentación a los diferentes actores de acción social local: Igualdad y Bienestar Social, Empleo, Obras Públicas, Empresa Pública de Suelo, Ayuntamiento de Córdoba, Representantes vecinales, Encuentros en la Calle, para consensuar y construir una visión de la realidad de la zona, integrando y dinamizando los recursos disponibles y potenciales –Reuniones periódicas (15 a 30 días), coordinadas por la Técnica de la Delegación de Igualdad. –Elaboración de materiales (fichas, indicadores de evaluación, carteles, etc.) –Solicitud a Distrito Sanitario de los recursos necesarios humanos y materiales, al Ayuntamiento del local del Centro Cívico, a la asociación Encuentros en la calle una subvención, al II nivel de especializada apoyo, formación, y a la Consejería de Salud, para implementar este Plan –Divulgación en el Centro de Salud y barrio.

Resultados: Se inicia la intervención de manera altruista, en espera de subvenciones o respaldo de las Instituciones en abril de 2008. Se aumenta la cobertura de PF un 100% de abril a septiembre. Se insertan 30 Implantes subdérmicos facilitados y financiados por Distrito Córdoba. Puesta en marcha de una Consulta de Orientación Familiar (planificación familiar, información, y asesoramiento de Salud Sexual), en el Centro Cívico. Agilización de los trámites a 27 mujeres demandantes de IVE desde C de salud.

Conclusiones: El Plan ha sido positivo en resultados cuantificables en solo 6 meses y en satisfacción de profesionales, lo que demuestra la eficacia de la intersectorialidad. No se podrá continuar por traslado de los profesionales de salud a otros centros y falta de subvenciones. Consideramos que éste es un problema de salud pública emergente, en esta zona, que precisa ser apoyado por las Instituciones competentes para el desarrollo y continuidad del mismo.

O-047. PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN POBLACIÓN IBEROAMERICANA, LA GESTIÓN DEL LIDERAZGO DESDE SALUD PÚBLICA

M. Alcaraz, J.J. Paredes, P. López, J.L. Fabado, F. Hurtado, F. Donat, J. Cantero, C. Barona, E. Pla, et al

Centre de Salut Pública de València; Dirección Centro Salud Pública Valencia; Centro de Salud Sexual y Reproductiva Fte. S. Luís; Dirección Atención Primaria Dept. 10; DGSP; DGSP.

Antecedentes/Objetivos: Describir cómo desde un Centro de Salud Pública, se ha gestionado el liderazgo de un proyecto de promoción de la salud sexual y reproductiva en población iberoamericana desarrollando estrategias “ganar-ganar”.

Métodos: El CSP lidera el proyecto desarrollando los ejes: intersectorialidad, entorno favorecedor y mediación intercultural, investigación-formación orientada a la evaluación, reorientación de servicios sanitarios, acción comunitaria y apoyo directivo. Se enumeran los recursos activados para desarrollarlos y los resultados.

Resultados: Intersectorialidad: se creó una comisión con representación de salud pública, ayuntamiento, Conselleria de inmigración, dirección de atención primaria (AP) y otras instituciones relevantes (15 miembros). Se ha elaborado el análisis de la realidad, la priorización y el diseño del proyecto. Entorno favorecedor y mediación intercultural en AP: se creó del servicio de mediación intercultural (SMI) en dos centros de AP y un CSSyR. Tras 6 meses, el SMI ha atendido a más de 100 personas y organizado una semana intercultural. Reorientación de los servicios sanitarios: se creó un grupo de atención sanitaria (13 miembros). Se ha elaborado un protocolo de promoción de la anticoncepción y llevado a cabo 1 curso y 2 talleres dirigidos a capacitar en competencia intercultural a los profesionales. Investigación y evaluación: se creó un grupo de formación, evaluación e investigación, formado por 16 miembros. Se han identificado indicadores demográficos y de SSyR objeto de monitorización. Se ha diseñado un proyecto de investigación que ha recibido financiación externa. Acción Comunitaria: se han censado 17 asociaciones de población iberoamericana, realizado una Jornada de Salud e Interculturalidad (200 participantes), 5 talleres comunitarios y 13 entrevistas a representantes de asociaciones. Se ha activado la pre-selección de agentes de salud de base comunitaria para su posterior formación y actuación. Apoyo directivo: 2 reuniones de presentación del proyecto a las direcciones y coordinaciones de AP y salud pública. Se han remitido informes sobre la situación del proyecto a estas direcciones, así como a los cónsules de los países iberoamericanos.

Conclusiones: Es posible articular acciones para promover la SSyR en la población iberoamericana a través de la colaboración intersectorial y el trabajo en red, liderado desde salud pública, contando con apoyo directivo e implicando a la AP y especializada, los servicios de SSyR, la mediación intercultural, instituciones docentes y ciudadanas.

O-048. EDUCANDO EN AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD

A. Albiñana, P. Costa, F. Soler, C. Ciscar, P. Jiménez, et al

C.S. San Marcelino; C.S.S.R. Dr. Peset; Agencia Valenciana de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El desarrollo de la afectividad y la sexualidad de forma armónica no pueden desligarse del concepto de salud integral. La educación afectivo-sexual y de valores para la igualdad es una necesidad no resuelta. Por ello las actuaciones de promoción de salud en la escuela que aborden la capacidad afectiva, la expresión de sentimientos y la autoestima, así como actitudes de igualdad entre sexos, son imprescindibles, al ser un espacio idóneo para transmitir valores de responsabilidad y respeto. **Objetivos:** Dar a conocer el Centro de Salud y el Centro de Salud Sexual y Reproductiva como lugares de referencia para los alumnos, aportar un concepto de sexualidad global, identificar las diferencias educacionales en función de género y su repercusión en la sociedad, analizar los sentimientos como fuente de autoconocimiento y fomentar actitudes responsables en la prevención de embarazos e ITS en adolescentes.

Métodos: Desarrollamos este Programa desde el curso 1999-00 y continúa actualmente en secundaria y bachiller del I.E.S. Joanot Martorell (Valencia). La metodología es participativa, basada en el trabajo grupal, para potenciar la elaboración de conceptos propios. Se utili-

zan encuestas y fichas de diseño propio, vídeos y análisis de casos. Describimos los resultados obtenidos en el curso 2006-07 con la tabulación de encuestas de 140 alumnos de 2º de ESO antes y cinco meses después de la intervención educativa. Se impartieron tres bloques temáticos: Concepto de sexualidad global Autoestima y sentimientos Prevención de embarazos, ITS y de la violencia de género.

Resultados: Se observan cambios en el concepto de sexualidad siendo éste más global. Antes: 27% chicos y 29% chicas; Después: 55% chicos y 73% chicas Percepción de la regla como cambio positivo. Antes: 14% chicos y 32% chicas; Después: 30% chicos y 47% chicas Relación del primer coito con dolor. Antes: 63% chicos y 72% chicas; Después: 58% chicos y 42% chicas Corresponsabilidad en el uso de métodos anticonceptivos. Antes: 49% chicos y 57% chicas; Después: 66% chicos y 81% chicas Relacionan el uso del condón con prevención de ITS. Antes: 4% chicos y 12% chicas; Después: 10% chicos y 31% chicas Conocimiento de las indicaciones de la anticoncepción poscoital. Antes: 13% chicos y 25% chicas; Después: 42% chicos y 71% chicas Utilización de los servicios sanitarios tras un comportamiento de riesgo. Antes: 5% chicos y 35% chicas; Después: 32% chicos y 51% chicas La expresión de sentimientos y necesidades aumenta de forma clara en ambos sexos tras la intervención.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos, consideramos que una intervención programada y secuencial que propicie una reflexión personal sobre los valores y desigualdades establecidas, es efectiva para cambiar actitudes y comportamientos.

COMUNICACIONES ORALES IX

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 18:00 a 19:30 h

Atención primaria y salud pública

O-049. REVISIÓN DOCUMENTAL DE EXPERIENCIAS DE ACTIVIDAD COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Ramos, S. March, M. Soler, J.L. Ruíz-Giménez, F. Miller, J. Domínguez, I. Muntaner, B. Lahoz, M.J. Pérez, et al

Consejería de Salud y Consumo, Illes Balears; Unidad de investigación GAP Mallorca; GAP Murcia; GAP Área 1 Madrid; Secretario científico PACAP; GAP área 11 Madrid; Carmel, Barcelona; Servicio andaluz de salud; Instituto salud pública, Navarra.

Antecedentes/Objetivos: Las actividades comunitarias de promoción de la salud (AC) son responsabilidad de atención primaria (AP) según la legislación española. Se presenta una parte del estudio "Situación de las actividades comunitarias en AP" que pretende identificar y describir las AC en las que ha participan los equipos de AP de los centros de salud de España.

Métodos: Estudio descriptivo mediante revisión documental de experiencias de AC en España, realizada entre Marzo y Mayo del 2007, sin limitación del periodo de estudio. Fuentes: artículos científicos, actividades en redes on-line de promoción de la salud, comunicaciones y proyectos premiados. Se incluyeron AC en las que AP y la comunidad atendida participaban en su inicio, desarrollo y/o evaluación, y que no eran acciones puntuales, sino que formaban parte de un programa. Variables: Fuente del documento y año de publicación o de inclusión; CCAA; Municipio; número y nombre de los centros de salud implicados; población diana; objetivos; participación de entidades cívicas (como asociaciones de vecinos o de enfermos), de sectores sanitarios (como salud pública o unidades de salud mental) y de no sanitarios (como servicios sociales o educación) y de administraciones (gobierno autonómico o ayuntamiento); perspectiva teórica; evaluación (tipo y métodos).

Resultados: Se identificaron 586 actividades de las que se excluyeron 114 (19%) por no cumplir criterios. En las 472 AC que cumplían criterios participaron 300 centros de salud. La participación en las AC seleccionadas era muy desigual por CCAA: Se identificaron más en Madrid, Cataluña y Andalucía, y ninguna en Navarra, Ceuta y Melilla. El 71,8% se localizaron mediante redes, sobre todo (62%) en la del programa de AC de la SEMFyC (PACAP). El 19,3% eran artículos, y el resto AC premiadas y comunicaciones. Las poblaciones diana más frecuentes fueron población general (22,2%), jóvenes (18,2%) y madres y padres (10,2%). El 58,2% tenía alguno de los siguientes objetivos: capacitar a la comunidad para optar por comportamientos más saludables; transmitir información sanitaria a la población; o fomentar el autocuidado. En el 66,7% no participó ningún agente además de AP. Del resto, participaron sectores no sanitarios en el 53,8%, entidades cívicas 26,9% y administraciones 24,2%.

Conclusiones: La mayoría de las AC documentadas se encuentran en redes y su presencia por CCAA es desigual. Se detecta una falta de trabajo intersectorial, participación real de la ciudadanía y apoyo de las administraciones, sobretodo de los ayuntamientos.

Financiación. Financia la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

O-050. SITUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN LAS CCAA

S. March, M. Soler, M. Ramos, J.L. Ruíz Giménez, I. Muntaner, B. Lahoz, F. Miller, J. Domínguez, M.J. Pérez, et al

Unidad de investigación GAP Mallorca; GAP Murcia; Consejería de Salud y Consumo Illes Balears; GAP Área 1, Madrid; ABS Carmel, Barcelona; Servicio andaluz de salud; Secretaría Científica PACAP; GAP Área 11 Madrid; Instituto Navarro de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las actividades comunitarias de promoción de la salud (AC) son responsabilidad de atención primaria (AP) según la legislación española. Su situación es desconocida. Se presenta una parte de un estudio mayor, que pretende describir la situación de las AC por CCAA.

Métodos: Estudio descriptivo mediante cuestionario. A través de responsables autonómicos de Semfyc y PACAP se identificaron informadores clave en cada CCAA a los que se les pasó un cuestionario. Variables: grado de participación de los equipos de atención primaria (EAP) en AC; horario; grado de implicación de colectivos profesionales y instituciones en AC; apoyos que reciben; existencia de consejos de salud y mesas intersectoriales; formación que se ofrece en AC; canales de difusión de las AC; valoración de oportunidades y dificultades para realizar AC. Se realizó un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Se identificaron 29 informantes clave en 17 CCAA. Se obtuvo un mapa de la participación de cada CCAA en AC. Destacan Castilla La Mancha y Navarra (más del 80% de los EAP realizan AC). En casi toda España parte de las AC se hace fuera de horario laboral. Enfermería y trabajo social son los colectivos más implicados en AC. Todas las CCAA reciben algún apoyo para realizar AC: sobretodo de Gerencias de AP, servicios autonómicos de salud, ayuntamientos, servicios de salud pública y sociedades científicas. El apoyo más extendido es formar a profesionales; incluir AC en cartera de servicios; y ofrecer materiales, locales y apoyo técnico para realizarlas. El grado de implicación se valora como medio para asociaciones ciudadanas y AP y bajo para demás instituciones. Más de la mitad de CCAA tienen consejos de salud activos, que van de 1 (I. Baleares) a 254 (Castilla León). La mayoría tienen mesas intersectoriales que incluyen sobretodo asociaciones ciudadanas, AP, ayuntamientos, y consejerías de salud y educación. Los canales más usados para la difusión de AC son folletos y carteles. Menos de la mitad de CCAA usan medios de comunicación y nuevas tecnologías. Las dificultades

más destacadas fueron: falta de tiempo, formación y motivación. Las oportunidades: motivación de profesionales, apoyo institucional, grado de asociacionismo, existencia de mesas intersectoriales o consejos de salud, equipos de trabajo multidisciplinar y ser centros docentes.

Conclusiones: El grado de participación en AC en España es heterogéneo y mayoritariamente bajo (del 20% al 40% de los EAP realizan AC). Las CCAA que más realizan tienen más apoyos, consejos de salud, mesas intersectoriales, y valoran mejor las oportunidades.

Financiación. Financia la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

O-051. PROPUESTAS PARA IMPULSAR LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Soler, S. March, M.L. Bauzá, M. Ramos, G. Foç, J.L. Ruiz-Giménez, M.J. Pérez, F. Miller, I. Muntaner, et al

GAP Murcia; Unidad de investigación GAP Mallorca; Universidad Illes Balears; Consejería de Salud, Illes Balears; GAP Barcelona; GAP Área 1, Madrid; Instituto de Salud Pública, Navarra; Secretario científico PACAP; Carmel, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Las actividades comunitarias de promoción de la salud (AC) son responsabilidad de atención primaria (AP) según la legislación española, aunque su práctica no está muy extendida. Se presenta una parte del estudio "Situación de las actividades comunitarias en AP", con el objetivo de realizar propuestas para impulsar las AC en AP.

Métodos: Priorización de propuestas mediante técnicas de consenso. En septiembre de 2008 se reunieron 11 expertos en AC: profesionales de medicina de familia, enfermería, trabajo social, gestión, salud pública y representantes de entidades ciudadanas. Reunión en dos fases. Primera fase: se debatieron las propuestas siguiendo un guión previamente establecido. Segunda fase: se recuperaron las propuestas y, mediante técnica de grupo nominal, se priorizaron a tres niveles: Ministerio de Sanidad, CCAA (consejerías-Servicios autonómicos de salud) y gerencias AP (GAP). Cada experto priorizó 4 propuestas por nivel bajo criterios de importancia y factibilidad. Se puntuó de 4 (1ª opción), a 1 (última). Se ordenaron las propuestas según puntuación y número de expertos que las eligieron.

Resultados: Propuestas priorizadas al nivel de Ministerio de sanidad: Realizar plan estratégico de implantación AC en el sistema sanitario, con plazos, indicadores y presupuesto determinados. Dentro del plan: promover elaboración de materiales de apoyo a la acción comunitaria y la promoción de la salud; financiar realización de AC; impulsar coordinación intersectorial; e introducir perspectiva comunitaria en formación pre y post grado. Nivel de CCAA: Impulsar coordinación intersectorial, en particular entre AP y salud pública; reorientar atención asistencial desde un enfoque salubrista; impulsar formación continuada y elaboración de materiales; contratar técnicos de promoción de la salud en las GAP; e incluir AC en cartera de servicios de los centros de AP. Nivel de GAP: Reorientar atención asistencial; potenciar trabajo en equipo; financiar directamente AC; reconocer y facilitar la labor de los profesionales que realizan AC; e incluir AC en la cartera de servicios.

Conclusiones: Las propuestas priorizadas hacen pensar que impulsar las AC en AP implica promover un cambio del actual modelo asistencial de AP. Este supondría recuperar principios de AP y salud pública, reforzando la acción intersectorial, el trabajo en equipo multidisciplinar, la participación ciudadana y la promoción de la salud. Promover este cambio necesita voluntad política y profesionales críticos que señalen las deficiencias del sistema sanitario.

Financiación. Financia la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

O-052. APORTACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA A LA SALUD PÚBLICA

M.C. Gutiérrez Arana, M.J. Goncet Cansino, G. Ureña Rodríguez, R. Roldán Guillena, R. Moreno Rodríguez, R. Rodríguez Vargas, I. Robledo Valentín, E. García Fernández, J. Rodríguez Estepa, A. Carvajo García

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El Centro de Salud Polígono Sur se inaugura en 1989. Esta zona está constituida por 5.284 viviendas sociales, la población oficial es de 25.000 personas. Desde su inicio fue sectorizado geográficamente para crear cupos médicos y de enfermería. Actualmente se mantiene esta organización sólo para enfermería. Al ser una población de "aluvión" de diferentes periferias, la realidad social y étnica no es homogénea, existiendo zonas con alto índice de marginalidad, gran número de viviendas utilizadas para venta de droga y desempleo. Con esta realidad: 1. Gran incidencia de TBC (36 casos (pico máximo en el 2002)) 2. Alto consumo de droga 3. Baja adherencia a los programas de vacunación. La Unidad de enfermería ha trabajado especialmente en estos programas los objetivos: -TBC: creación de consulta específica para acogida, realización de Mantoux de sospecha y estudio de convivientes. Análisis y vigilancia epidemiológica de los casos -Dispensación metadona: Captación de enfermos de SIDA, TBC que requieran coordinación con otros niveles -Vacunación infantil: Captación activa de niños con abandono del calendario vacunal.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo utilizando: 1. Información del programa de TBC de los años 2000-2007, referente a: Nº de casos índice, domicilio del estudio de conviviente 2. Listado de niños nacidos en ese periodo, situándolos en los sectores 3. Listado de pacientes en programa de dispensación de metadona que permite su localización familiar.

Resultados: Los datos obtenidos en el tramo 2000-2007 - Bajada de incidencia de TBC: 23 casos en el año 2000 - 6 casos en el 2007 - Mayor número de focos en los sectores donde nacen más niños (casos en el periodo de estudio: 54. Niños nacidos 677) - Los focos residuales o de abandono de tratamiento, son personas en su mayoría (88%) drogodependientes - Un alto porcentaje de muertes por TBC se dan en enfermos de SIDA.

Conclusiones: La Unidad de enfermería plantea el reto de iniciar una coordinación más sistemática de los tres programas y conseguir: - Trabajar de forma integral e integradora con las familias y vecindad afectadas - Trabajar en red con otros sectores (Educación, área ambiental Ayuntamiento, Servicios Sociales), proponiendo: 1. Reorganización en el centro de salud: -Volver a incidir en el enfoque familiar-comunitaria (Informe sobre la salud del mundo 2008 OMS) - Trabajar sobre las familias de forma continuada - Informes medio-ambientales de sus entornos - Plantear la necesidad de reorganizar los cupos médicos por sectores 2. Coordinación con otros niveles: Mesa específica en el Comisionado del Polígono Sur.

O-053. RED DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

A. Ruiz Azarola, D. Prieto Rodríguez, M.A. Prieto Rodríguez, J.C. March Cerdá, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El Servicio Andaluz de Salud (SAS) en el año 2006 procede a identificar un total de 152 Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS), que se encuentran repartidas entre todas las provincias andaluzas. En estas zonas viven un total de 1.988.100 personas (345.600 son niños y niñas). En ellas se ubican 121 centros de salud (siendo 73 Unidades de Gestión Clínica) y

trabajan un total de 2.586 profesionales sanitarios (24% médicos/as de familia, 27,69% pediatras, 23,80% enfermeros/as de familia y 33% trabajadores/as sociales) según datos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS.

Métodos: En 2007, se apoya el desarrollo de los planes de Atención a la Salud (Planes de Intervención y Evaluación) en las ZNTS mediante la realización de talleres provinciales en los que participaron profesionales de las 103 ZNTS de Andalucía. Más de 300 profesionales, médicos/as, enfermeras/os y trabajadores/as sociales han recibido apoyo metodológico en dichos talleres. En 2008, se retoma la formación y apoyo de los planes de Atención a la Salud y se realizan talleres provinciales para el apoyo metodológico a la implementación de dichos planes. Además, se ha puesto en marcha una Red de intercambio y experiencias entre profesionales de las ZNTS, la Red de Profesionales de Atención Primaria (<http://mago.easp.es/oznts/>) con el objetivo de disponer de información actualizada y permanente sobre las ZNTS y compartir iniciativas y acciones que se desarrollen en las distintas ZNTS.

Resultados: Como resultado de este proceso se han diseñado Planes de Intervención y Evaluación para mejorar la salud de las ZNTS de Andalucía. El 80% de ZNTS han finalizado la elaboración de sus planes. El resto están en proceso de finalización y sigue recibiendo apoyo a través de la Red de Profesionales de Atención Primaria.

Conclusiones: La Red de Profesionales de Atención Primaria ha dotado a los/as profesionales que trabajan en ZNTS de un espacio conjunto en el que reciben apoyo metodológico para la elaboración de Planes de Actuación para la Salud, y se comparten las distintas experiencias de intervención que se están desarrollando en toda Andalucía. De esta manera se convierte en un espacio que cuenta con recursos metodológicos y materiales accesibles para todos/as los/as profesionales implicados/as en las ZNTS.

O-054. MEJORA DE LA SALUD BUCO-DENTAL DE LA POBLACIÓN AFECTA DE DISCAPACIDADES PSÍQUICAS SEVERAS. EXPERIENCIA PILOTO

M. Urquía García, M. Romero Vallecillos, et al
CS Zaidín Centro; Escuela de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Los discapacitados severos psíquicos constituyen el colectivo con mayores carencias desde el punto de vista odontológico. En estos pacientes se une la imposibilidad de tratamientos odontológicos convencionales (no se están quietos en la consulta, por lo que necesitan anestesia general), con el hecho de ingerir dietas blandas. Además coinciden en estos pacientes, patrones eruptivos irregulares, y alteraciones del número, la morfología y la estructura de los dientes. Todo ello condiciona no sólo problemas en la deglución, sino también una disminución de relaciones y escasa autoestima. Pese a ello, hasta ahora, las administraciones públicas no les ofertaban más que un programa de extracciones seriadas, para eliminar focos sépticos, que los mutilaba más todavía. Los padres de estos pacientes tienen que recurrir a profesionales privados y con un alto coste (quirófano, anestesista) etc. **Objetivos:** 1.-Diseñar e implantar un programa de salud oral específico para estos pacientes. 2.-Diseñar una estrategia, de carácter preventivo, que implique a los familiares, tutores y cuidadores de las asociaciones.

Métodos: -El servicio va dirigido exclusivamente a aquellos pacientes cuyo grado de discapacidad hace imposible que sean tratados sin anestesia general. Se creó una unidad. Se realizaron los protocolos que permitían las actuaciones sobre la población afectada en temas de información, accesibilidad, intervención y seguimiento. Las intervenciones la realizan un equipo de 8 odonto-estomatólogos cedidos por atención primaria.

Resultados: Se han explorado 570 pacientes. Se han intervenido de manera integral a 330 a los que se les había realizado 1270 ob-

turaciones, 215 grandes reconstrucciones, 91 tratamientos pulpares, 308 tartrectomías, 1100 selladores, 300 exodoncias y 90 coronas 10 prótesis fija de porcelana. La media de actuaciones por paciente era de 10,25. Se consideran actuaciones con una gran eficacia (es mucho más rápido hacer 10 obturaciones a un paciente, que 1 obturación a 10 pacientes). Había diferencias significativas entre los tratamientos realizados en un sillón de dentista y los realizados sobre mesa de quirófano. El primero permite realizar tratamiento conservador a un 63% más de piezas, Las 8 asociaciones de discapacitados psíquicos testadas tenían un alto grado de satisfacción con el servicio. Se consiguió formar el 100% de los cuidadores en temas de cuidados específicos de prevención.

Conclusiones: El programa es una herramienta útil para mejorar la situación buco-dental. Sustituir la mesa de quirófano por el sillón dental ha permitido salvar más piezas dentarias. Colaborar con las asociaciones en temas de prevención ha evitado nuevas recidivas.

COMUNICACIONES ORALES X

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 18:00 a 19:30 h

Promoción y acción local en salud en poblaciones desfavorecidas

O-055. VALORACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE UN PLAN DIRIGIDO A LA REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN UN BARRIO DESFAVORECIDO DE BARCELONA

C. Fuertes, E. Díez, G. Pérez, C. Borrell, M. Pasarín, L. Artazcoz, et al
Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La Llei de Barris de Catalunya (LdB) pretende regenerar estructuralmente barrios frágiles. Al amparo de la LdB se desarrolló la norma Salut als Barris, que desarrolla estrategias dirigidas a la reducción de las desigualdades sociales en salud en los territorios beneficiarios de la LdB. El Poble Sec de Barcelona es un barrio beneficiario de la LdB. Los objetivos de este estudio son: a) aplicar el proyecto Salut als Barris en Poble Sec, diseñando un plan participativo de actuación y evaluación y b) establecer una metodología replicable en otros barrios.

Métodos: Se utiliza un método de planificación basado en la Atención Primaria Orientada a la Comunidad y el Intervention Mapping. Comprende: Fase a) establecimiento de alianzas políticas y de grupo motor de agentes sociales; fase b) diagnóstico de necesidades; fase c) priorización de necesidades e intervenciones; fase d) diseño de intervenciones; fase e) diseño del plan evaluativo. Se enfatiza la participación comunitaria en todas las fases.

Resultados: Fase a) a finales de 2007, acuerdo entre Salud Pública municipal, Consorcio Sanitario de Barcelona y Distrito municipal y establecimiento de un grupo de agentes del barrio. Fase b) en 2008 se lleva a cabo un diagnóstico de necesidades mediante análisis de indicadores de salud y sociodemográficos, entrevistas a informantes clave, 4 grupos nominales (ciudadanos, profesionales sanitarios, sociales y representantes de entidades) e inventario de recursos. Fase c) con métodos participativos se priorizan los problemas de salud, se revisa la evidencia de efectividad de las intervenciones dirigidas a los problemas priorizados y se priorizan las intervenciones dirigidas a: promover la salud mental de cuidadores/as, la autonomía y la atención a mayores, prevenir la obesidad en niños/as, y prevenir el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes. Fase d) se elabora una matriz de objetivos y se planifican intervenciones de promoción de la actividad física para adultos, personas mayores, adolescentes y niños en parques, polideportivos, escuelas e institutos. Fase e) se diseña y

planifica una encuesta telefónica poblacional para establecer el nivel basal. Se prevé repetirla dos años después. Se diseñan instrumentos para las evaluaciones de proceso de las actividades.

Conclusiones: Hasta el momento el método ha permitido ordenar y simplificar la planificación participativa de las intervenciones de promoción de la salud y de reducción de las desigualdades sociales en el barrio. El grupo facilita también su implementación y la sostenibilidad a largo plazo. En el momento actual los agentes locales trabajan en el plan de evaluación global y en el pilotaje de las intervenciones.

O-056. PLAZA PARA LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA. EVIDENCIAS EN ACCIÓN LOCAL EN SALUD

M. Flores Muñoz, R. Piñero Cabanillas, J.D. Maya Viejo, A. Nieto Reinoso, L.G. Luque Romero, et al

Técnico de Educación para la Salud. DSSN; Técnico Comarcal. Centro Prevención de Drogodependencias; Director UGC Alcalá del Río; Director Gerente DSSN; Referente de Investigación. DSSN.

Antecedentes/Objetivos: Dos aspectos son fundamentales para la mejora en la salud y calidad de vida de la población de referencia: 1) Gestión de un buen gobierno local ("gobernanza") basada en la sinergia de los recursos disponibles y 2) Gestión para promover la participación ciudadana y sus modelos organizativos. El formato "Plaza para la Salud" realizado en los últimos quince años en 17 municipios de la Provincia de Sevilla (30 ediciones), valida el interés y resultados de este modelo de intervención. Consiste en un programa de acción intersectorial e interinstitucional dirigido a la sensibilización y la participación de la ciudadanía ante determinantes de salud (ejercicio físico, alimentación, tabaquismo...) mediante coordinación de campañas y actos que concluyen en la citada muestra. Objetivos: describir las experiencias denominadas "Plazas para la Salud" y analizar la eficacia y la eficiencia como medio para establecer redes intersectoriales estables.

Métodos: Intervención: "Plaza para la Salud y Calidad de Vida" celebradas en Municipios menores de 10.000 habitantes con red social y asociativa básica, que consiste en establecer alianzas previas con representantes municipales y técnicos/as, generando espacios de encuentro con colectivos y agentes. Se entiende el encuentro como marco de "negociación" con el fin de reorientar demandas vinculadas al ámbito asistencial, que precisa seguimiento y apoyo de los compromisos, pero sin generar nuevos costes relevantes. Se trata de orientar todas las acciones a una iniciativa "tangibile" y "comprensible" para todos los participantes. Se han definido indicadores y registros que permiten "evidenciar" y evaluar.

Resultados: 15 años, 17 localidades, 30 ediciones. Participaron 2.200 profesionales, 100 asociaciones y colectivos, 30.000 asistentes difundidas por Medios de Comunicación locales, provinciales y autonómicos y respaldadas institucionalmente por Salud, Diputación, Tráfico, Medio Ambiente y Agricultura.

Conclusiones: "Plaza para la Salud y Calidad de Vida" es cuestionable su viabilidad en grandes municipios, no garantiza cambios inmediatos en comportamientos de los destinatarios, pero sí asegura un proceso de aprendizaje mediante la acción para el desarrollo de la participación y del asociacionismo en la ciudadanía, orientados a la promoción de la salud.

O-057. RED DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE JEREZ. TRABAJO CON LOS MÁS DESFAVORECIDOS

P. Mentuy Isus, C. Campuzano González, C. López Armario, A. Castro Atienza, R. Muñoz Fernández, et al

Distrito AP Jerez Costa Noroeste; Cáritas; Centro de Día el Salvador; Ayuntamiento de Jerez.

Antecedentes/Objetivos: La Red de Integración Social de Jerez, nace hace 10 años, tiene como objetivos mejorar las condiciones de vida en personas con dificultades sociales y crear un espacio de encuentro, debate y colaboración intersectorial.

Métodos: Se dirige a personas con riesgo de exclusión social, sin techo y sin hogar (PSH) que concurren en los diversos recursos sociales. Trabajo en red, con interacción horizontal, que se aborda desde la mediación social de manera activa y sistemática, en base al compromiso e intersectorialidad. La integran representantes del Distrito Sanitario del Servicio Andaluz de Salud (SAS), Ayuntamiento, y de otras quince entidades relacionadas. Adhesión voluntaria aceptando sistemática y objetivos del acuerdo de adhesión. Se estructura en base a una Mesa de trabajo de todos los miembros y comisiones para objetivos específicos, con calendarización de reuniones y actas. Se aportan recursos desde cada entidad.

Resultados: Año 2008. 1) Comisión de Personas sin Techo: Intervención documentada en red en 48 personas (87,5% varones). 79% sin techo y 21% sin hogar. 44% se "normalizan" o resuelven, 25% están en proceso de intervención y 31% no se resuelven o recaen. Borrador consensado de protocolo de actuación con PSH con trastorno mental, entre entidades implicadas (policía, judicatura, fiscalía, ayuntamiento, SAS y otros). 2) Comisión de sensibilización: Jornadas de intercambio de información entre miembros de la red con 80 asistentes. Elaboración guía de recursos. Diseño logo red. Formación a diferentes colectivos. 3) Estimación del censo de PSH. Informe de necesidades al ayuntamiento. 4) Elaboración memoria histórica de la red. 5) Intercambio de información y noticia. 6) Colaboración en campañas de sus miembros: Sin techo de Cáritas, erradicación de la mendicidad infantil en la feria de Jerez, captación tarjeta sanitaria del SAS.

Conclusiones: Se obtienen resultados a medio plazo. En casi todos los casos reducción de daños. Se valoran como logros la coordinación y conocimiento entre instituciones, el intercambio de conocimiento, la optimización de recursos. Es un trabajo de calidad no de cantidad. Es un proceso de intervención, seguimiento, recaídas. Necesidad de evaluar para visualizar logros. Como debilidades: Mejorar seguimiento de los casos antiguos "normalizados" para evitar recaídas. Se podrían obtener mejores resultados, pero hay una serie de dificultades: No cumplen requisitos económicos de los baremos de acceso a vivienda. Alta exigencia en programas de adicciones. Dificultad al alta de programas de Tratamiento/ rehabilitación si no se ha trabajado la inserción laboral. Poca adherencia al tratamiento en personas sin recursos.

O-058. PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES EN JÓVENES EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL DE JAÉN

E. Guerrero, A. Viedma, A. Mercado, M.I. Sillero, M. Martín, B. Hermoso, L. Ballesteros, et al

Delegación Provincial Salud Jaén; EASP.

Antecedentes/Objetivos: Actualmente, uno de los desafíos en la Promoción de la Salud europea es llegar a los jóvenes situados fuera del sistema educativo formal. Los jóvenes que no han seguido un proceso de escolarización continuo o han presentado fracaso escolar son un grupo vulnerable a la enfermedad y a los comportamientos de riesgo (abuso de drogas, imprudencia en la conducción, conducta sexual de riesgo y/o con violencia, embarazos no deseados, trastornos alimentarios y violencia doméstica y de género, entre otros). Entre las prioridades del III Plan Andaluz de Salud está el trabajo de educación para la salud desde entornos socio-laborales y con personas en riesgo de exclusión social. Tanto las Escuelas Taller como los Recursos de Justicia para menores infractores son escenarios muy interesantes para hacer Promoción de la Salud, dado que los jóvenes que atienden son proclives a no adoptar hábitos de vida saludables que implican una disciplina de cumplimiento.

Métodos: En respuesta a las necesidades y demandas provenientes de profesionales de Empleo y Justicia, la Delegación Provincial de Salud de Jaén desarrolla en 2008 talleres de Sensibilización y Educación para la Salud, destinados al alumnado de estos Recursos y al profesorado que lo atiende. Jaén cuenta con 664.742 h. Durante el año 2008 existen 22 Escuelas Taller y 6 Recursos de Justicia (centros de internamiento y medidas judiciales externas).

Resultados: El diseño del programa incluye las siguientes áreas: Drogodependencias, Sexualidad, Alimentación, Educación vial y simulacro de accidentes de tráfico, Violencia, comunicación y afectividad, Higiene y enfermedades infecciosas, Inteligencia emocional. Al término de cada taller se pasó un cuestionario al alumnado, monitores/as y ponentes que valora comprensión, interés, utilidad y duración de los talleres. Incluye una valoración cualitativa sobre intereses en otras temáticas de salud. Se han realizado 34 talleres y se han beneficiado: Escuelas Taller (16-24 años): 52 alumnos/as y 42 monitores/as. Pilotaje en Ibros-Bejjar-Lupián y en Orcera-Torres. Justicia Juvenil (14 a 18 años): 70 menores y 30 monitores/as.

Conclusiones: El trabajo en los escenarios de Empleo y Justicia nos acerca a colectivos difíciles de abordar de otro modo. Se han creado nuevos entornos en el ámbito local que apoyan la salud de los jóvenes. Actualmente se trabaja en el diseño de nuevos métodos para valorar las necesidades y el impacto en salud de estas intervenciones, entre ellos, grupos de discusión con los jóvenes así como formas de abordaje más continuas e integradas en su proceso formativo. Para ello será necesario afianzar alianzas entre las distintas administraciones y mantener este espíritu de colaboración.

O-059. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD CON POBLACIÓN INMIGRANTE EN EL MUNICIPIO DE NIJAR

J.M. Garrido la Torre, E. Tudela Puertas, M. El Brigui, M. Ali Tamer, et al
Servicio Andaluz de Salud; Ayuntamiento de Nijar.

Antecedentes/Objetivos: En 2006 se realizó un estudio socio sanitario en el municipio de Nijar, clasificado como zona con necesidades de transformación social. Tenía una población de 27.000 habitantes (35% inmigrantes), distribuidos en 35 núcleos de población y atendidos en 14 centros sanitarios. Objetivo: realizar una estrategia de abordaje en salud para mejorar el acceso, conocimiento y atención dentro del sistema sanitario, así como actuaciones de promoción y prevención.

Métodos: Desde el ámbito local, se desarrollo un proyecto coordinado entre centros sanitarios, servicios sociales de ayuntamiento y otras instituciones. Se abordó la mejora de la comunicación entre población inmigrante y sistema sanitario, para ello se contrataron mediadores socio sanitarios con un proyecto financiado por el Ministerio de Trabajo e Inmigración y Ayuntamiento. Para el 2007 se contrataron dos mediadores. Las intervenciones realizadas en distintos espacios de atención fueron: talleres de sensibilización intercultural con profesionales, atención individual y en grupos informales para explicar el funcionamiento del sistema sanitario, mediación entre profesionales y población inmigrante tanto en la unidad de atención al ciudadano como en consultas y traducciones de documentos. Se desarrollaron actividades de promoción y prevención tales como: talleres socio sanitarios, teniendo en cuenta la perspectiva de género, grupos focales, jornadas de convivencia y actuaciones en programas de salud.

Resultados: En el año 2007 se realizaron dos talleres con 38 profesionales asistentes. Se atendieron a 1.688 usuarios a demanda y 242 en grupos informales. Se gestionaron 3.117 citas administrativas. Se hizo mediación en 4346 consultas, incluidas visitas domiciliarias. Se tradujeron 24 documentos. Se hicieron 5 talleres con inmigrantes, cuatro de salud reproductiva y sexual con mujeres (84

asistentes) y uno socio sanitario con hombres (57 asistentes); dos grupos focales con madres (18 asistentes) y jornadas de convivencia (190 asistentes).

Conclusiones: Estas actuaciones han permitido una mejora de la comunicación, consiguiendo mayor comprensión de los conceptos de salud y enfermedad en población inmigrante y unas relaciones normalizadas de ésta con los centros sanitarios. Ha mejorado la eficiencia en la gestión de recurso tanto de tipo administrativo como en la consulta de atención social y sanitaria. Tanto lo anterior, como la participación en actividades de promoción y prevención están influyendo en modificaciones de hábitos y conductas higiénico-sanitarias y en la atención materno-infantil.

O-060. MODELO DE INTERVENCIÓN "RIU": CONSTRUYENDO LO POSIBLE EN MITAD DEL "ESTO ES IMPOSIBLE"

J.J. Paredes Carbonell, A. Aviñó Juan-Ulpiano, R. Peiró Pérez, et al

Centre de Salut Pública de València; Associació Vincles Salut; Centre de Salut Pública d'Alzira.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es evaluar la efectividad de un modelo de intervención comunitaria "RIU" como instrumento de promoción de la salud en poblaciones o entornos altamente vulnerables. "RIU" plantea uno o varios ciclos de selección, capacitación y acción de agentes de salud de base comunitaria, centrando el proceso en las necesidades de la población y en una metodología participativa.

Métodos: Población: Fueron seleccionadas 11 mujeres, inmigrantes rumanas, que residían en Alzira un mínimo de 2 años, siguiendo el modelo "RIU". 8 de ellas estaban casadas o tenían pareja e hijos y estaban laboralmente en activo. 9 de las mujeres finalizaron el proceso. Diseño: cuasiexperimental sin grupo control, con tres momentos de observación alternados con dos de intervención. La duración fue de 16 semanas. Intervención 1: capacitación de las mujeres seleccionadas a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje de 30 horas de duración. Intervención 2: actuación de las mujeres como agentes de salud, a través de dos tipos de acciones: las informales, conversaciones en el ámbito cotidiano y las educativas grupales, preparación y realización de una sesión grupal educativa sobre salud entre sus iguales. Recogida de información: en la observación 1, se utiliza una dinámica de grupo para obtener información sobre necesidades en salud. En la observación 2, se utiliza un cuestionario autocumplimentado; la observación 3, se realiza a través de una hoja de registro en las acciones informales y, a través de una dinámica de grupo en la sesión educativa grupal.

Resultados: En la observación 1, las mujeres expresaron necesidades de información sobre salud, dificultades de acceso a servicios y desconocimiento de su funcionamiento, así como tener una escasa red social. Tras la primera intervención, la observación 2 mostró un aumento de conocimientos en salud, de capacidad en la toma de decisiones en relación al autocuidado y en la utilización de servicios. Las mujeres verbalizaron que el grupo se había convertido en un espacio de relación interpersonal. La observación 3, mostró su capacidad en la preparación de la sesión educativa que lideraron como agentes de salud, plantearon entre sus iguales la accesibilidad a los servicios de salud, expresaron reconocimiento y utilidad social en su nuevo rol. Un resultado no esperado fue la colaboración técnica remunerada en la adaptación cultural de un material divulgativo sobre embarazo y puerperio por la Dirección General de Salud Pública.

Conclusiones: El modelo RIU se ha mostrado efectivo para aumentar conocimientos en salud y en el acceso y funcionamiento de los servicios, así como para ampliar la red social de las participantes y su reconocimiento como agentes de salud.

COMUNICACIONES ORALES XI

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 18:00 a 19:30 h

Acceso y uso de servicios sanitarios por la población inmigrante

O-061. UTILIZACIÓN HOSPITALARIA POR PARTE DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE. ARAGÓN, 2004-2007

W. Ben Cheikh, J.M. Abad Díez, F. Arribas Monzón, M.J. Abad Subirón, et al

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Aragón; Servicio de Evaluación, Acreditación y Calidad, Departamento de Salud y Consumo – Gobierno de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: La adecuación de los servicios sanitarios a las nuevas necesidades y demandas de la población inmigrante requiere analizar el perfil de utilización de nuestros servicios sanitarios por parte de esta población. Objetivos: describir la evolución del perfil de utilización hospitalaria de la población inmigrante desde el punto de vista de las características demográficas, del consumo de estancias hospitalarias, y de la casuística. Comparar el perfil de los pacientes y la utilización hospitalaria entre esta población y la población autóctona durante el periodo 2004-2007.

Métodos: Se analizaron las altas del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta hospitalaria en los nueve hospitales públicos agudos en la Comunidad Autónoma de Aragón entre 2004 y 2007. Se cruzó esta base con la Base de Datos de Usuarios, para identificar nacionalidad y país de origen de los pacientes. Se describió y se comparó las características demográficas y la casuística entre usuarios de nacionalidad española e inmigrantes. Para ello se utilizó la prueba de t de Student y la prueba de chi-cuadrado. Se calcularon las tasas de utilización cruda y ajustada por edad. Para la estimación de la razón de tasas de utilización y sus intervalos de confianza al 95% con respecto a la población autóctona, se utilizó la regresión de Poisson.

Resultados: El porcentaje de las altas hospitalarias que corresponden a la población inmigrante se ha incrementado entre 2004 y 2007, pasando del 3% del total de altas en 2004 al 5,8% del total de altas en 2007. La tasa de utilización fue siempre menor en la población inmigrante, incluso después de ajustar por edad. (Tasas de utilización ajustadas por 10.000 personas-año: 389 vs 632, 419 vs 620, 477 vs 693 y 454 vs 727, respectivamente en 2004, 2005, 2006 y 2007). Las razones de tasas fueron menores a 1 en todos los años y rangos de edad. Sin embargo, las tasas de utilización en inmigrantes menores de 15 años tienden a aproximarse a las de la población nacional. El diferencial de demanda de servicios sanitarios de la población inmigrante respecto a la población autóctona viene determinado básicamente por sexo, edad y su mayor tasa de fecundidad. Hay diferencias estadísticamente significativas con respecto a la casuística hospitalaria entre la población inmigrante y la población autóctona, con una menor complejidad de las altas hospitalarias.

Conclusiones: El análisis de las altas hospitalarias de población inmigrante en nuestra Comunidad autónoma, refleja una población joven con tasa de fecundidad alta, y una tasa de utilización hospitalaria más baja que la de la población autóctona, excepto en el grupo de menores de 15 años.

O-062. IMPACTO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE SOBRE LA CASUÍSTICA QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Buron, F. Cots, C. Iniesta, A. Sancho, X. Castells, et al

UD IMAS-UPF-ASPB, Barcelona; Hospital del Mar, Barcelona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Existen pocos estudios que analicen la relevancia de la población inmigrante en el ámbito quirúrgico hospitalario, ya que la mayoría se centran en el análisis de las urgencias hospitalarias y atención primaria. El objetivo de este estudio es describir el impacto de la población inmigrante sobre la casuística quirúrgica del Hospital del Mar de Barcelona.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo cuyas fuentes de datos son los registros de toda la actividad quirúrgica del hospital del Mar de los años 2002, 2005, 2006 y 2007. Se comparan las altas quirúrgicas urgentes y programadas de inmigrantes con las de autóctonos, estudiando la distribución por sexo y edad, los DRGs (Diagnostic Related Groups) más frecuentes, la complejidad medida a través del peso relativo, y las altas correspondientes a procedimientos en lista de espera. Se considera inmigrante toda persona nacida en un país diferente a España.

Resultados: Los inmigrantes representan en el año 2007 el 11,3% del total de altas quirúrgicas (AQ, 14.023), el 24,4% de las urgentes (AU, 2.513) y el 8,4% de las programadas (AP, 11.510), cifras que han aumentado desde el 2002. En comparación, en 2007 los inmigrantes suponen el 15,7% de la población de Barcelona. La actividad quirúrgica total aumenta un 21,0% del 2002 al 2007, siendo este crecimiento relativo más marcado en la programada y en la de inmigrantes. Las AQ de inmigrantes corresponden en su mayoría a personas entre 19 y 65 años, razón por la cual se restringe parte del análisis a este grupo de edad. Si consideramos este tramo de edad, los inmigrantes representan el 21,1% de las AQ, el 38,8% de las AU y el 16,0% de las AP. El porcentaje de complejidad que representan las AQ de inmigrantes sobre el total (18,2%) es menor que el que representan numéricamente. El peso relativo medio de las AU de inmigrantes es significativamente menor que el de nacionales, no habiendo diferencias entre los pesos de AP. En el ranking de los 10 DRGs más frecuentes de AU prevalecen los relacionados con patología obstétrica en los inmigrantes, mientras que no hay diferencias en las AP. El porcentaje de inmigrantes en las intervenciones con lista de espera es menor del esperado, y se concentra en algunas intervenciones.

Conclusiones: El impacto que tiene la población inmigrante sobre la casuística hospitalaria es menor del esperado según su representación poblacional, pero está creciendo. Tienen mayor importancia relativa en la cirugía urgente y su aportación a la complejidad y la lista de espera es en general baja. En el futuro se debería plantear una mayor presencia de los programas de mediación cultural en el ámbito quirúrgico.

O-063. ATENCIÓN SANITARIA A LA POBLACIÓN INMIGRANTE AFRICANA CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN EL PONIENTE ALMERIENSE

E. González, A. Díez, I. Martínez, L.A. López, J. Vázquez, P. Baraza, R. García, P. Espejo, G. Fernández, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Empresa Pública Hospital de Poniente; Distrito Sanitario Poniente de Almería.

Antecedentes/Objetivos: Proyecto colaborativo entre el Hospital de Poniente, Distrito Poniente y Escuela Andaluza de Salud Pública. En el equipo técnico del proyecto, formado por profesionales de las tres instituciones, surge la preocupación por conocer cómo se está llevando a cabo la atención a patologías crónicas en inmigrantes. Se pretende favorecer el conocimiento mutuo entre inmigrantes y profesionales, facilitando la comprensión de las distintas perspectivas adoptadas y de las expectativas depositadas en el proceso de atención a los problemas crónicos de salud para así mejorar la calidad y efectividad de la atención sanitaria.

Métodos: Investigación-acción. Diseño descriptivo y cualitativo basado en entrevistas en profundidad: 25 a profesionales del distrito y hospital y 25 a personas inmigrantes africanas residentes en la zona

con algún tipo de patología crónica (diabetes e hipertensión principalmente). Se ha realizado un análisis de contenido.

Resultados: Profesionales e inmigrantes consideran que la accesibilidad es óptima. El diagnóstico de procesos crónicos suele deberse a manifestaciones agudas de las enfermedades más que a su detección temprana. Profesionales: 1. Sensación de atender peor a la población inmigrante que a la autóctona. 2. Voluntarismo en la aplicación de estrategias. 3. La barrera del idioma, seguida de la cultura es señalada como la principal dificultad. 4. Describen en especial problemas en el cumplimiento del tratamiento debido a factores sociales, culturales o hábitos. Inmigrantes: 1. Se conoce el derecho a la asistencia sanitaria, pero no la oferta de servicios, ni el funcionamiento del sistema y el ejercicio del derecho. 2. Con el tiempo mejora el conocimiento de la enfermedad, así como el seguimiento y adherencia al tratamiento. 3. Expresan dificultad para seguir dietas y existen creencias erróneas sobre determinados alimentos. 4. Manifiestan dificultad en la comprensión de la cronicidad.

Conclusiones: Aunque existen ciertas cuestiones diferenciales, la atención a inmigrantes pone de manifiesto y resalta algunas de las carencias y puntos débiles de los servicios de salud. Profesionales y pacientes comparten: la conveniencia de contar con grupos de apoyo para las personas que padecen una enfermedad crónica, la necesidad de formación en competencias interculturales para profesionales sanitarios, la utilidad de los servicios de mediación o traducción y de recursos socio sanitarios coordinados intersectorialmente. Los profesionales reivindican más tiempo y personal, y los usuarios la adaptación de los servicios a la interculturalidad (horarios, protocolo de acogida, etc.).

Financiación. Servicio Andaluz de Salud.

O-064. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS EXTRANJEROS ATENDIDOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL ÁREA DE OVIEDO

N. Larreinaga Ulloa, J.C. Alonso Lorenzo, A. Cueto Espinar, et al

*Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo;
Gerencia de Atención Primaria de Oviedo (SESPA).*

Antecedentes/Objetivos: La población extranjera residente en Asturias se ha incrementado notablemente los últimos años, especialmente en la zona central, correspondiente con el Área Sanitaria de Oviedo. Existen evidencias de que pueden existir dificultades de acceso a los servicios sanitarios por parte de esta población y de la necesidad de valorar si éstos se adecuan a las necesidades de esta población. Objetivo: describir las características sociodemográficas de la población extranjera, mayor de 15 años, atendida en el Servicio de Urgencias Hospital Central de Asturias (Oviedo) durante el año 2007.

Métodos: Estudio descriptivo transversal sobre la totalidad de las consultas atendidas a mayores de 15 años que acudieron al Servicio de Urgencias generales del Hospital Central (única referencia pública para el Área de Oviedo: 328.838 habitantes) y que no tenían acreditada la nacionalidad española. Se recogió la información en base a los registros de Admisión. Se recogieron las variables edad, nacionalidad, idioma, tarjeta sanitaria, Área y Zona de Salud de procedencia e ingreso. Se calculó frecuencia de repetición. Se realizaron estadísticos descriptivos de las variables señaladas y se calculó la Tasa de Uso comparándola con la global del hospital.

Resultados: Se produjeron 6391 consultas de personas extranjeras, 6,95% del total de urgencias, con una media de edad = 39,3 (DE 16,1); el 50,3% eran mujeres, el grupo de edad más frecuente fue el de 25 a 29 años (16,5%), el 54,2% de origen latinoamericano, el país originario más frecuente Ecuador (13,9%); el 58,7% de los casos procedía del Área Sanitaria de Oviedo; el 99,0% entendía castellano; EL 63,1% tenía Tarjeta Sanitaria, el 25,2% acudió en más de una ocasión y el 8,5% causó ingreso. La tasa de uso en extranjeros fue 506,3 (IC95%:

497,3-515,2) y en no extranjeros 303,8 (IC95%: 302,1-305,5) consultas por mil habitantes teóricos y año, en el caso de mujeres extranjeras el resultado fue 481,3 (IC95%: 469,3-494,4) y en hombres 587,2 (IC95%: 573,9-600,4).

Conclusiones: Las características de la población extranjera que acude a Urgencias (población más joven, con ligero predominio femenino y mayoritariamente hispanohablante) se corresponden con las características de este colectivo en Asturias. La tasa de ingreso es la mitad de la general del hospital. Es posible que exista una sobreutilización de este servicio, si bien el volumen de casos en que no se puede identificar el Área de procedencia y la dificultad para contar con denominadores precisos puede estar sobreestimando el grado de uso. Deberá estudiarse si el uso de urgencias para problemas banales se debe a desconocimiento o desconfianza respecto a otros dispositivos sanitarios u otras razones.

O-065. PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA QUE ACUDE A URGENCIAS HOSPITALARIAS

N. Larreinaga Ulloa, J.C. Alonso Lorenzo, A. Cueto Espinar, et al

*Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo;
Gerencia de Atención Primaria de Oviedo (SESPA).*

Antecedentes/Objetivos: El crecimiento de la inmigración ha provocado un profundo debate sobre su impacto en los servicios de salud, por ello se hace necesario conocer los problemas de salud de la población extranjera e identificar el dispositivo sanitario más adecuado para su atención. En este contexto se ha desarrollado este trabajo, con el Objetivo de describir los Problemas de Salud por los que acude la población extranjera mayor de 15 años al Servicio de Urgencias Hospital Central de Asturias.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. A partir del registro del Servicio de Urgencias Generales del hospital de 2007 se seleccionaron las urgencias atendidas a población extranjera (6.391) y se obtuvo una muestra por Muestreo Aleatorio Simple, cuyo tamaño se determinó en base a: proporción esperada = 0,16; error = 0,025; riesgo asoc. Z = 0,05; la muestra se incrementó un 15% resultando n = 841. Se revisaron los registros de urgencias y los de alta hospitalaria, en su caso. Los diagnósticos se codificaron utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión y la Clasificación Internacional de Atención Primaria-2. El análisis estadístico consistió en la agregación de códigos y la obtención de distribuciones de frecuencias, tanto globales como estratificadas por edad y género.

Resultados: Se pudo disponer de 679 registros con información clínica para la codificación (80,7%). Las primeras causas de consulta según Ciap-2 fueron Infección respiratoria de tracto superior 4,6% (IC95%: 3,0-6,2) y laceración/herida incisa 4,5% (IC95%: 2,9-6,0), en mujeres la primera causa fue cistitis 5,3% (IC95%: 3,1-7,6). Por capítulos el apartado más relevante fue aparato locomotor tanto en conjunto: 20,3% (IC95%: 17,5-23,1) como para ambos géneros. Empleando CIE10 agrupada en categorías, las de mayor peso en global son la XIX (Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas): 22,2% (IC95%: 19,1-25,4) y la XVIII (Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio): 19,4% (IC95%: 16,5-22,4); en los hombres la primera categoría es la XIX: 26,2% (IC95%: 21,6-30,7) y en la mujeres la XVIII: 22,2% (IC95%: 17,6-26,7). El 10,6% de las urgencias finalizaron en ingreso, correspondiendo el mayor peso al grupo de enfermedades del aparato digestivo (27%).

Conclusiones: El perfil de los problemas de salud atendidos es el característico de una población más joven de la que habitualmente recurre a los servicios de urgencia. Las primeras causas a nivel de epígrafe diagnóstico de consulta y de Categorías agrupadas son similares a los resultados en población autóctona, destaca la relevancia de problemas vinculados a traumatismos y al aparato locomotor, tal vez en relación con las condiciones de este colectivo.

O-066. LA PERCEPCIÓN DE LAS BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO POR PARTE DE LOS USUARIOS INMIGRANTES

A. Buron, F. Cots, C. Saurina, X. Castells, L. Vall-Llosera, M. Saez, et al

Unitat Docent IMAS-UPF-ASPB, Barcelona; SAEC, Hospital del Mar, Barcelona; GRECS, Universitat de Girona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Estudios de utilización en nuestro contexto así como la experiencia de otros países llevan a pensar que los inmigrantes afrontan barreras de acceso al sistema sanitario. La metodología cualitativa posibilita la aproximación al conocimiento profundo de la interacción del sistema sanitario nacional con las costumbres y culturas de los usuarios inmigrantes. El objetivo de este estudio es conocer las barreras de acceso percibidas por el colectivo de usuarios inmigrantes.

Métodos: Investigación cualitativa de enfoque fenomenológico y tipo descriptivo y exploratorio realizada en cuatro ciudades de Cataluña durante el año 2008. La población de estudio fueron usuarios de urgencias hospitalarias y centros de atención primaria procedentes de Pakistán, Colombia, Marruecos, Rumania y Senegal, así como representantes sociales y mediadores culturales de dichos países. Se diseñó una muestra teórica de informantes, con el país de origen y tipo de informante como criterios de segmentación; y el sexo, paternidad/maternidad, regularidad administrativa, y tiempo de estancia en el país como criterios de variabilidad máxima. Se recogieron los datos mediante aproximadamente 40 entrevistas individuales en profundidad, recurriendo a un traductor en caso necesario. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente; realizando posteriormente un análisis narrativo del discurso.

Resultados: Datos preliminares muestran que en general existe una buena opinión de los servicios sanitarios por parte de los usuarios inmigrantes entrevistados. Las principales barreras detectadas fueron las dificultades de idioma, la espera, los trámites burocráticos y en algunos casos la falta de información. El círculo social es la principal, y a menudo única, fuente de información sanitaria. La figura del acompañante es fundamental para superar una gran parte de las barreras, y valoran positivamente la figura del mediador, aunque describen carencias. Ocasionalmente perciben situaciones de discriminación en el entorno sanitario. Los relatos de los mediadores y representantes añaden una visión más global y estructurada de los mismos problemas que relatan los usuarios.

Conclusiones: Los inmigrantes que residen en Cataluña consideran que existen barreras para acceder a los servicios sanitarios, que en cierto modo justifican la manera de utilizar los mismos. Los resultados de este estudio serán utilizados en el diseño de un cuestionario sobre utilización de servicios sanitarios y barreras en el mismo contexto, así como para poder interpretar los resultados de dicho estudio cuantitativo.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), proyecto 07/0156.

COMUNICACIONES ORALES XII

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 18:00 a 19:30 h

Cribado de cáncer de mama y colorrectal

O-067. BENEFICIO-RIESGO EN 10 PROGRAMAS CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA (PCCM), COMPARANDO MUJERES 45-49/50-54 AÑOS

D. Salas, J. Ibáñez, J. Velarde, R. Román, M. Sala, N. Ascunce, R. Zubizarreta, X. Castells, et al

DGSP Conselleria de Sanitat Valencia; SEEC IMIM H. del Mar Barcelona CIBER Epidemiología SP; SDP Instituto Salud Pública Navarra; SPPC Consellería de Sanidade Galicia.

Antecedentes/Objetivos: Los PCCM presentan beneficios para las mujeres participantes pero presentan también algún efecto adverso siendo importante el riesgo de ser falso positivo (FP): estudios clasificados como positivos que requieren de exploraciones adicionales cuyo resultado final es negativo. 10 PCCM participan en un estudio para estimar la probabilidad acumulada de presentar al menos un FP en un cribado mamográfico (RAFP). 4 PCCM inician el primer cribado a los 45 años, el resto se inicia a los 50. La evidencia muestra una disminución en la mortalidad en las mujeres de 40-49 años aunque algo menor que en el grupo de 50 años. Por ello es relevante analizar la magnitud de FP comparando ambos grupos. Objetivo: comparar efectos adversos y beneficios de los PCCM participantes en el proyecto RAFP, según la cohorte de edad: 45-49 años frente a 50-54 años.

Métodos: Se analizan los datos de cribado mamográfico del RAFP 4.804.032 cribados. Se realiza un análisis descriptivo comparando la tasa de FP de la valoración adicional (VA), tasa de FP de pruebas invasivas (PI), tasas de detección y valor predictivo (VP) de VA y PI en mujeres entre los 45-49 años, 50-54 años. Se ha diferenciado si el cribado ha sido inicial (prevalente) o sucesivo (incidente). Se ha realizado el test de χ^2 para valorar la relación de dependencia.

Resultados: En el cribado inicial tenemos 442.876 cribados entre 45-49 años y 483.404 entre 50-54 años. La tasa de FP de IVA es del 11,07% para el grupo más joven y 7,44% para el de 50-54, siendo la tasa de FP para las PI del 1,09% y de 0,98%. La tasa de detección es de 3,2 y 3,7 por mil mujeres en cada grupo con un VP de VA de 2,64 y 4,40 y un VP de la PI de 20,75 y 25,33 en las dos cohortes. En el cribado sucesivo 307.873 cribados son del grupo de edad de 45-49 y 753.175 del de 50-54 años. La tasa de FP de VA es 7,61% y 4,73% siendo la tasa de FP para PI del 0,41% y 0,31% con una tasa de detección de 2,4 por mil estudios en ambas cohortes, siendo esta la única diferencia estadísticamente no significativa. El VP de VA es de 2,91 y 4,61 y el VP de las PI es del 34,29 y 41,10 respectivamente.

Conclusiones: El principal efecto adverso del cribado es la tasa de FP para PI, las diferencias entre ambos grupos son pequeñas. El beneficio esperado depende de la tasa de detección y ésta es muy similar en ambos grupos. La mayor diferencia observada entre grupos, tanto en cribado inicial como en sucesivo es la tasa de FP de las PNI. Es importante analizar este efecto como probabilidad acumulada de FP para ver si en el tiempo estas diferencias se profundizan o disminuyen.

Financiación. FIS.

O-068. CONCORDANCIA INTER E INTRA RADIÓLOGO EN LA LECTURA DE MAMOGRAFÍAS DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

A. Redondo, M. Comas, F. Macià, X. Castells, E. Molins, M. Casamitjana, R. Carlos, F. Ferrer, et al

Hospital del Mar-IMIM (SAEC); IDIMAS-CRC-Mar; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB; Universidad de Michigan; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La mamografía es la prueba diagnóstica utilizada en los programas de detección precoz de cáncer de mama. La fiabilidad de esta prueba depende entre otros factores, de las variaciones de interpretación inter e intraobservador. El objetivo del estudio es analizar la concordancia inter e intra radiólogo en diferentes aspectos de la lectura mamográfica.

Métodos: Se realizaron, durante un periodo de tres años, 33.435 mamografías analógicas a mujeres de 50 a 64 años asintomáticas que participaron en un programa de cribado de cáncer de mama de Barcelona. Se seleccionó una muestra de conveniencia de 100 mamografías.

grafías que cumplían los requisitos mínimos de calidad de la imagen y que incluían los posibles resultados de un programa de cribado. Éstas fueron leídas de manera independiente y consecutiva por 21 radiólogos expertos en lectura mamográfica de las unidades radiológicas de cribado de Cataluña. Además, cada mamografía fue leída dos veces por cada radiólogo con un periodo de blanqueamiento de 6 meses. El resultado de las lecturas se informaba siguiendo el sistema descriptivo BIRADS obteniendo información sobre las variables resultado (positivo si el BIRADS era III, 0, IV o V y que conlleva pruebas adicionales para la mujer, y negativo para BIRADS I y II) y densidad de la mama con las categorías: grasa, fibroglandular, heterogénea y densa. Se calculó el porcentaje de concordancia y el índice kappa (κ) ponderado inter e intra radiólogo para cada variable de interés.

Resultados: Se obtuvo para la variable resultado un porcentaje de concordancia inter radiólogo de 55,7% y un $\kappa = 0,58$ (IC95% 0,57-0,59) al comparar las 6 categorías de BIRADS. Al comparar BIRADS I-II con BIRADS III-0-IV-V el porcentaje de concordancia fue de 77,2% y el $\kappa = 0,53$ (IC95% 0,52-0,54). El porcentaje de concordancia y el índice kappa intra radiólogo para las dos comparaciones fue de 66,7% y $\kappa = 0,72$ (IC95% 0,69-0,75) y 83,7% y $\kappa = 0,66$ (IC95% 0,63-0,70) respectivamente. Las discordancias entre las categorías que generan cambios en la decisión clínica fueron: I-II/III (28,6%), I-II/0 (24,7%) y I-II/IV-V (12,9%). Para la variable densidad de la mama el porcentaje de concordancia y el κ inter e intra radiólogo fue de 61,4% $\kappa = 0,73$ (IC95% 0,72-0,74) y 57,1% $\kappa = 0,69$ (IC95% 0,68-0,70) respectivamente.

Conclusiones: El grado de acuerdo inter e intra radiólogo en la interpretación mamográfica de las variables resultado y densidad de la mama ha sido aceptable. Sin embargo sería importante conocer qué factores generan las discordancias encontradas, puesto que influyen en la decisión clínica.

O-069. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE PARTICIPACIÓN, CAPTACIÓN, DERIVACIÓN HOSPITALARIA Y DETECCIÓN EN EL PDPCM EN EL DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA SUR

M. Farouk Allam, M.S. Arroyo Oteros, J. González Lama, J.M. Caballero Lanzas, et al

Distrito Sanitario Córdoba Sur.

Antecedentes/Objetivos: El Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) se implantó en el Distrito Sanitario Córdoba Sur finales del año 1999. El objetivo de este estudio es conocer la evolución de las tasas de participación, captación, derivación hospitalaria y detección a lo largo de 4 ediciones del programa.

Métodos: Estudio descriptivo. Se calcularon tasas de participación (mujeres exploradas/población elegible), tasas de captación (mujer que acuden/ población elegible) y tasas de derivación hospitalaria en porcentaje, además de tasas de detección (número de mujeres diagnosticadas de tumor maligno x 10^3 /número de mujeres mamografiadas) en el Distrito Sanitario Córdoba Sur y por Zonas Básicas de Salud.

Resultados: La población elegible fue de 17.058, 16.423, 18.101 y 20.493 para las 4 ediciones, respectivamente. Las tasas de participación del Distrito fueron de 73,9% (primera edición), 77% (segunda edición), 76,2% (tercera edición) y 76,2% (cuarta edición), sin ninguna diferencia significativa. Las tasas de captación del Distrito fueron de 82% (primera edición), 78,8% (segunda edición), 78,2% (tercera edición) y 77,9% (cuarta edición), sin ninguna diferencia significativa. Las tasas de derivación hospitalaria del Distrito fueron de 7,8% (primera edición), 4,4% (segunda edición), 6,3% (tercera edición) y 6,7% (cuarta edición). Las tasas de detección del Distrito fueron de 4,68 (primera edición), 2,21 (segunda edición), 2,97 (tercera edición) y 1,47 (cuarta edición). Desde que comenzó el programa (octubre de 1999) se han detectado 162 tu-

moreos malignos con una tasa de detección global del 7,13 por 10^3 mujeres mamografiadas.

Conclusiones: El PDPCM en el Distrito Sanitario Córdoba Sur ha obtenido unas tasas de participación y de captación más altas de las marcadas por la Conserjería de Salud de Andalucía. Esto ha permitido el diagnóstico temprano de 162 mujeres con tumores malignos, lo que su pone una mejora en el pronóstico y la calidad de vida de las pacientes. Se recomienda llevar a cabo un estudio para valorar la disminución de la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres sometidas a detección precoz, en comparación con las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, en el mismo periodo, que no participaron en el programa.

O-070. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES QUE ACCEDEN A LA UNIDAD DE MAMA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Roldán, A. Ramos, E. Sánchez-Cantalejo, R. López, J. De León, M. Conde, et al

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La Unidad de Mama de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (HHUUVR) fue la que más cánceres de mama intervino de Andalucía en 2005 y 2006. A ella se accede fundamentalmente a través de dos vías, el Programa de Detección Precoz (PDP) y el Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PAI). Objetivo: describir y realizar un análisis comparativo de las características de las mujeres procedentes del Registro Hospitalario de cáncer de mama del PDP y de las incorporadas a través del PAI en los HHUUVR en 2006.

Métodos: Estudio de diseño transversal cuyo ámbito de estudio es la Unidad de Mama de los HHUUVR. Se estudiaron aquellas mujeres derivadas en el año 2006 desde el PDP o PAI a la Unidad de Mama de dicho hospital diagnosticadas de cáncer de mama para ser intervenidas quirúrgicamente. Las principales variables recogidas fueron las características de las mujeres (edad, origen de derivación) y de los tumores diagnosticados en ambos grupos (detección, tipo histológico, tamaño, estadio, tipo de intervención quirúrgica) a partir de los datos extraídos de las Historias Clínicas y del Registro Hospitalario. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS. Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias para las variables cualitativas y de medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. Para el análisis bivariable se utilizó el test de chi-cuadrado, con cálculo de la fuerza de asociación mediante OR y cuando fue posible se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados: El número total de mujeres derivadas a la Unidad de Mama en 2006 fue de 265, procedentes 118 del PDP y 147 del PAI. El porcentaje de detección de cáncer de mama fue del 64,4% para el PDP y 31,5% para el PAI (OR 0,25). El diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue el carcinoma invasor (80,3% PDP, 91,1% PAI). Fueron detectados con un tamaño inferior a 2 cm el 73,5% de los tumores del PDP frente al 34,3% del PAI (OR 0,078), y con un estadio local 82,9% y 56,3% respectivamente (OR 0,26). Se realizó intervención conservadora en el 77,6% de mujeres del PDP y en el 51,1% del PAI (OR 3,3). El análisis multivariante no aportó información relevante por el reducido tamaño de la muestra.

Conclusiones: En el PDP se detectó una mayor proporción de cáncer que en el PAI pero con un mejor pronóstico. Esto se observó al detectar la mayoría de los tumores en un estadio local, con un tamaño menor de 2 cm y la presencia de RP positivos, y se reflejó en la realización de intervenciones quirúrgicas más conservadoras.

O-071. ADHERENCIA AL PROGRAMA POBLACIONAL DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL EN CATALUÑA

M. García, N. Díaz-Milà, G. Binefa, M. Navarro, M. Peris, J.M. Borràs, et al

Servicio de Prevención y Control del Cáncer, Instituto Catalán de Oncología; Plan Director de Cáncer de Cataluña, Departamento de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El beneficio y la efectividad de cualquier programa de cribado dependen en gran medida de la aceptación de la población al programa. Por tanto, es esencial una participación elevada y de forma continuada durante todo el periodo de cribado. El objetivo del estudio fue analizar los factores asociados con la participación sucesiva de un programa de cribado de cáncer colorrectal basado en la prueba de detección de sangre oculta en heces, y dirigido a hombres y mujeres entre 50 y 69 años.

Métodos: Estudio de seguimiento de los participantes del programa de detección precoz de cáncer colorrectal de Hospitalet de Llobregat en el año 2004 (ronda basal) y que fueron invitados de nuevo en el 2006. Se excluyeron para el análisis a los hombres y mujeres de 50 a 69 años cuyo resultado en la prueba de cribado en el 2004 había sido positivo. Se analizó la asociación de los siguientes factores: reclutamiento basal (participación en el año 2004 tras el envío de la primera invitación, participación tras el envío de un recordatorio), resultado en la ronda basal (resultado incompleto, resultado negativo), número de kits de sangre oculta en heces realizados en la ronda basal (≥ 2 kits, 1 kit), experiencia previa de cribado colorrectal (no, sí), área básica de salud, sexo y edad (continua). Respecto al análisis, se estimó la odds ratio (OR) e intervalo de confianza (IC) del 95% de la adherencia al programa de cribado mediante modelos de regresión logística.

Resultados: El 87,0% de los participantes del programa de cribado de cáncer colorrectal en el 2004 realizaron de nuevo la prueba a los dos años. Entre las variables asociadas con la adherencia, destacamos la experiencia previa (anterior al 2004) en el cribado de cáncer colorrectal (OR = 3,18; IC95: 2,88-4,11), haber finalizado el proceso de cribado en la ronda basal (OR = 4,20; IC95%: 3,46-5,09), haber utilizado un único kit de sangre oculta en heces (OR = 1,24; IC95%: 1,04-1,47) y haber participado en la ronda basal tras la primera invitación (OR = 2,06; IC95%: 1,83-2,30).

Conclusiones: La adherencia al programa es un indicador de la satisfacción de los usuarios, que en nuestro caso consideramos adecuada. Por tanto, los esfuerzos deberían centrarse en desarrollar estrategias dirigidas a promover y aumentar la participación inicial en el programa de cribado de cáncer colorrectal.

Financiación. Red Temática de Investigación Cooperativa en Cáncer (RD/06/0020/0089).

O-072. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE CÁNCER COLORRECTAL DETECTADOS EN UNA POBLACIÓN CON UN PROGRAMA DE CRIBADO

G. Binefa, M. Navarro, M. Vanaclocha, F. Losa, E. Fernández, M. Peris, et al

Servicio de Prevención y Control del Cáncer, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona; Hospital General de L'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer colorrectal (CCR) es un importante problema de salud pública dada su alta incidencia y mortalidad. Aunque el CCR cumple con los criterios establecidos por la OMS para ser objeto de cribado, se ha demostrado ampliamente la eficacia del cribado mediante la prueba de detección de sangre oculta

en heces y la Unión Europea ha recomendado la implementación de programas de cribado, en España aún son pocas las CCAA que lo ofrecen. Cataluña fue la primera en iniciar el cribado de CCR en el año 2000 en el municipio de l'Hospitalet de Llobregat. Conocer las características de los casos de CCR detectados y no detectados mediante dicho programa puede ayudar a analizar los beneficios que el cribado de CCR podría tener sobre la población. Objetivo: identificar los CCR diagnosticados en l'Hospitalet de Llobregat y determinar las características de aquellos detectados dentro del programa de cribado.

Métodos: Incluimos en el estudio los pacientes con 50-69 años diagnosticados de adenocarcinoma primario de colon y recto entre los años 2000-2005, periodo durante el cual se llevaron a cabo dos rondas dentro del Programa de Cribado. La identificación se realizó a través del registro de cáncer de los 2 hospitales que cubren la población. Según la participación en el programa, los pacientes se clasificaron en A) no participantes; B) diagnosticados mediante cribado; C) participantes con resultado negativo y D) participantes sin finalizar el proceso. Los carcinomas intramucosos (pTis) se etiquetaron como estadio 0. Se denominó cánceres de intervalo a los detectados después de un resultado del test negativo y antes de un cribado posterior.

Resultados: Se diagnosticaron 510 CCR de los cuales, el 88% habían sido invitados al programa de cribado. El número de pacientes según los diferentes grupos fue: A) 350 (77,9%), B) 58 (12,9%), C) 29 (6,5%) y D) 12 (2,7%). Observamos en el grupo de cribado una mayor proporción de casos localizados en el colon (89,7% vs 66,2%, $p < 0,001$), asintomáticos (63,8% vs 5,3%, $p < 0,001$) y en estadios precoces (75,9% vs 42,9%, $p < 0,001$).

Conclusiones: Las características de los CCR identificados en el programa de detección precoz de CCR de l'Hospitalet de Llobregat, frente a los diagnosticados clínicamente, pone de manifiesto el beneficio de un cribado poblacional, de manera que el cribado detecta mayor proporción de pacientes en estadios precoces. Son necesarias políticas sanitarias que potencien la extensión y participación informada en programas de cribado de CCR.

COMUNICACIONES ORALES XIII

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 18:00 a 19:30 h

Intervenciones para la prevención de accidentes de tráfico

O-073. EL IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN DE LA SEGURIDAD VIAL EN LA AGENDA POLÍTICA EN ESPAÑA. DIFERENCIAS SEGÚN ÁMBITO DE LA VÍA, DÍA DE LA SEMANA Y HORA DEL DÍA

A.M. Novoa, K. Pérez, E. Santamariña-Rubio, A. Álvaro, J. Ferrando, M. Marí-Dell'Olmo, R. Peiró, A. Tobías, P. Zori, C. Borrell, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Doctorado en Ciencias de la Salud y de la Vida, UPF; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Ministerio de Sanidad y Consumo; Centro de Salud Pública de Alzira; Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; Dirección General de Tráfico.

Antecedentes/Objetivos: Con la finalidad de reducir la morbi-mortalidad por colisiones de tráfico, en España se estableció la seguridad vial como una prioridad política en el año 2004 y se plasmó en el Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008. En un estudio previo se demostró la reducción global en el número de lesionados y fallecidos por colisiones de tráfico en España atribuibles a la

implementación del Plan. El objetivo de este estudio es analizar el impacto diferencial según ámbito de la vía, día de la semana y hora del día.

Métodos: El diseño consistió en un estudio de evaluación antes-después con series temporales mensuales. La población de estudio fueron los lesionados y fallecidos por tráfico entre enero del 2000 y diciembre del 2006 en España. La fuente de información fue el registro de lesionados y accidentes de tráfico de la Dirección General de Tráfico. La variable dependiente fue el número de lesionados de tráfico. Las variables de estratificación fueron sexo, tipo de usuario (peatón, usuario de turismo, de motocicleta o de ciclomotor), gravedad (leves, graves y muertos según la valoración de la policía), ámbito (zona urbana, carretera), día de la semana (laborable, fin de semana) y hora del día (horario diurno o nocturno). La variable independiente (intervención) comparó el periodo posterior a la intervención (enero 2004-diciembre 2006) con el periodo anterior (enero 2000-diciembre 2003). Se estimaron los riesgos relativos (RR) con sus intervalos de confianza al 95% mediante el ajuste de modelos de regresión de Poisson, ajustando los componentes de tendencia lineal y estacionalidad.

Resultados: En el periodo posterior a la intervención, la disminución del riesgo de lesión en hombres usuarios de turismo fue mayor en carretera (RR = 0,85 [0,79-0,91]) que en zona urbana (RR = 0,90 [0,84-0,97]), del mismo modo que en mujeres usuarias de turismo (RR = 0,83 [0,77-0,90] y RR = 0,89 [0,83-0,96], respectivamente). En usuarios de motocicleta, de ciclomotor y en peatones la reducción en el número de lesionados también fue mayor en carretera. No se observaron diferencias según día de la semana y hora del día.

Conclusiones: Se ha observado un mayor impacto del Plan Estratégico de Seguridad Vial en la reducción de los lesionados en carretera. Probablemente ello es debido a que la mayoría de las intervenciones se han implementado en este tipo de vías.

Financiación. AETS-PI07/90157.

O-074. EL IMPACTO DEL PERMISO POR PUNTOS EN EL NÚMERO DE LESIONADOS DE TRÁFICO EN ESPAÑA

A.M. Novoa, K. Pérez, E. Santamariña-Rubio, A. Álvaro, J. Ferrando, M. Marí-Dell'Olmo, R. Peiró, A. Tobías, P. Zori, C. Borrell, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Doctorado en Biomedicina, UPF; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Ministerio de Sanidad y Consumo; Centro de Salud Pública de Alzira; Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; Dirección General de Tráfico.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar el impacto del permiso de conducir por puntos en el número de lesionados y fallecidos por colisión de tráfico en España.

Métodos: El diseño consistió en un estudio de evaluación antes-después con series temporales mensuales. La población de estudio fueron los lesionados y fallecidos por tráfico entre enero 2000 y diciembre 2007 en España. La fuente de información fue el registro de lesionados y accidentes de tráfico de la Dirección General de Tráfico. La variable dependiente fue el número de lesionados de tráfico. Las variables de estratificación fueron sexo, tipo de usuario (peatón, usuario de turismo, de motocicleta o de ciclomotor), gravedad (leves, graves y muertos según valoración policial) y ámbito (zona urbana, carretera). La variable independiente (intervención) compara el periodo posterior a la intervención (julio 2006-diciembre 2007) con el periodo anterior (enero 2000-junio 2006). Se estimaron los riesgos relativos (RR) con sus intervalos de confianza al 95% mediante el ajuste de modelos de regresión de Poisson, ajustando la tendencia lineal y la estacionalidad.

Resultados: Para el total de lesionados, no se observaron diferencias en el riesgo de lesionarse entre los periodos previo y posterior a

la introducción del permiso por puntos. Sin embargo, en el periodo posterior, se observó una disminución del riesgo para lesionados graves tanto en hombres (RR = 0,93 [0,89-0,98]) como en mujeres (RR = 0,88 [0,83-0,93]), y para muertos (RR = 0,88 [0,83-0,94] y RR = 0,87 [0,78-0,98], respectivamente). Según tipo de usuario, se observó una disminución del riesgo ($p < 0,001$) para los lesionados graves usuarios de turismo en hombres (19%) y en mujeres (18%). Sin embargo, no se observó una disminución del riesgo en peatones ni en usuarios de motocicletas ni ciclomotores. Finalmente, disminuyó el riesgo ($p < 0,001$) para los lesionados graves en carretera (10% tanto en hombres como en mujeres), pero no en zona urbana.

Conclusiones: Ajustando por la tendencia decreciente que ya llevaba la serie, se constata que la introducción del permiso por puntos ha supuesto una disminución del número de lesionados por colisión de tráfico, en graves y muertos. Esto es consistente con el tipo de medidas implementadas -la mayoría de las cuales se aplican en carretera-, tal y como aquellas orientadas a disminuir el exceso de velocidad o la conducción bajo los efectos del alcohol.

Financiación. AETS-PI07/90157.

O-075. MUERTES EVITADAS EN 15 AÑOS POR EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY DEL USO DEL CASCO EN MOTORISTAS

K. Pérez, E. Santamariña-Rubio, C. Borrell, M. Haro, M. Navarro, J. Castellà, A. Tobías, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Àrea de Prevenció, Seguretat i Mobilitat Ajuntament de Barcelona; Institut de Medicina Legal de Catalunya; Escuela Nacional de Sanidad (ISCIII).

Antecedentes/Objetivos: En 1992 se estableció la obligatoriedad de utilizar el casco de seguridad en todos los vehículos de dos ruedas a motor. Desde entonces la Guardia Urbana de Barcelona adoptó la estrategia de sancionar al usuario si no llevaba casco y de inmovilizar el vehículo. En los últimos años la utilización de motocicletas ha aumentado de forma notable, aumentando el parque de motocicletas en Barcelona un 23,8% de 2004 a 2007. Se plantea como objetivo estimar el número de muertes evitadas en usuarios de dos ruedas a motor en Barcelona des 1992 a 2007 teniendo en cuenta el aumento de la exposición.

Métodos: Estudio de evaluación pre-post con series temporales. La población de estudio son las personas usuarias de vehículo de dos ruedas a motor fallecidas en Barcelona. La fuente de información es el registro del Institut de Medicina Legal de Cataluña. La variable dependiente es el número fallecidos usuarios de motocicleta o ciclomotor por accidente de tráfico. La variable independiente, intervención, comprende el periodo pre-intervención de 1985 a 1991 y el periodo post intervención de 1992 a 2007. Se han utilizado como denominadores el censo de motocicletas y ciclomotores, y la población residente en Barcelona. Se han calculado riesgos relativos (RR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), mediante el ajuste de modelos de regresión de Poisson. Se estima el número de fallecidos esperados a partir de 1992 a partir del periodo pre-intervención y se calcula diferencia entre observados y esperados.

Resultados: En 15 años de aplicación de la ley que obliga la utilización del casco se estima que, utilizando como denominador de exposición el censo de vehículos, se han evitado 343 muertes (IC95%: -13, -673). Utilizando como denominador de exposición el censo de habitantes se estima que se han evitado 286 muertes (IC95% 26, -596).

Conclusiones: Aunque no se dispone de buenos indicadores de exposición de utilización de vehículos de dos ruedas a motor, estos resultados sugieren que una estrategia de cumplimiento estricto de la normativa de utilización del casco conlleva evitar muertes prematuras.

O-076. 15 AÑOS DE SEGURIDAD VIAL EN UNA GRAN CIUDAD: EXPERIENCIAS Y RESULTADOS

K. Pérez, E. Santamariña-Rubio, M. Navarro, M. Haro, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); Àrea de Prevenció, Seguretat i Mobilitat Ajuntament de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Este trabajo tiene como objetivo describir las estrategias e intervenciones desarrolladas en la ciudad de Barcelona desde principios de los años 90 y describir la efectividad en la reducción de lesiones por tráfico de las intervenciones que han podido ser evaluadas.

Métodos: Se revisan las intervenciones realizadas a partir de 1992 y las evaluaciones desarrolladas, a través de publicaciones e informes internos. Para evaluar las intervenciones se ha utilizado el Registro de víctimas de Guardia Urbana con datos disponibles a partir de 2002. Se han incluido datos de diferentes periodos según el momento de la evaluación y se han usado diferentes metodologías, como series temporales y regresión de Poisson. Se describe mediante el porcentaje de reducción en el número de lesionados de tráfico a partir del modelo estadístico correspondiente.

Resultados: A principios de los años 90 se pone en marcha un Sistema de Información de Lesiones y Accidentes y se inician actividades de formación y sanción. Posteriormente se firma el Pacto por la Movilidad en 1998, y se desarrolla el primer Plan de Seguridad Vial (2000-2003). Entre las intervenciones dirigidas a modificar el comportamiento se incluyen: campañas en los medios de comunicación, charlas a colectivos específicos, consejo desde servicios de pediatría, urgencias y farmacias, jornadas científicas, y medidas de cumplimiento de normativa. Éstas han incidido especialmente en el uso del casco y cinturón de seguridad, el control de la velocidad y de consumo de alcohol y drogas. Las intervenciones dirigidas a modificación de infraestructuras incluyen: pacificación del tráfico con la introducción de zonas 30 Km/h, aumento de zonas peatonales e instalación de radares; mejoras del entorno de puntos de mayor concentración de accidentes; medidas para la reducción del uso de coche como aumento de zonas verdes de aparcamiento, implantación del programa público de bicicletas y extensión del horario del metro a 24h los sábados. Desde el año 2002 se ha reducido un 5,1% los accidentes con lesionados, un 35% los lesionados graves y un 14,9% los peatones atropellados. Los lesionados usuarios de ciclomotor han disminuido un 22,5% y los de motocicleta han aumentado un 51,6%. La obligatoriedad de uso del casco comportó una reducción del 25% de los motoristas fallecidos, la instalación de radares una reducción del 27% en los lesionados y del 7% la aplicación del permiso por puntos.

Conclusiones: La prioridad política, la planificación, la participación multisectorial, la investigación y la evaluación han sido elementos claves para mejora de la seguridad vial en un ámbito urbano de elevada densidad y aumento constante de la movilidad.

O-077. PARTICIPACIÓN LOCAL EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁFICO DIRIGIDOS A JÓVENES, CON UN ABORDAJE INTERSECTORIAL

A. Mercado, C. Pérez, M.I. Sillero, A. Viedma, E. Guerrero, M. Martín, B. Hermoso, J.D. Ramírez, et al

Delegación Provincial Salud de Jaén; Jefatura Provincial Tráfico; EASP.

Antecedentes/Objetivos: Los accidentes de tráfico constituyen la primera causa de mortalidad en jóvenes. Son un problema de alto coste en muertes evitables y años potenciales de vida perdidos. No obstante, es reducible, utilizando las estrategias adecuadas para su control. En 2002, se constituye la Mesa Intersectorial para la prevención de accidentes de tráfico en jóvenes de Jaén. La necesidad de

descentralizar las actuaciones para trabajar más activamente en las zonas de mayor riesgo, potencia los programas locales (de ayuntamientos, asociaciones y centros educativos) que se adecuan a los hábitos de cada población, rentabilizando los recursos locales.

Métodos: La Mesa se compone de 26 miembros, con dos comisiones: técnica y de participación. Se han identificado las poblaciones de especial riesgo según las tasas de accidentes y mortalidad registradas por la DGT y las atenciones en urgencias y hospitalizaciones, por edad y sexo, del CMBD hospitalario en la provincia. Los proyectos locales se desarrollan a partir de la convocatoria de subvenciones específicas de la Consejería de Salud y por programas dinamizados por la Mesa Intersectorial, con recursos humanos propios y de otras administraciones y con apoyo económico de la Consejería de Salud, priorizándolos por tasas de accidentes. Jaén tiene 96 municipios, con 187.719 jóvenes de 15 a 34 años. En 2007 se realizaron 5.184 atenciones en Urgencias hospitalarias a este colectivo, con 233 ingresos, que supone el 51,2% de todos los motivos de ingreso.

Resultados: La Mesa Intersectorial ha supuesto un instrumento básico para implantar acciones en el ámbito local y para ampliar las iniciativas ya en marcha. Desde 2003 se han establecido programas en 28 municipios. Los equipos han contado con técnicos de Ayuntamientos, de Centros de información juvenil, de la Red municipal de Ciudades ante las drogas, de Policía Local, de ONGs, de Centros educativos y en algunos, de autoescuelas. Las actividades se han desarrollado en espacios frecuentados por los jóvenes: escuelas y centros de ocio, eventos y encuentros (ferias, conciertos, actividades deportivas) y fundamentalmente en su tiempo libre. El análisis de los ingresos por accidentes de jóvenes en Jaén muestra desde 2003 un ligero descenso, ya que de los 283 ingresos en 2004 se ha pasado a 233 en 2007, que contrasta con el aumento del 20% de las urgencias para el mismo periodo.

Conclusiones: Desde la instauración de la Mesa intersectorial se ha visto la necesidad de la implicación local como estrategia más cercana y rentable en la prevención de los accidentes de tráfico en jóvenes. Su papel facilitador y armonizador de acciones y recursos ha sido altamente favorable.

O-078. AL COLEGIO DE FORMA SEGURA SALUDABLE Y SOSTENIBLE

R. Peiró, A. Llavador, P. Pérez, P. López, J. Matamoros, J. López, M.J. Camarasa, S. Pastor, R. Sanz, et al

CSP Alzira. DGSP. G. Valenciana; CIBERESP. Madrid; CEFIRE Alzira; Agencia Energetica de la Ribera; Ribera Salud. Departamento 11.; Col·legi Públic Benimuslem; Emili LLuna. Alginet.

Antecedentes/Objetivos: En el departamento 11 en el año 2006 se inició un nuevo abordaje en prevención de lesiones en la escuela mediante intervención sobre determinantes y actuales globales. Se incluye en la red local de escuelas promotoras salud.

Métodos: Se identificó la agencia energética de la ribera como un nuevo aliado para el grupo intersectorial (GI). Se inició un proceso de trabajo conjunto dirigido a construir un lenguaje común, discutir una propuesta y como se podía llevar a cabo. Al curso siguiente se convocó a los directores de colegios y se les propuso participar en un proyecto de movilidad segura saludable y sostenible. Tenía que haber compromiso de la dirección y un grupo del profesorado. Nuestro compromiso era de apoyo en las actividades, formación y seguimiento, que serían valoradas como un curso experimental, formación acreditada y certificada por educación (forma parte del GI). Consistió en sesiones con profesores para discutir y planificar objetivos, actividades y evaluación y formación sobre ello. Posteriormente tenían que llevar a cabo esta propuesta en el colegio, hubo seguimientos específicos a demanda y una sesión de evaluación y difusión. También se podía contar para ello con algunos policías locales y los servicios de atención primaria también en el GI.

Resultados: El GI incorporó sostenibilidad, movilidad y observatorio de la movilidad sostenible a la selección previa. A la propuesta respondieron 5 colegios, iniciaron las sesiones de planificación 3, con 9 y 1 docente, el tercero con 2, (no pudo ponerlo en práctica). Se identificó como objetivo general que los niños fueran andando al colegio de forma segura pero para ello había que realizar actividades de sensibilización y seguridad en infraestructura previa. Se les propuso que planificaran objetivos y actividades como identificar las calles por donde iban al colegio, dibujar las diferentes rutas que les llevarían y que junto con la policía local y los niños identificaran la seguridad. Los resultados más importantes fueron que un colegio consiguió señalar la zona como escolar y sensibilizar al ayuntamiento el otro dibujar en el pueblo una ruta del colegio al ayuntamiento, pintarla e involucrar al ayuntamiento y los medios de comunicación. Ambos colegios hicieron actividad de difusión en las radios locales y prensa y participaron en las jornadas que se realizaron para intercambiar experiencias sobre este tipo de proyectos.

Conclusiones: Queda mucho por hacer para conseguir el objetivo general pero se ha iniciado el proceso y actualmente hay más colegios motivados.

COMUNICACIONES ORALES XIV

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 18:00 a 19:30 h

Estudios de mortalidad y sus causas

O-079. MORTALIDAD Y FACTORES DE RIESGO. ESTUDIO DIETA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA (DRECE)

A. Gómez de la Cámara, P. Cancelas Navia, D. Lora Pablos, J.A. Gutiérrez Fuentes, J.A. Gómez Gerique, M.A. Rubio Herrera, C. Jurado Valenzuela, P. Magán Tapia, en representación del Grupo DRECE, et al

Unidad Epidemiología Clínica. CIBERESP; Instituto DRECE.

Antecedentes/Objetivos: Analizar tras 15 años de seguimiento de la cohorte DRECE, la mortalidad general, la distribución de la mortalidad por causas y los principales factores de riesgo asociados.

Métodos: Estudio observacional analítico tipo cohorte histórica. Los sujetos son una muestra representativa de la población general española y se compone de 4.783 sujetos seguidos desde 1991 hasta 2006, el rango de edad al final se extiende desde los 18 a 73 años. Se sometieron a un examen médico, analítico y cuestionario sobre nutrición validado. Su estatus vital y causa de muerte han sido proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística. Las tasas de mortalidad se calcularon mediante regresión de Poisson y la identificación de factores de riesgo mediante la regresión de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: En el periodo 1991-2006 fallecieron 158 sujetos, lo que se corresponde con una tasa de mortalidad total de 2,09 por 1.000 habitantes, 113 (71,5%) hombres y 45 (28,5%) mujeres, con tasas de 3,07 y 1,16 por 1.000 habitantes/año respectivamente. La distribución por causa de muerte fue: cáncer 68 personas (43,03%), 48 hombres y 20 mujeres; 37 (23,41%) por causas circulatorias, de las cuales 26 fueron cardiovasculares. La distribución por sexo por causas circulatorias fue 26 hombres y 11 mujeres. Los 53 restantes (31,64%) se englobaron dentro de la categoría CIE 10 de "Otras", (fueron 39 hombres y 14 mujeres). La edad media de la cohorte al inicio y al final del estudio fue de 30,48 años y 46,28 años respectivamente. La edad media en cada grupo de causa de muerte fue de 57,75 años para la mortalidad por todas las causas; de 59,50 años para cáncer; de 59,89 años para circulatorias y de 54,02 años para el grupo de "Otras" causas. Para la

mortalidad total las variables independientes asociadas fueron: sexo masculino Hazard ratio (HR) 1,99 (IC95%: 1,31-3,02); edad HR 1,09 (IC95%: 1,07-1,11); tabaco HR 1,34 (IC 95%: 0,95-1,90); TAS HR 1,02 (IC 95%: 1,01-1,03); glucemia basal, HR 1,01 (IC 95%: 1,00-1,01) y creatinina, 2,39 (IC 95%: 0,91-6,26). No se observó asociación con ningún componente de la dieta ni patrón nutricional.

Conclusiones: Se obtiene un patrón de mortalidad en el que predomina el cáncer como principal causa de muerte. Para todas las causas de mortalidad siempre es mayor la tasa de mortalidad en hombres que en mujeres. La diabetes (creatinina-glucemia) emerge como un factor de riesgo importante junto con factores de riesgo clásicos. No se encontró asociación con la dieta.

Financiación. SOS Cuétara.

O-080. VALIDACIÓN DE LA FUNCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR SCORE EUROPEA EN UNA COHORTE NATURAL REPRESENTATIVA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

A. Gómez de la Cámara, P. Ferrando Vivas, P. Cancelas Navia, M.A. Rubio Herrera, J.A. Gutiérrez Fuentes, J.A. Gómez Gerique, C. Jurado Valenzuela, P. Magán Tapia, en representación del Grupo DRECE, et al

Unidad Epidemiología Clínica. Hospital 12 de Octubre. CIBERESP; Instituto DRECE.

Antecedentes/Objetivos: La estimación del riesgo cardiovascular es un elemento habitual en la toma de decisiones sanitarias y clínicas. Existen varias funciones de riesgo cardiovascular y persisten discrepancias sobre su validez en población española. El objetivo del presente estudio es validar la función de SCORE sobre una cohorte de población general, natural y representativa de la población española y comprobar la exactitud, capacidad discriminativa y valor predictivo del modelo sobre la mortalidad cardiovascular.

Métodos: DRECE es un estudio observacional, analítico tipo cohorte histórica, se compone de 4.783 sujetos seguidos desde 1991 hasta 2006 representativos de la población general española. El estatus vital y causa de muerte han sido proporcionadas por el INE. Se estimó el riesgo cardiovascular a los diez años según la función original de SCORE. Para evaluar y cuantificar la capacidad de discriminación de supervivencia de este modelo basado en la distribución de Weibull, se determinó para cada paciente el valor del riesgo a los diez años estimado por el modelo y se calculó el área del polígono o curva ROC. La precisión de las estimaciones se reforzó con técnicas de re-muestreo bootstrap, obteniendo sus intervalos de confianza corregidos.

Resultados: El rango de edad de la cohorte en 2006 es de 20-75 años. El 51,38% son mujeres. La tensión arterial sistólica, la concentración de colesterol y el porcentaje de fumadores son 121,19 mmHg, 5,40 mmol/L, 22,75% en mujeres y de 125,05 mmHg, 5,60 mmol/L y 53,32% en hombres respectivamente. En el periodo de seguimiento se han producido 24 casos de muerte por causas cardiovasculares. El riesgo medio de la función de SCORE es de 0,40%, 0,59% en vivos y 1,9% en muertos. El área bajo la curva para el SCORE de bajo riesgo es de 0'80 (IC95% 0,70-0,89), los intervalos de confianza Bootstrap fueron de 0,7 y 0,9. En hombres el riesgo medio a los 10 años en los grupos de edad de 55 a 59 y 60 a 65 fue de 2,20% y 3,47%, siendo la mortalidad observada de 3,37% y 5,88%. En las mujeres de 50 a 54 y 55 a 60 de 0,06% y 0,72% y de 0,58% y 1,07% la observada. Para un riesgo del 3% la sensibilidad es 25% (IC95% 9'7-46'7), especificidad 96,8 (IC95% 96,0-97,5), V. Predictivo positivo 7,86 (IC95% 98,7-99,5), V. Predictivo negativo 99,1 (IC95% 98,7-99,5).

Conclusiones: El rendimiento predictivo de la función de SCORE en los datos analizados muestra parámetros atípicos con una interpretación controvertida. Se necesitan estudios diseñados específicamente para construir una función de riesgo cardiovascular propia.

Financiación. SOS Cuétara. FFMM 2008/88.

O-081. MORTALIDAD E INCIDENCIA DE CÁNCER EN LA ZONA DEL POLO QUÍMICO DE TARRAGONA

E. Rovira, A. Cuadras, J. Galcerán, et al

Observatori de Salut i Medi Ambient del Camp de Tarragona. Servei Regional al Camp de Tarragona de l'Agència de Protecció de la Salut. Departament de Salut; Registre de Càncer de Tarragona. Fundació Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer.

Antecedentes/Objetivos: En la ciudad de Tarragona confluyen un radio de 10 kilómetros uno de los polos químicos más importantes de Europa, un puerto, una incineradora de residuos urbanos, una incineradora de residuos industriales y dos centrales de ciclo combinado. Se ha iniciado un estudio para conocer los riesgos y el impacto de las actividades industriales en la salud de la población de la comarca del Tarragonès. **Objetivos:** 1) Comparar la mortalidad por cáncer de la comarca del Tarragonès con la de Catalunya. 2) Comparar la incidencia de cáncer por sexo y localización tumoral de la comarca del Tarragonès con la de los otros registros de cáncer del Estado español.

Métodos: A partir de las defunciones por tumores malignos de la comarca del Tarragonès proporcionadas por el Registro de Mortalidad de Catalunya, se calcula: 1) El índice de mortalidad por cáncer estandarizado (IME) con su intervalo de confianza (IC) del 95% en el periodo 1999-2003. 2) La evolución de la tasa anual estandarizada de mortalidad por tumores malignos por el método directo en el periodo 1983-2003 de la comarca del Tarragonès y de Catalunya. A partir de los casos nuevos de cáncer de la comarca recogidos por el Registro de Cáncer de Tarragona en el periodo 1998-2001, se calculan las tasas ajustadas a la población mundial estándar por sexo y tipo tumoral. Se comparan con las tasas publicadas en el volumen IX de Cancer Incidence in Five Continents (IARC).

Resultados: No existen diferencias significativas en la mortalidad por todos tumores (IME: 96, IC: 92-100) ni por ninguna localización tumoral específica. La evolución de las tasas de mortalidad por todos los tumores es paralela a la de Catalunya. La tasa ajustada de incidencia de todas las localizaciones excepto piel no melanoma es de 330,8 y 216,8 casos por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, respectivamente. Por localizaciones tumorales únicamente destaca el cáncer de vejiga urinaria en el sexo masculino (tasa ajustada: 43,6 casos por 100.000 habitantes).

Conclusiones: En la comarca del Tarragonès no existe una mortalidad superior por cáncer ni ha habido una evolución diferente a la del conjunto de Catalunya. La tasa de incidencia de cáncer es parecida a la de otras zonas del Estado español de similar nivel socioeconómico. La incidencia más elevada de cáncer de vejiga urinaria podría ser atribuida bien a diferentes criterios de codificación de este tumor por los registros, bien a una prevalencia más elevada de fumadores, bien a la mayor exposición profesional a productos de refino del petróleo o bien a otras exposiciones profesionales y/o ambientales.

O-082. ANÁLISIS DEL EXCESO DE MORTALIDAD EN LA COMARCA DEL BAIX CAMP (CATALUNYA)

E. Rovira, A. Puigdefàbregas, R. Gispert, et al

Observatori de Salut i Medi Ambient del Camp de Tarragona. Servei Regional al Camp de Tarragona de l'Agència de Protecció de la Salut. Departament de Salut; Registre de Mortalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Antecedentes/Objetivos: La comarca del Baix Camp está situada en el sur de Catalunya, tiene una superficie de 697 km² y una población de 180.196 habitantes en el año 2007. El análisis estandarizado de las defunciones de la comarca entre los años 2001 y 2006 muestra repetidamente una mortalidad superior a la del conjunto de Catalunya. **Objetivos:** 1) Analizar la mortalidad de la comarca por muni-

cipios; 2) Analizar la mortalidad del municipio de Reus (capital de la comarca, 104.835 habitantes en 2007) por áreas básicas de salud.

Métodos: Se ha obtenido del Instituto de Estadística de Catalunya el total de defunciones de más de 24 horas de vida del periodo 1999-2004 de los residentes en los municipios de la comarca. Partiendo de la relación de domicilios (calle y número) de las defunciones de residentes en el municipio de Reus del mismo periodo, se ha asignado a cada uno de ellos el área básica de salud al que pertenece y se ha obtenido del Registro de Mortalidad de Catalunya las defunciones de Reus agrupadas por área básica. De la misma fuente y periodo se han obtenido las defunciones de Catalunya por grupo de edad y sexo. Se ha calculado el índice de mortalidad estandarizado (IME) por el método indirecto con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC) para cada municipio y área básica de salud. Se ha utilizado como denominador la población del Censo del año 2001.

Resultados: La mortalidad es superior a la del conjunto de Catalunya en los municipios de Cambrils (IME: 154, IC: 146-162) y de Reus (IME: 110, IC: 107-113). En el municipio de Cambrils el exceso de defunciones se concentra en el sexo femenino y en los grupos de edad a partir de 75 años. Ha sido posible adjudicar el área básica de salud al 95% de las defunciones de residentes en Reus. La mortalidad en este municipio es superior en las áreas básicas de salud del centro (IME: 124, IC: 116-132) y de la zona este (IME: 112, IC: 104-120).

Conclusiones: El exceso de mortalidad de la comarca es atribuible al exceso de defunciones de los municipios de Cambrils y de Reus. En el municipio de Cambrils la explicación podría encontrarse en la existencia de un número muy importante de plazas de residencias socio sanitarias que ocupan pacientes de fuera de la comarca y del extranjero. En el caso de Reus se debería profundizar en el estudio de las desigualdades en salud ya que las áreas con mortalidad superior corresponden a las zonas más deprimidas de la ciudad desde el punto de vista socioeconómico.

O-083. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS EN LA BAHÍA DE ALGECIRAS: PERIODO 2001-2005

C. Cruz-Rojo, M. Almisas, D.J. López, J. García, M. Moguer, L. Guillén, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Sevilla; Consejería de Educación; Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda.

Antecedentes/Objetivos: En la Bahía de Algeciras se ha producido una alta concentración industrial, especialmente petroquímica y eléctrica, con un alto riesgo, entre otros, de contaminación atmosférica. A esta situación se añade el denso tráfico rodado y marítimo, en torno al puerto de Algeciras y a sus numerosas empresas, que contribuye a la grave problemática ambiental que padece.

Métodos: El área estudiada comprende los términos municipales de Algeciras, Los Barrios, San Roque y La Línea. Los datos de emisión e inmisión atmosféricas se han recogido del informe EPER-Andalucía y del Informe del CSIC sobre el Diagnóstico de la situación ambiental del Campo de Gibraltar. Se han calculado tasas promedios anuales de mortalidad y de Años Potenciales de Vida Perdidos de 1 a 70 años ajustadas por edad (método directo) en ambos géneros y por los más frecuentes grupos de causas. Se calculan los riesgos relativos (RR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95% utilizando la propuesta de Miettinen y el riesgo atribuible (RA) mediante la aproximación de la distribución de Poisson a una normal.

Resultados: Sobre los niveles atmosféricos en la Bahía de Algeciras, destacan los valores de emisión de PM₁₀, SO₂ y NO_x de origen industrial y los valores de inmisión de SO₂, NO₂ y la mayoría de los metales. Los varones de la Bahía de Algeciras presentan un mayor riesgo de mortalidad estadísticamente significativa en el conjunto de causas cuando lo comparamos con los de Andalucía (RR = 1,15; IC: 1,11-1,19

y RA = 134,30 por 100.000 habitantes) y con el Estado español (RR = 1,33; IC: 1,28-1,38 y RA = 258,86 por 100.000 habitantes). Por causas destacan las enfermedades infecciosas y parasitarias, respiratorias, tumores malignos, circulatorias y mal definidas. Las mujeres también presentan un exceso de mortalidad significativo en el conjunto de causas cuando lo comparamos con Andalucía (RR = 1,13; IC: 1,09-1,17 y RA = 68,01 por 100.000 habitantes) y con el Estado español (RR = 1,34; IC: 1,29-1,39 y RA = 151,23 habitantes). Por causas destacan las enfermedades respiratorias, infecciosas y parasitarias, tumores malignos, y mal definidas. En ambos géneros se ha observado también una sobremortalidad prematura por las mismas causas y por enfermedades del sistema nervioso, ojo y oído.

Conclusiones: Estos resultados plantean la necesidad de nuevas investigaciones específicas sobre los determinantes de este mayor riesgo de mortalidad y de actuaciones concretas y planificadas sobre uno de los posibles orígenes del problema, minimizando la concentración industrial y promoviendo un desarrollo económico sostenible para su población.

O-084. REPRESENTACIÓN DE LA MORTALIDAD CON MODELOS CONTINUOS

P. Sánchez Villegas, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Hasta el presente se ha popularizado el estudio de patrones geográficos de mortalidad en áreas pequeñas. Estos estudios representan la mortalidad en mapas con información agregada en regiones, municipios o secciones censales. Frecuentemente esta información agregada se suaviza con modelos bayesianos, teniendo en cuenta lo que pasa alrededor de una unidad geográfica determinada y su variabilidad. Como resultado de esto se tiene un valor o tasa de mortalidad para cada unidad geográfica. El objetivo de este trabajo es conseguir una representación de la mortalidad continua en el plano, es decir, que una sola función continua represente la mortalidad de todas las unidades geográficas.

Métodos: La propuesta de este trabajo consiste en localizar cada defunción, no como un punto en el plano, sino como una función dependiente de su localización en el plano. Esta función se construye como una distribución normal bivalente centrada en las coordenadas de localización de la defunción. La función de mortalidad global se define como la suma de todas las funciones de mortalidad individuales. Del mismo modo se puede definir la función de censo global. Con el cociente entre las funciones mortalidad global y censo global se calcula la función tasa de mortalidad global. Por la manera de ser definidas las funciones, éstas son continuas, derivables e integrables, con lo que con la integral de la función mortalidad global se obtiene el número de defunciones en un área determinada. Del mismo modo se calculan el número de habitantes global y la tasa de mortalidad global. Por problemas de confidencialidad, los datos tanto de mortalidad como censales están disponibles a nivel municipal, por lo que se hace una aproximación asignando estos valores a los centroides de los municipios.

Resultados: Tras aplicar el método propuesto para el cálculo de las tasas específicas de mortalidad por todas las causas en Andalucía en 2001, se observa que los mapas tridimensionales obtenidos son análogos a los obtenidos con otros métodos (se tomaron como referencia los mapas del proyecto AIMA).

Conclusiones: Este tipo de representaciones es desde un enfoque determinista. La propuesta descrita obtiene resultados análogos a los obtenidos con otras metodologías, con la ventaja de que el coste computacional es mucho menor. Además, las metodologías que utilizan datos agregados son un caso particular de esta propuesta, de carácter más general. El hecho de representar la mortalidad de forma continua hace que se pueda cruzar ésta con funciones análogas (como

son los mapas de isóneas de contaminación), pudiendo buscar entre ellas una relación funcional.

COMUNICACIONES ORALES XV

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 18:00 a 19:30 h

Dependencia/salud de las personas mayores

O-085. FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA EN PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA

E. Sánchez-Cantalejo, E. Gonzalo, C. Valero, A. Millán, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El progresivo envejecimiento de las poblaciones es una tendencia en los países desarrollados y España no es una excepción. Según el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2006 el 14,7% de la población andaluza era mayor de 65 años y el 3,4% mayor de 80 años. Es en estos grupos de edad donde es más frecuente la morbilidad y donde las personas presentan más grado de dependencia. El objetivo de este estudio es la identificación de factores sociodemográficos y de salud asociados a la dependencia de las personas mayores en Andalucía.

Métodos: La población de estudio son las personas mayores de 65 no institucionalizadas residentes en Andalucía. Mediante un muestreo probabilístico polietápico por conglomerados se eligieron 4.215 personas mayores de 65 años, 1.731 hombres y 2.484 mujeres, a los que se les pasó una encuesta multidimensional sobre características sociodemográficas, percepción del estado de salud, situación cognitiva, apoyo social, percepción de la calidad de vida y capacidad funcional para las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales. Para la identificación de los factores asociados a la dependencia se utilizaron modelos de regresión logística.

Resultados: El 57,8% de los entrevistados necesitan ayuda para realizar al menos una actividad de la vida diaria. En el modelo multivariante construido para la dependencia ya sea básica y/o instrumental se ponen en evidencia diferencias según sexo (OR = 1,2, IC95% = 1,02-1,4), edad, (OR = 3,9, IC95% = 3,2-4,7), tamaño del hábitat, salud percibida (OR = 3,2, IC95% = 2,8-3,8) y calidad de vida autopercibida (OR = 1,9, IC95% = 1,6-2,2). Los resultados para los distintos tipos de dependencia son similares.

Conclusiones: Los resultados de este estudio ponen de manifiesto un perfil de persona dependiente como el de una mujer, mayor de 80 años que habita en el medio urbano y que tiene una mala percepción tanto de su salud como de su calidad de vida.

O-086. VIVENCIAS DE PADRES Y MADRES DE NIÑOS/AS CON PARÁLISIS CEREBRAL ATENDIDOS EN LA PROVINCIA DE SEVILLA

C. Salamanca, Á. Morillo, I. Mateo, R. López, M. Rodríguez-Piñero, M. Conde, et al

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La parálisis cerebral infantil (PCI) es la discapacidad pediátrica más común. En España afecta al 2 por mil de la población, siendo los familiares de primer grado quienes llevan el peso de la atención y cuidados a los afectados. Padres y madres de niños/as con PCI se enfrentan a dificultades y exigencias que repercuten en la evolución del niño/a. Objetivo: explorar expe-

riencias, necesidades y expectativas de padres y madres de niños/as con PCI en la provincia de Sevilla y recoger propuestas de mejora a los problemas.

Métodos: Diseño cualitativo. Variables de segmentación: severidad de daño cerebral, parentesco, tipo asistencia, y grado de cuidado ejercido. Se realizaron veinte entrevistas semiestructuradas con guión de preguntas abiertas, grabadas con consentimiento informado y transcritas literalmente. Se realizó un análisis de contenido según categorías: calidad de vida, roles, repercusiones, ayudas para padres, necesidades sentidas, percepción de ayuda recibida por Sistema Sanitario, Servicios Sociales y Sistema Educativo, apoyo recibido del entorno y sugerencias de mejora. Para ello se utilizó el programa informático NUDIST Vivo.

Resultados: Padres y madres coinciden al relacionar la situación de salud y la calidad de vida de sus hijos/as, no tanto con las minusvalías que tienen, como con su felicidad. Ambos consideran escasas las ayudas recibidas para el cuidado de sus hijos. Tras el diagnóstico de PCI, hay una desestructuración familiar, los roles cambian y las madres asumen más responsabilidades. De los padres, los cuidadores principales opinan que el cuidado del niño/a es tarea del matrimonio, mientras que los secundarios reconocen el duro trabajo ejercido por sus esposas en el cuidado diario. Ellos superan mejor el trauma inicial, sintiéndose más fuertes para afrontar el problema. En una segunda etapa las repercusiones son físicas, especialmente para las madres. Se demanda un trato personal y cercano de los profesionales en los sistemas formales de ayuda, que son valorados positivamente, aunque destaquen la falta de recursos humanos existente.

Conclusiones: Las sugerencias aportadas se centran en mejorar las ayudas económicas, pero también humanas y de infraestructura. Las repercusiones más notorias son en el ámbito emocional y económico, por lo que parece necesario incorporar apoyo psicológico en la unidad de PCI del hospital para ayudar a la familia a afrontar la enfermedad, así como fomentar la colaboración entre hospitales y las asociaciones de padres de niños afectados u otras asociaciones benéficas.

O-087. CAÍDAS EN MAYORES DE 65 AÑOS: SITUACIÓN ACTUAL Y APLICABILIDAD DE INTERVENCIONES

B. Lumbreras, L. Donat, N. Gómez, I. Hernández-Aguado, et al

Departamento de Salud Pública, Historia de la ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las caídas accidentales afectan principalmente a los mayores de 65 años y son la 5ª causa de mortalidad en este grupo. Esto supone un reto para la salud pública, que debe proponer intervenciones de eficiencia contrastada. Existen investigaciones sobre las caídas en ancianos, pero no existe información conjunta de frecuencia, consecuencias y factores asociados a caídas en nuestro entorno. Las investigaciones aportan datos empíricos, pero no analizan la calidad, ni su aplicabilidad a nuestro entorno socio-sanitario. Nuestro objetivo es analizar el conocimiento empírico existente sobre: frecuencia, consecuencias y factores asociados e identificar y evaluar intervenciones preventivas efectivas. Así como valorar la utilidad y el impacto de estas en nuestro entorno.

Métodos: Se realizaron revisiones sistemáticas en las bases de datos MedLine, Cochrane, EMBASE, datos del INE y de las sociedades científicas. Se obtuvieron datos referentes a frecuencia, consecuencias de las caídas en ancianos, factores de riesgo asociados e intervenciones preventivas desarrolladas a nivel nacional como internacional. Se valoró la aplicabilidad de las intervenciones analizadas al modelo del sistema sanitario español.

Resultados: La frecuencia de caídas según el INE en mayores de 65 años va de 51%-67%. La frecuencia en estudios nacionales va de 26%-35%. En estudios internacionales es de 33%-41%. Consecuencias como

luxaciones o contusiones están entre el 60%-70% según el INE. La literatura española aporta datos de 36%-63%. La literatura internacional del 53%-80%. Según el INE entre 22% y 23% refieren fracturas o heridas profundas, siendo de 8%-11% en estudios nacionales, y entre 5%-30% en estudios extranjeros. Los factores de riesgo descritos en España son: edad avanzada, caídas previas, o pluripatología (f. intrínsecos). Fármacos o uso incorrecto de ayudas para deambular (f. extrínsecos). A nivel internacional: caídas previas, edad avanzada o limitaciones físicas (intrínsecos) y psicofármacos, factores ambientales, y uso incorrecto de ayudas para deambular (extrínsecos). En nuestro entorno hay pocos estudios de intervención y ninguno analiza su impacto. En la literatura extranjera hallamos diversidad de intervenciones cuyo impacto es analizado, siendo no efectiva en 9 estudios (50%), efectiva en 8 (44%) y 1 no concluyente (6%).

Conclusiones: Existe información de frecuencia, consecuencias y factores de riesgo asociados a caídas, pero los estudios de prevención son escasos en nuestro entorno, no es así fuera donde hay numerosos estudios de prevención, siendo efectivos un 44% de ellos. Son necesarias estrategias de prevención adaptadas a nuestro entorno y estudios que evalúen su impacto.

Financiación. Fundación MAPFRE. Instituto de Prevención, Salud y Medio ambiente.

O-088. ESTUDIO SOBRE LA ASOCIACIÓN ENTRE LAS CAÍDAS Y ESTILO DE VIDA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN ESPAÑA

N. García-Arenzana, M. Sáinz, M. Fuentes, C. Martínez, M. Rumayor, J. Sánchez, E. Jiménez, I. Viúdez, J. Fereres, et al

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La epidemiología de las caídas en personas mayores en nuestro país ha sido poco estudiada a pesar de ser un importante problema de salud pública debido al envejecimiento de la población y a que diversos estudios estiman que entre un 25 y un 33% de los mayores de 65 años han sufrido una caída en el último año. Los factores que se han relacionado con un mayor riesgo de presentar caídas son: edad, sexo femenino, viudedad, ausencia de estudios, dificultad en la movilidad, consumo de fármacos y percepción baja del estado de salud. El objetivo de este trabajo es conocer los estilos de vida que se asocian con más frecuencia a las caídas en personas mayores de 65 años en España.

Métodos: Estudio transversal de base poblacional realizado entre noviembre de 2007 y enero de 2008 en 13 provincias que representaban el 50,5% de la población española > 65 años. La recogida de datos se hizo mediante un cuestionario telefónico basado en el cuestionario de la OMS para el estudio de caídas en la persona mayor y en la Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística. Se obtuvieron 1.619 encuestas que cumplían los criterios de inclusión (personas > 65 años y no institucionalizadas). La variable dependiente es la historia referida de caída/s en el último año. Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias y la edad con media y desviación estándar. La asociación entre variables se evaluó con el test Ji-cuadrado de Pearson o el exacto de Fisher. Se asumió un error alfa de 5% para todos los contrastes de hipótesis.

Resultados: Un 24,4% de las mujeres sufrieron alguna caída en los últimos 12 meses frente a 9,7% de los hombres ($p < 0,001$). 19,2% de las personas mayores sin estudios se cayeron en el último año, significativamente más que las que tenían estudios medios (8,8%) o superiores (15,5%) ($p < 0,05$). Las personas que vivían solas refirieron un mayor nivel de caídas, 25,3% que las no vivían solas, un 12,9% ($p < 0,001$). 25,0% de los solteros se cayeron, significativamente más que todos los demás estados civiles ($p < 0,05$). No practicar ningún deporte también se asoció con un mayor nivel de caídas (18,6%) que los que practicaban algún deporte (13,6%) ($p = 0,011$).

Conclusiones: Los factores que se asociaron significativamente con una mayor frecuencia de caída/s en el último año fueron la edad, el sexo femenino, ser soltero/a, vivir solo, no tener estudios y no practicar deporte.

O-089. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE INDICACIÓN DE LA DENSITOMETRÍA ÓSEA EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA

C. Tebe, L. Casas, S. Di Gregorio, E. Sánchez, M. Espallargues, et al

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM); CETIR Centre Mèdic; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La osteoporosis es un trastorno esquelético caracterizado por una disminución de la densidad mineral ósea (DMO) que predispone al individuo a un aumento del riesgo de fracturas. En España, afecta aproximadamente a 3,5 millones de personas y son consideradas osteoporóticas 100 mil fracturas al año. En 2004 en la AATRM se elaboró una guía de práctica clínica para la indicación de la densitometría ósea (DO) que, tras revisar la evidencia científica disponible, clasificó como riesgo elevado de fractura osteoporótica los siguientes factores: edad > 70 años, bajo peso corporal IMC < 25 kg/m², sedentarismo, fármacos y/o antecedentes patológicos que aceleran la pérdida de DMO y fractura osteoporótica previa; como riesgo moderado: consumo de tabaco, antecedentes familiares de fractura osteoporótica, baja ingesta de calcio < 500 mg/día, artritis reumatoide y en las mujeres no haber amamantado a sus hijos y sin riesgo la nuliparidad. El objetivo del presente estudio es analizar la asociación de estos factores de riesgo con un diagnóstico de osteoporosis resultado de una DO.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal a partir de una base de datos de mujeres de 30 o más años con una primera indicación de DO con evaluación de cadera y/o columna en el centro médico CETIR entre 1992 y 2008, a las que se había realizado una entrevista estructurada. La variable principal del estudio fue la DMO categorizada según normal (t-score > -1), osteopenia (t-score entre -1 y -2,5) y osteoporosis (t-score < -2,5). Para determinar la asociación entre la variable principal y los factores de riesgo se calculó la razón de prevalencia (RP) y su intervalo de confianza (IC) al 95%, comparando el grupo de mujeres con osteoporosis con el resto.

Resultados: Se incluyeron 162.434 mujeres, con una media de edad de 58 años (DE 10). Al valorar el resultado de la DO, se obtuvo un 29% de mujeres con osteoporosis, un 50% con osteopenia y un 21% con DMO normal. Los cuatro factores que presentaron una RP más elevada fueron: edad > 70 años (2,2; IC95% 2,0-2,3), antecedentes de fractura osteoporótica (1,85; IC95% 1,8-1,9), artritis reumatoide (1,39; IC95% 1,31-1,48) y bajo peso corporal (1,37; IC95% 1,35-1,39). La nuliparidad (1,22; IC95% 1,20-1,25) fue otro factor relevante.

Conclusiones: Todos los factores de riesgo identificados como de riesgo en la guía presentaron un mayor o menor grado de asociación con un diagnóstico de osteoporosis resultado de una DO. El riesgo identificado para las mujeres nulíparas puede responder a una sobreestimación debida a un sesgo de selección al tratarse de mujeres con una indicación de DO y por tanto con una sospecha de osteoporosis.

O-090. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS POR POBLACIÓN MAYOR SOCIALMENTE ACTIVA

E. Rubio, T. Martínez, R. Magallón, J. Viela, et al

Facultad de Medicina; IACS; Concejalía de Acción Social.

Antecedentes/Objetivos: La calidad de los años de vida ganados toma más importancia que la esperanza de vida y "añadir vida a los años" es concepto clave de la gerontología actual. Participar en actividades sociales promueve la calidad de vida, la salud física y mental,

disminuye el riesgo de dependencia y discapacidad en el futuro. **Objetivos:** 1. Cuantificar el uso de servicios sociales, necesarios para mantener la independencia del mayor. 2. Evaluar si los servicios se agrupan en un conjunto más parsimonioso y analizar sus características.

Métodos. Estudio transversal. Población diana: 53.632 personas. Tamaño muestral: 380. Muestreo bietápico (nivel de confianza: 95%; potencia 90%). Variables: sociodemográficas y servicios utilizados, del cuestionario OARS validado y adaptado, mediante entrevista personal. Los servicios han sido analizados de forma independiente y agrupada. Análisis estadístico: chi-cuadrado. Análisis factorial. Odds Ratio con IC del 95%; p < 0,05.

Resultados. El 94,2% utiliza algún servicio, hacer viajes organizados (39,3%) y actividades (38,9%) son los más frecuentes. Las mujeres hacen ejercicio físico (29,2%), reciben orientación personal (15,1%), toman psicotrópicos (27,6%) y disponen de ayuda diaria (21,5%) (p < 0,05). Los mayores de 74 años disponen de cuidados personales (24,4%), ejercicios de rehabilitación (14,5%), ayuda doméstica (43,9%) y preparación de comidas (33,5%) (p < 0,05). Los jóvenes viajan más (47,3%), hacen ejercicio físico (27,2%) y asisten a cursos (21,7%) (p < 0,05). El análisis factorial agrupa los servicios en 5 factores que explican el 59,1% de la varianza. F1: "cuidados personales" (servicios de cuidados personales, preparación de comidas, ayuda doméstica y cuidados de fisioterapia) pertenecen los más mayores (OR = 1,9), mala salud percibida (OR = 1,9); bajo nivel de estudios (OR = 2,0) y conviven con hijos (OR = 2,2) (p < 0,05). F2: "mantenimiento personal" (participar en actividades, deportes y cursos) incluye los que perciben buena salud (OR = 0,5), mayor nivel de estudios (OR = 0,3) y viven en pareja (OR = 2,3) o con hijos (OR = 2,1) (p < 0,05). F3: "orientación psicosocial" (problemas personales, consumo de psicotrópicos) lo forman mujeres (OR = 2,7), con mala salud percibida (OR = 3,6) (p < 0,05). F4: "ocio y relación" (viajes, control personal y asesoramiento administrativo) pertenecen las mujeres (OR = 1,8) (p < 0,05). F5: "bienestar personal" (cuidados de enfermería y acondicionamiento de vivienda) se reparte de forma homogénea.

Conclusiones. 1. El 94,2% utiliza algún servicio, participar en viajes y actividades organizadas son los más frecuentes. 2. Los servicios han quedado agrupado en 5 factores: "cuidados personales", "mantenimiento personal", "orientación psicosocial", "ocio y relación" y "bienestar personal", que explican el 59,1% de la varianza.

Financiación. Diputación General de Aragón Proyecto S42.

COMUNICACIONES ORALES XVI

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 18:00 a 19:30 h

Cuestionarios e instrumentos de medición del estado de salud

O-091. VALIDACIÓN DEL "WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE, WHODAS-II"

O. Garín, M. Nieto-Moreno, J. Almansa, G. Vilagut, E. Villalonga-Olives, J. Alonso, J.M. Valderas, J.L. Ayuso, M. Ferrer, et al

IMIM-Hospital del Mar, Barcelona; CIBERESP; Universidad Autónoma de Madrid; University of Manchester.

Antecedentes/Objetivos: El WHODAS-II es un instrumento para evaluar discapacidad, desarrollado por la OMS a partir del modelo conceptual de la Clasificación Internacional de Funcionamiento. Presenta 7 dimensiones (Comprensión y comunicación, Moverse en el entorno, Cuidado personal, Relaciones interpersonales, Actividades domésticas, Trabajo fuera del hogar y Participación social) y una puntuación global. En total tiene 36 ítems y su puntuación global es de

0-100 (valores altos, mayor discapacidad). El objetivo de este estudio es evaluar las propiedades métricas del WHODAS-II en varias muestras clínicas (pertenecientes al estudio europeo MHADIE).

Métodos: Se reclutaron 1020 pacientes con 13 patologías crónicas diferentes, procedentes de 8 centros europeos. El WHODAS-II fue administrado junto al SF-36 en la evaluación inicial y a las 6 semanas y 3 meses de la misma. Según el cambio en la escala de gravedad de cada patología, se seleccionaron a los pacientes estables (para estimar la reproducibilidad) o con mejoría (para estimar la sensibilidad al cambio). A nivel de fiabilidad se estudió: la consistencia interna (alfa de Cronbach) y la reproducibilidad (coeficiente de correlación intraclase [CCI]). La validez de constructo se estudió con las puntuaciones según la gravedad y las correlaciones con las dimensiones del SF-36. La sensibilidad al cambio se analizó con el tamaño del efecto (TE = media del cambio/DE basal). Con análisis factorial exploratorio (rotación varimax) y confirmatorio se evaluó la validez estructural del WHODAS; suponiendo un factor global de segundo orden.

Resultados: 0,8 en todas El alfa de Cronbach fue $\geq 0,7$, excepto para 2 dimensiones (moverse en el las puntuaciones, y el CCI \geq entorno y Cuidado personal). Las puntuaciones del WHODAS mostraron diferencias según la gravedad ($p < 0,001$), así como correlaciones moderadas-altas con las dimensiones del SF-36 planteadas a priori (0,7-0,4). Los cambios observados en la mayoría de las dimensiones del WHODAS-II fueron moderados (0,3-0,6) y en algunos casos superiores a los presentados por las dimensiones del SF-36. El análisis factorial confirmó la estructura de 7 dimensiones y una puntuación global – CFI (0,959), TLI (0,988) y RMSEA (0,085). Sin embargo, los índices de modificación sugieren que la dimensión 6 (Participación social) sólo es relevante como parte de la global.

Conclusiones: El WHODAS-II ha mostrado unas adecuadas propiedades métricas en muestras clínicas europeas. Estos resultados respaldan su uso para la evaluación de la discapacidad en pacientes con enfermedades crónicas.

Financiación. CE SP24-CT-2004-513708 (MHADIE), ISCIII PIO61579, DURSI-GENCAT (2005-SGR-00491); AGAUR (2008FIC 00335).

O-092. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL PICKER PATIENT EXPERIENCE QUESTIONNAIRE – 15 (PPE-15)

P. Simón Lorda, I.M. Barrio Cantalejo, M.I. Tamayo Velázquez, A. Molina Ruiz, C. Sánchez Rodríguez, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Distrito Sanitario de Atención Primaria de Granada; Fundación de Investigación Biomédica de Andalucía Oriental

Antecedentes/Objetivos: Realizar una adaptación transcultural y validación del cuestionario PPE-15 (Picker Patient Experience Questionnaire – 15) al español (PPE-33) para describir las experiencias de los pacientes hospitalizados Incorporar nuevas dimensiones no recogidas por el PPE-15, pero relevantes para pacientes españoles, configurando una encuesta en castellano sobre esta materia.

Métodos: Diseño: adaptación transcultural, validación y ampliación del cuestionario PPE-15 Población: en la etapa final del estudio transversal participaron 275 pacientes adultos que, tras haber estado hospitalizados al menos 48 horas, llevaran de alta menos de 31 días. Características de la experiencia y diseño de la intervención. Etapa 1: Traducción de la versión original del cuestionario PPE-15 por 2 bilingües hispano-ingleses. Evaluación gramatical, lingüística y semántica del texto por 5 expertos. Etapa 2: Validez de contenido. Se construyó el cuestionario PPE-33, añadieron nuevas dimensiones a explorar y se midió legibilidad gramatical del texto usando la fórmula de perspicuidad de Szigriszt. Etapa 3: Aceptabilidad y viabilidad del cuestionario PPE-33. Pilotaje y exploración de la variabilidad de los resultados del cuestionario con o sin llamada previa. Etapa 4: Evalua-

ción de propiedades psicométricas: validez de constructo, fiabilidad y consistencia interna. Se realizó un estudio descriptivo transversal telefónico. Tamaño muestral 385 sujetos (participación 71,43%), nivel de confianza 95% y error del 5%.

Resultados: Validez de contenido: alto grado de concordancia. Índice de Kappa (0,872) Alto grado de estabilidad temporal (test McNemar $p > 0,05$) Alto grado de consistencia interna (alfa de Cronbach para todo el cuestionario 0.792); levemente inferior, a la mostrada en otros países por cuestionarios parecidos que también incluyen las preguntas del PPE-15, Reino Unido (0,86), Suiza (0,83), Suecia (0,80), Alemania (0,85) o Estados Unidos (0,87). La correlación entre los ítems que exploran la misma dimensión se estudió con el Rho Spearman Brown dando resultados muy buenos. La validez de constructo del cuestionario también es satisfactoria.

Conclusiones: El PPE-33 es un instrumento fiable que mide satisfacción (información clínica durante ingreso y alta, participación en decisiones y percepción de trato respetuoso) de pacientes que han tenido un ingreso hospitalario. Es el único instrumento diseñado y validado específicamente para medir estas dimensiones en castellano. Permite hacer comparaciones internacionales. Su alta replicabilidad permitirá a centros hospitalarios o servicios clínicos explorar estas dimensiones.

Financiación. Boja N° 8, 11 Enero 2007. N° de Expediente 0019/2006. Consejería de Salud, 2007. 8700 Euros.

O-093. PROPIEDADES MÉTRICAS EN ADOLESCENTES DEL ROLAND MORRIS, UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE DOLOR LUMBAR

A. Pont, Y. Pardo, F. Pellisé, F. Balagué, L. Rajmil, C. Cedraschi, C.G. Fontecha, M. Pasarín, M. Ferrer, et al

Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona; Hospital Vall de Hebron, Barcelona; Hôpital Cantonal, Fribourg (Suiza); Agència per la Qualitat, Recerca i Assessorament en Salut, Barcelona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona; Hôpitaux Universitaires Genève, (Suiza); Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La alta prevalencia del dolor lumbar en adolescentes (entre un 30% y un 70% según los diferentes estudios) ha constituido un tema de interés en la literatura reciente. Los cuestionarios específicos para evaluar el impacto del dolor lumbar sobre la capacidad funcional, como el Roland-Morris Questionnaire (RMQ) o el Oswestry entre los más utilizados, fueron desarrollados para adultos. No se dispone de estudios en adolescentes que valoren las características métricas. El objetivo de esta investigación es evaluar las propiedades métricas del RMQ en adolescentes.

Métodos: Estudio transversal en una muestra representativa de las escuelas de secundaria de dos ciudades europeas: Fribourg y Barcelona. De los 1470 participantes, se seleccionó una submuestra de 585 (39,8%) adolescentes que reportaron dolor lumbar en el último mes: 212 de Fribourg y 375 de Barcelona. El RMQ se compone de 24 ítems de respuesta sí/no, que valoran las limitaciones en diferentes actividades habituales debidas al dolor lumbar. Se obtiene una puntuación total de 0 a 24 puntos (0 es la mejor puntuación). Se estudió la fiabilidad de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach y la validez de constructo relacionando las puntuaciones con características clínicas del dolor lumbar (número de días, escala visual analógica de intensidad y duración de los episodios) mediante correlaciones (Pearson) y test de ANOVA para evaluar la tendencia lineal entre grupos.

Resultados: Un 46,3% eran chicos, con una media de edad de 14,62 (DE = 1,16). La consistencia interna del RMQ fue adecuada (alfa de Cronbach = 0,80). No se observó efecto techo y el efecto suelo fue moderado (22,3%). El estudio de validez mostró correlaciones mode-

radas con el número de días ($r = 0,40$) y con la intensidad del dolor lumbar ($r = 0,40$). La puntuación del RMQ aumentó de forma significativa con la duración de los episodios: la media del RMQ en los adolescentes que reportaron dolor durante menos de 12 horas, de 12 a 24 horas, de 1 a 7 días, o dolor de más de 7 días fue de 1,65, 2,93, 2,40, y 4,68, respectivamente; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los resultados indican que el RMQ es un instrumento válido y fiable para la evaluación del dolor lumbar en adolescentes. Investigaciones posteriores sobre la sensibilidad serán de utilidad para comprobar la aplicabilidad del RMQ en estudios longitudinales.

Financiación. Contrato de apoyo a la investigación en el Sistema Nacional de Salud. Instituto Nacional Carlos III. CA06/0081.

O-094. OAKHQOL, UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CALIDAD DE VIDA PARA ARTROSIS DE CADERA O RODILLA

M. González Sáenz de Tejada, A. Escobar, L. García, C. Herrera, C. Sarasqueta, et al

Hospital de Basurto; Dirección del Servicio Canario de la Salud; Hospital Virgen de las Nieves; Hospital Donostia.

Antecedentes/Objetivos: La medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es importante para evaluar los resultados de las intervenciones sanitarias. El objetivo del estudio fue la adaptación de un cuestionario de CVRS específico para artrosis (OA) de cadera o rodilla; Osteoarthritis of Hip and Knee Quality of Life Scale (OAKHQOL). Se presentan datos de validez aparente y fiabilidad.

Métodos: OAKHQOL es autoadministrado y consta de 43 ítems y 5 dimensiones; actividad física (16), salud mental (13), dolor (4), apoyo social (4) y actividades sociales (3); hay 3 ítems independientes; actividad sexual, vida profesional y relación con la pareja. La puntuación va de 0 (peor) a 100 (mejor estado) La traducción del francés se llevó a cabo por dos traductores (un reumatólogo y una traductora profesional) cuya lengua materna era el castellano. Realizaron dos traducciones independientes, se compararon las traducciones y junto al equipo investigador se decidió una traducción provisional. La retrotraducción al francés fue realizada por dos traductores cuyo lenguaje nativo era el francés. Realizaron dos traducciones se compararon ambas y se llegó a un consenso final. Se desarrolló un estudio piloto en el con la traducción final del cuestionario en 17 pacientes valorando la comprensión, aceptabilidad y factibilidad del cuestionario. Estudiamos la fiabilidad test-retest por el coeficiente de correlación intraclase; el alfa de Cronbach para estudiar la consistencia interna.

Resultados: Los reumatólogos y traumatólogos encontraron una buena validez aparente. Los participantes en el estudio piloto tardaron una media de 16 minutos en cumplimentar el cuestionario. En cuanto a la comprensión, algunos pacientes consideraban algunas palabras o expresiones difíciles de entender ("dosificar actividad", "me siento incómodo en mi vida familiar). Finalmente, encontraban confusos los términos de las opciones de respuesta: "totalmente en desacuerdo-totalmente de acuerdo". En cuanto a los análisis de fiabilidad, el cuestionario cumplimentado por 750 pacientes estables al de 2 semanas del primer envío por correo, presentaban los siguientes valores del alfa de Cronbach: 0,60 (actividades sociales), 0,78 (apoyo social), 0,83 (dolor), 0,91 (salud mental) y 0,93 (actividad física). En el test-retest, hallamos CCI mayores de 0,7 en todas las dimensiones, exceptuando las dos dimensiones sociales.

Conclusiones: Estos hallazgos provisionales apoyan el uso de la versión española del OAKHQOL como un instrumento de medida CVRS en pacientes con OA de cadera o rodilla.

Financiación. FISPI06/90351. CIBERESP.

O-095. COMPARACIÓN DE MODELOS PARA ANALIZAR EL ÍNDICE EQ-5D

O. Cunillera, G. Vilagut, A. Medina, R. Tresserra, M. Herdman, Y. Pardo, J. Alonso, M. Ferrer, M. Sáez, et al

Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del IMIM-Hospital del Mar; Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Grup de Recerca en Estadística, Economia i Salut de la Universitat de Girona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El cuestionario EQ-5D es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la salud percibida. El EQ-5D es un índice de valores de preferencias en el que 1 sería el mejor estado de salud posible y 0, la muerte. La distribución de esta variable es claramente asimétrica, concentrándose en el valor 1 una gran proporción de los individuos, por lo que se ha extendido el uso del modelo Tobit para su análisis. Sin embargo, en algunos estudios se ha señalado el incumplimiento de los supuestos del modelo Tobit para el análisis del índice EQ-5D. Nuestro objetivo fue comparar el Modelo Tobit con los Modelos de Regresión Lineal y de Selección Muestral (Heckit) para el análisis del índice EQ-5D.

Métodos: Los datos provienen de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) del 2006 que recogió información de una muestra representativa de la población general ($n = 15.926$). Mientras que la Regresión lineal asume distribución normal de la variable observada, el Modelo Tobit asume una variable latente normal, con posibles valores > 1 , que se observan censurados. Los Modelos Heckit consideran que tan solo hemos observado valores menores a 1. Para la evaluación de los modelos se utilizarán los siguientes criterios: cumplimiento de los supuestos (normalidad de los residuos y homocedasticidad) y comparación de índices de ajuste de los modelos -error cuadrático medio (ECM) y error absoluto medio de predicción (EAM)-.

Resultados: La normalidad de los residuos resultó gráficamente aceptable para el modelo lineal y el modelo Heckit. El test de Breusch-Pagan rechazó la homocedasticidad de los tres modelos. El modelo lineal presentó menor ECM (0,026 comparada con 0,029 del modelo Heckit y 0,031 del Tobit) y el modelo Tobit presentó mejores resultados en EAM (0,103, siendo 0,113 para el modelo lineal y 0,122 el Heckit).

Conclusiones: La heterocedasticidad observada en los tres modelos indica un posible sesgo en la estimación de los coeficientes. El modelo lineal y el modelo Tobit presentaron mejor ajuste a los datos, evaluado con el ECM y el EAM. Sin embargo, tanto los indicadores de ajuste (ECM y EAM) como los de heterocedasticidad clásicos utilizados, podrán no ser adecuados para comparar estos modelos.

Financiación. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; DURSI-GENCAT(2005-SGR-00491);CIBERESP.

O-096. ANÁLISIS ERGONÓMICO INTEGRAL DE CALIDAD DE VIDA

V.M. Soto, M. Delgado, M.C. Gatto-Cardia, P. Tercedor, A.B. Fernández-Revelles, J.M. Heredia, P.A. Latorre, J. Dafos, V.A. Aparicio, et al

Universidad de Granada; Universidad de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: La mejora de la calidad de vida requiere un abordaje multidisciplinar ya que hay múltiples factores que la condicionan. En este estudio pretendemos desarrollar un sistema ergonómico que permite evaluar de forma integral la calidad de vida relacionada con la salud, permitiendo detectar las interrelaciones existentes entre ellos, interpretando y dirigiendo las estrategias de intervención más adecuadas de forma individualizada. El sistema permite obtener un informe individualizado, el cual incluye un novedoso "índice global" de calidad de vida.

Métodos: Se han analizado 38 trabajadores (15 hombres, 23 mujeres) de la "Escuela Andaluza de Salud Pública" (EASP). Se aplicó un protocolo multidisciplinar que abarca muy diversos factores relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud, el cual integra tecnologías y metodologías procedentes de distintas áreas: protocolos Biomédicos (anamnesis, evaluación cardio-ventilatoria, composición corporal, hábitos alimentarios, antropometría), Psicosociales (salud percibida, hábitos de descanso, estrés, autoeficacia, nivel de actividad física), Posturales (biomecánica y fisioterapia), Condición Física (resistencia, fuerza, velocidad, equilibrio, flexibilidad, agilidad, coordinación), Hábitos (cuestionarios), Locomoción (biomecánica-ergonomía de marcha y carrera).

Resultados: Hemos desarrollado un novedoso algoritmo que permite integrar toda la información obtenida en un único "índice global" de calidad de vida cuyo valor oscila entre 0 y 10, correspondiéndole las siguientes categorías: muy deficiente, deficiente, aceptable, bien, muy bien. Se han procesado más de 700 variables por sujeto, las cuales han sido subdivididas en los siguientes 4 bloques: Biomédico, Condición Física, Locomoción-Postural, Psicosocial. La muestra analizada ha obtenido los siguientes valores: en cuanto al índice global de calidad de vida el valor medio ha sido 5.9 (DE: 0,7, Máx: 7,2, Mín: 4,1), componente Biomédico 6,1 (3,0, 9,7, 0,6), Condición Física 5,3 (3,6, 10,0, 0,0), Locomoción y Postural 5,7 (0,8, 7,6, 3,3), Psicosocial 7,6 (1,2, 8,9, 4,2).

Conclusiones: Cada sujeto evaluado recibió un informe individualizado, el cual fue explicado en reuniones individuales. Dicho informe contenía valores numéricos, gráficos, interpretación y recomendaciones para la mejora de su calidad de vida. La muestra mostró un elevado interés en este informe. La muestra analizada ha obtenido un índice global "aceptable" ya que son trabajadores de una entidad (EASP) muy concienciada con la salud y la calidad de vida, en la que se practican políticas internas de promoción de salud, lo cual es un ejemplo para otras entidades públicas y privadas del sector empresarial.

Financiación. CTS-545. Universidad de Granada. Proyecto en colaboración con la EASP.

COMUNICACIONES ORALES XVII

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 18:00 a 19:30 h

Violencia y riesgos para la salud mental en niños y jóvenes

O-097. FACTORES ASOCIADOS AL ACOSO ESCOLAR EN ESCOLARES DE 2º ESO DE LA CIUDAD DE BARCELONA

X. García, A. Pérez, E. Teixidó, C. Ariza, M. Nebot, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona. Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La violencia y el acoso escolar conforman un importante problema social y de salud que ha generado una creciente alarma social en los últimos años. Diversos estudios muestran prevalencias elevadas de comportamientos violentos y maltratos y refieren las proporciones más elevadas de acoso escolar a adolescentes de 11 a 14 años. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de acoso escolar en estudiantes de 2º ESO, así como los posibles factores asociados con el mismo.

Métodos: Estudio transversal. Se administró el FRESC 2008 (Factores de riesgo en escolares de Barcelona), encuesta autocontestada y administrada de forma periódica desde 1987, a una muestra representativa de 1230 escolares de 2º ESO de la ciudad de Barcelona. Se estudió el acoso desde las vertientes del agresor y la víctima, que se definieron operativamente como haber maltratado o haber sido maltratado mediante insultos, golpes o amenazas o rechazo social 4 o más veces o

alguna vez en los 3 casos en los últimos 12 meses, respectivamente. Se realizó un análisis descriptivo y se utilizó el análisis de regresión logística bivariada seguida de la multivariada para estudiar la asociación entre el acoso escolar y diversos factores relacionados.

Resultados: Un 9,5% de los chicos padecía acoso, un 7,6% maltrataba a otros escolares y un 3,6% era agresor a la vez que víctima. Entre las chicas, un 8,1% fue víctima, un 5,1% agresor y un 1,5% víctima y agresor. En ambos sexos, se asoció tener sobrepeso con ser víctima de acoso escolar (chicos: OR = 3,5; IC95%: 1,8-6,7; y chicas: OR = 2,3; IC95%: 1,1-4,6) y, en chicos, también se asoció el hecho de ver menos televisión (OR = 0,4; IC95%: 0,2-0,8). En chicos, los factores asociados al rol de agresor fueron el consumo de sustancias ilegales (excepto cannabis) (OR = 3,9; IC95%: 1,1-14,1), una conducta antisocial (OR = 2,3; IC95%: 1,2-4,7) y no leer libros a menudo (OR = 0,4; IC95%: 0,2-0,8). El consumo regular de tabaco (OR = 3,2; IC95%: 1,0-10,1) y haberse emborrachado alguna vez (OR = 2,8; IC95%: 1,1-6,7) fueron factores que se relacionaron con chicas agresoras. Además, se obtuvo asociación entre presentar un estado de ánimo negativo y ser tanto víctima como agresor.

Conclusiones: La prevalencia de acoso en escolares de 2º ESO es alta y además existen grandes diferencias, en cuanto a factores personales, sociales y de estilos de vida, entre víctimas, agresores y los que no están implicados en el acoso. No obstante, los problemas de salud mental están presentes en mayor proporción tanto en agresores como en víctimas, hecho que debería ser objeto de futuros estudios para la implementación de intervenciones preventivas apropiadas.

O-098. ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: PREVALENCIA Y TIPOLOGÍA EN MUJERES QUE SOLICITAN ATENCIÓN PSICOLÓGICA

I. Fernández, S. López, E. Pujol, L. Lopetegui, C. Pipó, M. Sentís, X. Pujols, C. Faro, et al

IMAS; ICS. Fundació Gol i Gurina; Ayuntamiento de Sant Andreu de la Barca.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la prevalencia y describir las características del abuso sexual infantil y adolescente (ASI) y analizar su relación con las variables sociodemográficas, socioeconómicas y la percepción de salud, en una muestra de mujeres adultas que solicitan atención psicológica en el Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR) de Catalunya.

Métodos: Diseño: Estudio multicéntrico, descriptivo transversal. Ámbito: 24 centros con PASSIR de Catalunya. Participantes: Mujeres > 18 años, atendidas en visita psicológica sucesiva, seleccionadas mediante muestreo consecutivo, que comprendían el idioma y aceptaron participar (n = 503). Se excluyeron si se encontraban en situación de crisis aguda o presentaban trastorno mental severo. Medidas: Cuestionario estructurado autoadministrado y anónimo con 41 preguntas, diseñadas adhoc o adoptadas del test de Wyatt y Dubé (para definir la tipología de abuso). Se han recogido los antecedentes de ASI y sus características, variables sociodemográficas y salud autopercibida.

Resultados: Media de edad de las participantes 41,2 años (desviación típica = 11,4). Refirieron haber sufrido algún tipo de ASI 182 mujeres (36,2%): tocamientos 34,3% (n = 167), fueron obligadas a tocar 17,3% (n = 81), intentaron tener con ellas una relación sexual con penetración un 18,1% (n = 87) y sufrieron penetración no consentida un 10,5% (n = 48). Explicaron los hechos el 28,8% (n = 47) (30 a la madre, 19 a amigos y 7 a profesionales), de las cuales fueron apoyadas por la familia 24/47 y alejadas del agresor 31/47. Los ASI fueron más frecuentes entre las mujeres inmigrantes comparadas con las autóctonas (53,6% y 33,8% respectivamente; p = 0,04) y según estado civil (solteras 34,7%, casadas o viudas 31,3%, separadas o divorciadas 42,3% y parejas de hecho 50%; p = 0,03). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de ASI según instrucción y situación laboral. Las mu-

jeros con antecedente de ASI refirieron peor autopercepción de salud actual (el 50% y 83% de las mujeres que declaraban salud mala o muy mala, habían padecido ASI y entre las que declaraban salud excelente, ninguna los había padecido; $p = 0,003$).

Conclusiones: En la muestra estudiada, 1/3 de las mujeres refirieron haber padecido algún tipo de ASI y 2 de cada 10 sufrieron ASI graves. La prevalencia de ASI fue notablemente superior en las mujeres inmigrantes. Pocas mujeres explicaron esta situación y solo la mitad recibieron apoyo familiar. La experiencia de ASI se relaciona con una peor autopercepción de salud en el momento actual.

Financiación. Premi Ferran i Salsas. Beca Institut Català de les Dones y Francesca Bonnemaison de la Diputació de Barcelona.

O-099. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES QUE RECIBEN ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (PASSIR) DE CATALUNYA

C. Faro, X. Pujols, E. Pujol, L. Lopetegui, I. Fernández, M. Sentis, C. Pipó, S. López, et al

IMAS; Ayuntamiento de Sant Andreu de la Barca; ICS; Fundació Gol i Gurina.

Antecedentes/Objetivos: El abuso sexual en la infancia y adolescencia (ASI) está asociado al incremento de la problemática sexual y de pareja. Presentamos los resultados preliminares de una investigación más amplia para valorar la asociación existente entre el abuso sexual infantil, las disfunciones sexuales, la satisfacción sexual percibida y aspectos relativos a las relaciones de pareja.

Métodos: Estudio: multicéntrico, descriptivo transversal. Muestra: 503 mujeres mayores de edad, atendidas en visita psicológica sucesiva, seleccionadas a través de muestreo, que no se encontraban en situación de crisis aguda, ni sufrían trastorno mental severo. Variables: socio demográficas, de respuesta sexual, satisfacción en las relaciones afectivo-sexuales y antecedentes de ASI. Instrumento de medida: cuestionario estructurado auto administrado y anónimo de 41 preguntas diseñadas adhoc. Análisis estadístico: Programa SPSS para Windows versión 15.0. Se han calculado los intervalos de confianza del 95% de las estimaciones. Nivel de significación estadística del 5% para contrastes de hipótesis bilaterales.

Resultados: Refieren que han sufrido tocamientos (Grupo 1) un 34,3% ($n = 167$), que fueron obligadas a tocar (Grupo 2) un 17,3% ($n = 81$), que intentaron tener con ellas una relación sexual con penetración (Grupo 3) un 18,1% ($n = 87$), y que sufrieron penetración no consentida (Grupo 4) un 10,5% ($n = 48$). Se encuentran diferencias significativas con las mujeres que no han sufrido ASI en la frecuencia de deseo sexual, tanto en el grupo 2 ($p = 0,01$), como en el 3 ($p = 0,01$) y el 4 ($p = 0,005$). En excitación sexual hay diferencias significativas en las mujeres del grupo 3 ($p = 0,002$) y 4 ($p = 0,005$). En capacidad orgásmica se detectan en el grupo 1 ($p = 0,015$) y 3 ($p = 0,005$). En aversión sexual se encuentran en el grupo 1 ($p = 0,007$), 3 ($p = 0,006$) y 4 ($p = 0,013$). No se encuentran diferencias significativas en satisfacción sexual percibida, en satisfacción afectiva y comunicación con la pareja. El ASI se asocia a una menor confianza, con diferencias significativas en el grupo 3 ($p = 0,017$).

Conclusiones: El ASI afecta a la sexualidad de las mujeres estudiadas, con mayor frecuencia, en aversión sexual, seguida de dificultades de excitación y orgasmo. El ASI se relaciona con la polarización (siempre-nunca) de la vivencia del deseo sexual. La mayor presencia de disfunciones no se corresponde con la satisfacción sexual percibida. El ASI no imposibilita lograr un buen vínculo afectivo con la pareja y tener una buena comunicación. Puede verse incrementada la desconfianza, especialmente, si las mujeres han sufrido intentos de penetración.

Financiación. Premi Ferran i Salsas. Beca Institut Català de les Dones y Francesca Bonnemaison de la Diputació de Barcelona.

O-100. TELEVISIÓN Y TRASTORNOS MENTALES EN LOS JÓVENES CATALANES

E. Calciati, M. Rodríguez Sanz, L. Rajmil, et al

Agencia de Salud Pública de Barcelona; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB; CIBERESP, Ciber de Epidemiología y Salud Pública; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

Antecedentes/Objetivos: La utilización de televisión se ha relacionado con efectos adversos para la salud mental de los jóvenes. Por primera vez, la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA) del 2006 permite estudiar este fenómeno en España a nivel poblacional. El objetivo es analizar la asociación entre un excesivo consumo de televisión y un amplio abanico de trastornos mentales, afectivos y relacionales, en la población juvenil catalana.

Métodos: Se realizó un estudio transversal. La población de estudio son los menores de 4 a 14 años, residentes en Cataluña y no institucionalizados ($N = 1804$). La ESCA incluye el test de salud mental Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), que consta de 6 escalas tipo Likert, referentes a los problemas emocionales, conductuales y relacionales, a la hiperactividad, al comportamiento prosocial y a las dificultades totales. La variable dependiente es la probabilidad de trastorno mental, que se construye a partir de la puntuación de cada escala, a la que se aplican los puntos de corte propios del test que permiten clasificarla como normal o anormal. La variable explicativa es la utilización diaria de TV (1 hora o menos, y más de 1 hora), y las variables de ajuste son el sexo, la edad, la salud percibida, el nivel de estudios de la madre y la estructura familiar (biparental o no). Se estiman las prevalencias de trastorno mental en cada escala y se realiza un análisis bivariado mediante pruebas de chi cuadrado. Se construyen modelos multivariados de regresión binomial para estimar las razones de prevalencias (RP) y los intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: El 30% de los menores ve más de 1 hora la TV, porcentaje que aumenta con la edad y al disminuir el nivel de estudios materno. El 13,8% tiene un probable trastorno mental en la escala de dificultades del SDQ. Esta proporción aumenta en los menores que ven más de 1 hora al día la TV (RP = 1,7, IC95% = 1,3-2,1), en los menores con madres de menor nivel educativo (RP = 2,2, IC95% = 1,5-3,3 estudios primarios versus universitarios), y en los de familias monoparentales (RP = 1,8, IC 95% = 1,4-2,3). Todas estas asociaciones se observan en cada escala del SDQ, excepto en la prosocial.

Conclusiones: La excesiva utilización de TV es un importante factor de riesgo de mala salud mental en los jóvenes, además del nivel socioeconómico desfavorecido y de la pertenencia a familias monoparentales. Es fundamental fomentar un debate sobre estos riesgos para aplicar medidas de protección de la salud con enfoque integral, en el ámbito familiar, médico-sanitario, educativo, así como en los propios medios de comunicación.

O-101. FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL EN CHICOS/AS: MODELOS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES

E. Villalonga Olives, A. Maydeu-Olivares, J. Palacio-Vieira, J.M. Valderas, L. Rajmil, J. Alonso, et al

CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-Hospital del Mar) Barcelona; Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament psicològic de la Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona; National Primary Care Research Centre, Manchester University; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM), Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Un gran número de factores de riesgo han sido implicados en el desarrollo de problemas mentales en adolescentes, siendo la salud mental de la madre el considerado más importante. Nuestro objetivo fue contrastar un modelo teórico donde se integran diferentes factores de riesgo y evaluar su importancia.

Métodos: Se elaboró un modelo conceptual a partir de la revisión y especificación de modelos anteriores. Se utilizaron variables del estudio Kidscreen Seguimiento donde se evaluó la salud de chicos/as españoles (8-18 años) y uno de sus padres (2 evaluaciones, 3 años de diferencia). La salud mental de los chicos/as fue evaluada con el Strengths and Difficulties Questionnaire combinando las puntuaciones de padres y chicos/as (recodificadas en probables trastorno mental y no-trastorno). Se usaron modelos de ecuaciones estructurales para evaluar la influencia de las siguientes variables: 1. Causales: la salud mental de los padres (CIDI-SF) y los acontecimientos vitales negativos en el chico/a (CLES) y 2. Mediadores: relación con los padres, el soporte social y relación con los compañeros y los recursos económicos (Kidscreen). Se utilizó un modelo estructural probit (variable dependiente ordenada) cuyos coeficientes finales se transformaron en efectos marginales.

Resultados: Se evaluaron 840 chicos/as, de los cuales 454 (54%) participaron en el seguimiento. El 20% de los chicos/as y el 25% de los padres fueron considerados probables caso de trastorno mental. Un incremento en la probabilidad de trastorno mental de los padres implicó una probabilidad de 7,98% de sufrir trastornos en el chico/a; la experiencia de al menos un acontecimiento vital en el chico/a incrementó un 3,2% la probabilidad de trastorno. Entre los factores mediadores, el factor más importante resultó ser el soporte social y la relación con los compañeros. (CFI: 0,93; TLI: 0,90 y RMSEA: 0,03).

Conclusiones: El modelo conceptual confirma que los trastornos mentales de los padres y los acontecimientos vitales negativos son los dos factores más importantes para la salud mental de chicos/as y ha puesto en evidencia la importancia de factores mediadores.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III: FIS Expte PI042315 y DURSI-GENCAT (2005-SGR-00491).

O-102. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR EN NIÑOS/ ADOLESCENTES ESPAÑOLES

J.A. Palacio-Vieira, E. Villalonga-Olives, J. Alonso, L. Rajmil, et al

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona; Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que incluye la percepción individual sobre aspectos físicos, psicológicos y sociales. En niños/adolescentes la CVRS está influenciada, entre otros factores, por la capacidad de adaptación ante eventos familiares adversos. El objetivo fue analizar los cambios en la estructura familiar durante un período de seguimiento de 3 años y sus efectos sobre la CVRS en una muestra de niños/adolescentes españoles.

Métodos: En 2003 el estudio KIDSCREEN seleccionó una muestra representativa de niños/adolescentes (8-18 años) y sus familias en 13 países europeos, entre ellos España (n = 840). En 2006 (3 años después) la muestra española fue re-evaluada a través de una segunda encuesta postal. Los cambios en la estructura familiar fueron analizados según variables sociodemográficas (edad, sexo, estatus económico familiar y máximo nivel educativo de los padres). La variable dependiente fue el cambio en las puntuaciones en el cuestionario KIDSCREEN, medido mediante el Tamaño del Efecto (ES), y la variable independiente fue el cambio en la estructura familiar declarado por la madre/padre y categorizada como "no cambio", "cambio positivo/

neuro" (estudiar fuera, nacimiento del un hermano) y "cambio negativo" (fallecimiento de un miembro de la familia, separación/divorcio de los padres, etc.).

Resultados: La participación en el seguimiento fue de 54% (n = 454). El 82% de los padres/madres participantes reportaron que la estructura familiar no había cambiado en los 3 años del seguimiento, 9% declararon un cambio "positivo neutro" y un 5% declararon un "cambio negativo". No se observó relación entre las variables sociodemográficas y el cambio en la composición familiar. Los chicos/adolescentes en la categoría de "cambios negativos" presentaron peores puntuaciones en 7 de las 10 dimensiones del KIDSCREEN (ejemplo: Bienestar físico (ES = 0,45); Bienestar psicológico (ES = 0,52)). En contraste, en los que presentaron "cambios positivos/neutros" se observaron mejores puntuaciones en 4 de las 10 dimensiones del KIDSCREEN (ejemplo: Auto-percepción; (ES = 0,22); Relación con los padres; ES = 0,12)), comparados con los otros grupos.

Conclusiones: El presente estudio longitudinal resalta la importancia de tener en cuenta los cambios en la estructura familiar en la prevención del deterioro de la CVRS en niños y adolescentes.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III, Expedientes. PI042504 y PI042315.

COMUNICACIONES ORALES XVIII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Violencia de género: situación actual, factores asociados y precipitantes

O-103. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO EN ESPAÑA

C. Vives-Cases, C. Álvarez-Dardet, D. Gil-González, J. Torrubiano-Domínguez, I. Rohlf, V. Escribà-Agüir, et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. España; CIBER de Epidemiología y Políticas Públicas (CIBERESP). España; Observatorio de Políticas Públicas y Salud; Unitat de Planificació, Serveis Territorials, Departament de Salut, CATSALUT, Generalitat de Catalunya, Girona. España; Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES). Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La inclusión de preguntas sobre agresiones o malos tratos en el cuestionario de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (ENS-06) permite por primera vez en España, en el contexto de una encuesta nacional de salud, conocer y distinguir la violencia del compañero íntimo contra las mujeres (VCI) de otro tipo de agresiones. El objetivo de este estudio determinar la prevalencia de la violencia del compañero íntimo (VCI) y analizar las características sociodemográficas de las mujeres afectadas por la VCI.

Métodos: estudio transversal basado en la Encuesta Nacional de Salud de España de 2006 (ENS-06). La muestra son las 14.047 mujeres dispuestas a responder las preguntas sobre malos tratos (93,5% del total de entrevistadas) formuladas. Se realizó un análisis bivariado y multivariado, siendo la variable dependiente la VCI declarada y las independientes: nivel de estudios, empleo, estado civil, situación de convivencia con la pareja o análogo, número de menores en el hogar, nacionalidad (españolas vs extranjeras) y edad.

Resultados: La VCI afecta al 1% (n = 128) de la muestra. Son las mujeres con estudios primarios o sin estudios (OR 3,61 [1,89-6,90]), con 3 o más menores en hogar (OR 3,42 [1,73-6,75]) y separadas o divorciadas (OR 2,83 [1,60-5,02]) las que mayor riesgo de VCI regis-

tran, una vez controlado el efecto del resto de variables. El riesgo de VCI también es mayor entre las mujeres nacidas fuera de España (OR 2,89 [1,90-4,38]).

Conclusiones: La VCI parece manifestarse de manera desigual entre mujeres españolas y extranjeras. El nivel educativo, el número de menores en el hogar y el estado civil son las características de estas mujeres que más se asocian al riesgo de VCI. Sería pertinente reflexionar sobre la sensibilidad de las medidas existentes contra la VCI en relación a las necesidades de las mujeres afectadas.

Financiación. Patrocinio del Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Consumo.

O-104. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LA PAREJA. UN ESTUDIO DE PREVALENCIA NACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Ruiz Pérez, J. Plazaola Castaño, E. Jiménez Gutiérrez, G6 Violencia Género, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La violencia contra las mujeres ejercida por sus parejas o ex-parejas es actualmente reconocida como un problema de salud pública y una violación de los derechos fundamentales de las mujeres. El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de este tipo de violencia en nuestro país, tanto de carácter físico como no físico.

Métodos: Encuesta transversal autoadministrada con representatividad nacional y por Comunidades Autónomas, que incluye mujeres entre 18 y 70 años que acudieron entre mayo de 2006 y mayo de 2008 a consultas de atención primaria de todo el estado español, por cualquier motivo de consulta. Los cuestionarios fueron entregados por el/la médico/a a las mujeres tras la consulta y, una vez completados eran devueltos dentro de un sobre cerrado, garantizando así el anonimato y confidencialidad de las respuestas. La violencia en el último año se recogió a través de la versión española del Index of Spouse Abuse y la violencia previamente al último año a través de unas cuestiones desarrolladas específicamente para este estudio. Se recogieron también la edad de comienzo de los malos tratos y la duración de los mismos. Se calcularon los estadísticos descriptivos habituales.

Resultados: La muestra de este estudio está formada por 10.322 mujeres que afirmaron haber tenido pareja alguna vez en la vida (tasa de respuesta de 72,7%). La prevalencia de maltrato en el último año fue 15,2%, previamente al último año 14,5% y alguna vez en la vida 24,5%, siendo la violencia no física superior a la física. El 12,4% de las mujeres refirieron haber sufrido maltrato físico y no físico alguna vez en la vida. La severidad y frecuencia del maltrato fueron además superiores en estas mujeres que refirieron haber sufrido los dos tipos de maltrato, en comparación con aquellas que refirieron haber sufrido un único tipo de violencia. La edad media de comienzo de los malos tratos fue 26 años, y el 30,9% de las mujeres maltratadas refirieron haber sufrido el maltrato durante más de 11 años.

Conclusiones: Sólo recientemente han empezado a recogerse en diferentes países datos con representatividad nacional sobre este problema. Los resultados de este estudio son consistentes con lo encontrado en otros países europeos (20-29%). La alta prevalencia, y el hecho de que los malos tratos suelen prolongarse durante años, cuestiona la eficacia de las actuales estrategias de prevención e intervención del problema, adoptadas en nuestro país. Igualmente, esta prevalencia en mujeres que acuden a atención primaria subraya la importancia del sector sanitario en el abordaje de este problema.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria.

O-105. ESTUDIO DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIAS DE GRANADA

A.M. Tavora Rivero, E. Aguayo de Hoyos, M. Fabregat, et al

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: Según distintos estudios poblacionales conocemos que entre un 10 y un 69% de las mujeres de todo el mundo refieren maltrato por parte de sus parejas, y que el 60% de ellas tienen problemas psicológicos moderados o graves. En España no contamos con estudios suficientes, en el ámbito de la Salud Mental, que nos permitan conocer la prevalencia de este problema en las mujeres que consultan por Trastornos Mentales Comunes o Trastornos Mentales Graves. El objetivo principal de nuestro trabajo es medir la prevalencia de maltrato por la pareja en las mujeres que consultan a alguno de las 9 Unidades de Salud Mental Comunitaria de Granada y provincia, así como conocer si existe mayor morbilidad para los problemas de salud mental en las mujeres que están en situación de violencia.

Métodos: Diseño transversal y prospectivo, en el que se incluyen las 9 Unidades de Salud Mental Comunitarias con una muestra total de 1000 pacientes. Para llevar a cabo el estudio hemos empleado variables sociodemográficas, clínicas, un cuestionario sobre maltrato y otro que explora la importancia del amor de pareja para las mujeres.

Resultados: Con el análisis preliminar descriptivo de 676 mujeres encuestadas que han consultado en 6 de las 9 Unidades de Salud Mental Comunitaria podemos adelantar que un 23,5% de las mujeres consideran que su pareja respeta sus sentimientos solo de forma ocasional, que en un 22,8% son insultadas, que un 14% sienten siempre controladas por su pareja y que en el 8,1% han recibido agresiones físicas. Que el 11,5% considera que sufre maltrato en la actualidad, pero que si se tiene en cuenta a las parejas anteriores el porcentaje es del 40,7%. Que en el 69,7% no han referido este problema en la Unidad donde la atienden. En relación con el cuestionario sobre la importancia del amor de pareja el 72% de las mujeres incluidas considera que para una mujer lo más importante es que la quiera su pareja.

Conclusiones: Los resultados provisionales obtenidos muestran la necesidad de seguir profundizando en la importancia de violencia por la pareja como factor de riesgo para padecer un Trastorno Mental. Así mismo evidencian que las dificultades en las relaciones de pareja son una causa de sufrimiento para las mujeres que consultan a las Unidades aunque no se hayan producido agresiones físicas. Se confirma, de acuerdo con otros estudios, que la mayoría de las mujeres no refieren este problema en la consulta y que los profesionales de estas Unidades no preguntan directamente sobre la existencia o no de maltrato. La falta de información, por parte del profesional, sobre la situación de violencia para influir negativamente tanto en la prescripción de tratamiento como en el diagnóstico clínico.

Financiación. PI07/90670 Instituto de Salud Carlos III.

O-106. ¿QUÉ FACTORES PREDICEN LA VIOLENCIA DE PAREJA DURANTE EL EMBARAZO?

V. Escribà-Agüir, M. Royo-Marqués, C. Pacheco, M. Tàrrega, J. Asensi, A. Tejedor, E. Síscar, P. García, M.P. García, et al

Servei de Promoció de la Salut. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; CIBERESP; Agència Valenciana de Salut.

Antecedentes/Objetivos: Identificar si existen diferencias entre los factores de riesgo de la violencia de pareja (VP) de tipo físico y de tipo no físico (emocional o sexual) por parte del compañero íntimo en mujeres embarazadas.

Métodos: Se ha incluido una muestra de 492 mujeres mayores de 15 años captadas en 11 centros públicos de atención primaria (provincia de Alicante y Valencia) que acudían a la primera visita de control del embarazo durante 2008. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático. La recogida de información se obtuvo por medio de un cuestionario autocumplimentado entregado a la mujer por la matrona. La variable respuesta es la VP de tipo físico y no físico, medido con la versión validada del instrumento "Index of Spouse Abuse". Las variables explicativas son: a) el apoyo social de tipo tangible valorado según el método Blake; b) acontecimientos vitales desfavorables; c) consumo de alcohol o drogas por algún miembro familiar (algún miembro de la familia, pareja o expareja), d) país de origen, y factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios y estatuto de empleo). Se han calculado las OR ajustadas y sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados: La prevalencia de VP durante el embarazo es de 2,4% de tipo físico y de 4,2% la VP de tipo no físico. Por edades son las menores de 30 años quienes presentan mayores porcentajes: 3,8% y 6,1%, respectivamente. La falta de apoyo social tangible aumenta la probabilidad de la VP física y no física (OR: 15,03; IC95% = 2,13-106,38 y OR: 14,87; IC95% = 2,39-92,76, respectivamente); así como la presencia de acontecimientos vitales desfavorables (OR: 3,44; IC95% = 0,64-18,45, OR: 8,70; IC95% = 2,41-31,39, respectivamente). El consumo de drogas y alcohol por parte de algún familiar, aumenta la probabilidad de presentar VP no física (OR: 4,26; IC95% = 1,34-13,61). Sin embargo, la probabilidad de presentar VP física es mayor cuando hay problemas de consumo de drogas o alcohol en la pareja o expareja (OR: 19,30; IC95% = 4,53-82,27). Las mujeres extranjeras tienen mayor riesgo de sufrir VP física (OR: 9,97; IC95% = 1,87-53,01), pero no se relaciona con la VP no física. No se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la edad, nivel de estudios, estado civil y estatuto de empleo y la VP física y no física.

Conclusiones: Se observa un patrón diferencial en los factores de riesgo que afectan la VP de tipo físico y no físico que ocurre durante el embarazo.

Financiación. FIS (PI061565) y Conselleria de Sanitat (070/2008).

O-107. EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS DE CATALUÑA. SITUACIÓN ACTUAL

E. Valls, J. Jou, C. Fernández, L. Segura, J. Colom, et al

Subdirección General de Drogodependencias. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: El consumo abusivo de alcohol y de otras sustancias y la violencia de género en la pareja han sido reconocidos como graves problemas psicosociales, sanitarios y jurídicos. Las opiniones de los profesionales que trabajan con las dos problemáticas sugieren que existe una relación entre los dos fenómenos. El consumo de alcohol o drogas, tanto en sus efectos agudos como en sus patrones más crónicos se asocia a la violencia en las relaciones afectivas y aumentaría la probabilidad tanto de ejercerla como de sufrirla. El objetivo de este estudio es presentar la percepción que sobre el tema tienen los centros de atención y seguimiento a los drogodependencias de Catalunya.

Métodos: Se envió a todos los centros un cuestionario diseñado con el objetivo de conocer mejor el alcance de la problemática de la violencia de género e intrafamiliar entre los pacientes de los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias y las actuaciones preventivas y asistenciales que se estaban llevando a cabo. El cuestionario estaba organizado en diferentes apartados: la detección, el diagnóstico, la intervención, la organización y el registro, y la opinión, las propuestas y necesidades por parte de los centros.

Resultados: Un total de 35 centros respondieron el cuestionario. El 77,1% de los centros consensuaron en equipo las respuestas al cuestionario. La detección de posibles víctimas de violencia, sólo se hace

habitualmente en 31,4% de los centros y la de personas que ejercen violencia sólo en una cuarta parte de ellos. Un 82,9% de los centros dicen no disponer de un sistema de detección en primera visita y el 65,7% consideran que menos de un 20% de sus pacientes ejercen este tipo de violencia. 48,6% disponen de un protocolo de actuación y en 85,7% se registran en la historia clínica los diagnósticos de los pacientes relacionados con la violencia de género o intrafamiliar. Un 48,6% consideran muy importante la adquisición de habilidades para la detección y la intervención.

Conclusiones: En los centros de drogodependencias ni la detección de las víctimas ni de los agresores es habitual y el tratamiento no es frecuente. El abordaje, si se hace, es individual. No está establecido un sistema de detección consensuado para la exploración que se realiza en la primera visita, pero los datos quedan registrados a la historia clínica del paciente. Se detecta una elevada sensibilización hacia el tema por parte de los profesionales. Se considera necesario crear un protocolo de actuación específico y formar a los profesionales en habilidades, recursos y sobre aspectos jurídico-legales.

O-108. EL EFECTO DE IMITACIÓN DE LAS NOTICIAS DE VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO EN TELEVISIÓN

C. Vives-Cases, J. Torrubiano-Domínguez, C. Álvarez-Dardet, et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España; Observatorio de Políticas Públicas y Salud.

Antecedentes/Objetivos: La presencia de la violencia del compañero íntimo contra las mujeres (VCI) como tema de noticia es una tendencia creciente en diferentes países. La preocupación por el efecto de la violencia en la programación televisiva sobre la conducta ha promovido el desarrollo de un importante cuerpo de estudios que coinciden en identificar la exposición continuada de la violencia mediática como un factor de riesgo potencial, sobre todo, para algunos colectivos como los niños. Aún no se han realizado estudios para responder a la pregunta de si la cobertura televisiva de la VCI puede a través del efecto de imitación incrementar el riesgo de muerte para las mujeres. Se plantea este estudio con el objetivo de explorar si existe un efecto de imitación en las muertes por VCI y si su aparición en las noticias de televisión incrementa el riesgo de mortalidad por esta causa.

Métodos: Estudio ecológico basado en los datos de muertes por VCI y las noticias de televisión relacionadas con este tema emitidas en España en cadenas de audiencia nacional entre 2003 y 2007. Se construyó la variable diferencia entre el número de muertes ocurridas en un periodo anterior y posterior a la aparición de cada noticia. Se agruparon los crecimientos y decrecimientos en la mortalidad por contenidos de noticias y se estimó el efecto en la mortalidad de la emisión por tipos de noticias.

Resultados: Ocurrieron 340 muertes y aparecieron 3,733 noticias sobre VCI durante el periodo de estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el incremento de la mortalidad después de la aparición del tema en televisión. En el análisis de días sin noticias frente a días con noticias se observó un efecto protector en la mortalidad por VCI (RR = 0,835, IC95% = 0,755-0,923). Este efecto protector es más fuerte en el caso de la difusión de información sobre muertes (RR = 0,785, IC95% = 0,737-0,999) y medidas (RR = 0,862, IC95% = 0,761-0,976).

Conclusiones: Se descarta la presencia de un efecto de imitación promovido por la cobertura en televisión de la VCI. No hay razón para limitar la aparición en televisión de noticias sobre VCI. Al contrario, la presencia del tema en televisión parece mostrar un efecto protector que podría ser útil para el desarrollo de estrategias preventivas.

Financiación. Financiación del Instituto Carlos III y el Ministerio de Sanidad y Consumo al proyecto titulado "Violencia de género, medios de comunicación y el efecto de imitación".

O-109. COBERTURA MEDIÁTICA COMO DETERMINANTE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

J. Torrubiano-Domínguez, C. Vives-Cases, C. Álvarez-Dardet, et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Durante los últimos años se ha producido un incremento de la cobertura mediática de la violencia de género (VG). De igual forma, se ha gestado cierta preocupación por la posible presencia de un efecto de imitación entre los femicidas ante la aparición de estas noticias, como ocurre con los suicidios. Este estudio se plantea explorar el impacto de la información que se difunde en los medios de comunicación cuando ocurren muertes por VG.

Métodos: Estudio ecológico basado en las muertes de mujeres por VG y las noticias sobre éstas en la prensa de mayor tirada nacional (El País, El Mundo y ABC) y los programas de no ficción de las principales televisiones públicas y privadas de ámbito nacional (TV1, Tele5, La2, Cuatro, Canal+, La sexta) entre 2003 y 2007. Se construyó una variable diferencia entre el número de muertes ocurridas en un periodo anterior y posterior a la aparición de una noticia con el fin de registrar los momentos de incremento y descenso. Las noticias sobre muertes por VG se clasificaron según si eran sobre el relato de un suceso, estadísticas de muertes, medidas tomadas ante los casos de muerte o la mortalidad por VG en general o una combinación de estos tipos (relato-estadísticas, relato-medidas, estadísticas-medidas, relato-estadísticas-medidas). Se compararon los días sin noticias con cada tipo de noticia (exposición) y su efecto sobre los momentos de incremento (resultado) vs decrecimiento en la mortalidad por VG mediante el cálculo de odds ratios.

Resultados: Entre 2003 y 2007 ocurrieron 340 muertes y aparecieron 397 noticias de prensa y 1890 de televisión. No se ha observado un efecto de imitación promovido por los tipos de noticias sobre mortalidad por VG ni en prensa ni en televisión. Por el contrario, se observó un efecto de protector en la aparición de noticias en prensa y televisión en comparación con los días sin noticias (OR = 0,75[0,62-0,90]). Por tipos de noticias, la aparición de noticias de televisión con exclusivamente estadísticas de mortalidad por VG (OR = 0,71[0,52-0,98]) y la combinación relato-estadísticas-medidas (OR = 0,60[0,40-0,91]) también parece tener un impacto protector frente a los días sin noticias sobre el tema.

Conclusiones: No parece que la cobertura mediática en torno a la mortalidad por VG haya generado, en España, un efecto imitación por parte de los hombres que asesinan a sus parejas. Los medios de comunicación españoles no sólo han contribuido a la construcción social de la VG, sino también parecen tener un impacto positivo. Estos hallazgos, de confirmarse en otros países, podrían contribuir en el diseño de estrategias de prevención apoyadas en la disponibilidad de espacio impreso para difundir información detallada y la magnitud de la audiencia televisiva.

Financiación. Fondo de Investigaciones Sanitarias en su convocario de proyectos de metodologías complementarias. Ministerio de Sanidad y Consumo.

O-110. ¿LEYES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO SOLUCIÓN PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO? UNA REVISIÓN DE LA LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

G.M. Ortiz-Barreda, C. Vives-Cases, D. Gil-González, C. Álvarez-Dardet, et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante-España; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) España; Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS).

Antecedentes/Objetivos: La violencia de género (VG) ha sido incluida en la agenda política de los gobiernos, aunque en cada país se

plantean acciones diferentes. Este estudio tiene como finalidad describir la legislación internacional sobre el tema y examinar el grado de sensibilidad de estas leyes hacia los colectivos de especial vulnerabilidad ante la VG.

Métodos: Análisis de contenido cuantitativo de documentación legislativa sobre VG desde 1974 hasta 2007. Búsqueda sistemática en las bases de datos de la Annual Review of Law of the Harvard University, la WHO-International Digest of Health Legislation y el Centro Reina Sofía de España. Se diseñó un cuestionario "ad hoc". Variables: tipo de legislación (categoría excluyente: ley, enmienda de ley, enmienda del código penal), país, concepto clave en el enunciado (categoría excluyente: violencia familiar, violencia doméstica, violencia de género, violencia contra la mujer, violencia contra la mujer y familia, violencia intrafamiliar, violencia conyugal y otros), tipología del maltrato (categoría no excluyente: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual y violencia económica), mención de colectivos de especial vulnerabilidad ante la VG (categoría no excluyente: etnia, nivel socioeconómico, edad y discapacidad). Se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: Se recuperaron 96 documentos legislativos correspondientes a 70 países, de los que el 61,5% (n = 59) son leyes que abordan la violencia contra las mujeres perpetrada por sus parejas. De éstas, el 68% se decretaron como leyes de violencia doméstica (n = 40). En el 98% (n = 58) de las leyes se reconoce la violencia física, y se reconoce la violencia económica en el 38,9% (n = 23). En el 23,7% (n = 14) de las leyes se hace referencia a mujeres con discapacidad en situación de maltrato, en el 15,3% (n = 9) a colectivos de edad especiales -muy mayores o muy jóvenes-, y en el 11% (n = 7) se hace referencia a la etnia.

Conclusiones: A pesar de la complejidad que entrama la VG, persiste la escasez de criterios para establecer adecuadas definiciones del problema y para reconocer todas las formas en que se manifiesta. Por otra parte, aún es incipiente el reconocimiento de las leyes de colectivos de mujeres de especial vulnerabilidad ante la VG. La efectividad de las medidas planteadas en las leyes puede verse comprometida por esta problemática.

COMUNICACIONES ORALES XIX

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Vigilancia y protección de la salud

O-111. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE INTERVENCIÓN EN LAS ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS DE ANDALUCÍA

Z. Herrador Ortiz, M.D. Márquez Cruz, J. Guillén Enríquez, et al

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, Consejería de Salud; Servicio de Medicina Preventiva, H.U. Reina Sofía, Córdoba; Servicio de Medicina Preventiva, H.U. Puerta del Mar, Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: La valoración de los informes finales de las alertas es un indicador de calidad que se mide de forma sistemática desde el año 2000. Se plantea como objetivo evaluar la calidad de los informes finales y de la intervención ante las alertas del año 2007 en Andalucía.

Métodos: Estudio descriptivo transversal; la fuente de información fueron los informes finales de alertas por brotes del año 2007 recibidos en el Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Evaluación (SVEA) hasta febrero de 2008, excluyéndose los brotes por toxi-infección alimentaria (T.I.A.) y tuberculosis que fueran domiciliarios, T.I.A. de ámbito público de menos de 4 afectados, alertas por infestación, brotes por exposición a tóxicos o por reacciones postvacunales, y alertas

no investigadas o no confirmadas. Para la valoración de los informes se empleó una encuesta elaborada por el SVEA con escala de 0 a 10 distribuida en 4 criterios representados por 12 ítems. Los criterios son: formato del informe (resumen, definición de caso, gráfico incidencia y concordancia con ficha técnica), tiempo de respuesta (detección temprana e intervención en primeras 24 horas), metodología de investigación (búsqueda casos/expuestos, datos de tiempo-lugar-persona, encuesta y estudio caso-control y determinación de agente-fuente-transmisión) y medidas adoptadas (control-prevención y conclusiones/recomendaciones). La valoración fue realizada por dos evaluadores externos al SVEA. Tras pilotaje previo se realizó doble lectura de los informes y revisión conjunta ante discrepancia de ± 1 punto. Se efectuó análisis por provincias y enfermedades.

Resultados: De 339 informes recibidos, se analizaron 111. La puntuación global de Andalucía fue de 6,6, superior a 2005 (4,2), pero menor que 2006 (7,2). Todas las provincias superaron los 5 puntos. La provincia mejor puntuada fue Jaén, con un 8,1, y la peor Sevilla (5,9). El ítem mejor valorado fue el resumen inicial con 8,8, mientras que la recogida de datos de tiempo-lugar-persona con 4,0 fue el peor. El criterio mejor valorado fue el formato (7,2), y el peor la metodología de investigación (5,8). Por enfermedades los informes de brotes de origen hídrico obtuvieron la puntuación media más alta (8,8), y las alertas por brucelosis la más baja (4,9).

Conclusiones: Este sistema de evaluación ha contribuido a la mejora y homogenización de la calidad de actuación ante las alertas epidemiológicas en Andalucía, como muestra la tendencia al alza de la valoración global desde el año 2000, hecho que justifica la continuidad de esta evaluación.

O-112. INNOVACIÓN EN LA ELABORACIÓN DEL CATÁLOGO DE SERVICIOS DE LA AGENCIA DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE CATALUÑA

C. Chacón Villanueva, X. Llebaria Samper, A. Plasència Taradach, et al
Agència de Protecció de la Salut; DG de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Como un paso más en la reforma de la salud pública en Cataluña, la ley 7/2003 creó la Agencia de Protección de la Salud (APSCAT), esta ley también determina que se debe disponer de un catálogo donde se especifique la relación de actividades y servicios que puedan proveerse incluidos los servicios mínimos de competencia local. Esta necesidad fue planteada por la dirección como una clara oportunidad de mejora e innovación organizativa. El objetivo consistía en determinar qué servicios eran necesarios y por qué debían ser prestados, respetando lo que se debe hacer como organización sanitaria, es decir, conocer la salud de la población y sus determinantes, diseñar intervenciones que mejoren la salud y garantizar la prestación de los servicios con calidad y equidad.

Métodos: Para la elaboración del catálogo se diseñó un proyecto con dos líneas estratégicas, una de participación interna, con la creación de un grupo de trabajo (impulsor) con miembros de todos los niveles de la organización central y territorial, y otra de participación externa, con la realización de una jornada de intercambio de experiencias con administraciones, organizaciones y profesionales. Las fases del proyecto fueron: 1. Discusión y análisis del modelo con asesoramiento técnico externo al grupo impulsor y jornada de participación externa. 2. Diseño de la tipología y estructura, tomando como base las funciones y servicios esenciales de salud pública de las administraciones según el Institute of Medicine y United States Dep. of Health Human Services, así como las competencias de la APSCAT. 3. Determinación, valoración y discusión de los servicios que debían incluirse. 4. Elaboración del documento final y aprobación por la Dirección General de Salud Pública y el Consejo Rector de APSCAT. 5. Edición, presentación y difusión interna y social.

Resultados: El Catálogo tiene 47 servicios básicos desglosados en otros más específicos, todos ellos agrupados en siete grupos según su función principal: 1. Gestión de riesgos sanitarios. 2. Evaluación de riesgos sanitarios. 3. Servicios analíticos: laboratorios de salud alimentaria y ambiental. 4. Información sanitaria. 5. Comunicación, fomento y soporte. 6. Coordinación, cooperación, colaboración sanitaria y enlace. 7. Docencia e investigación.

Conclusiones: –Primer catálogo de servicios de protección de la salud del Estado. –Diseñado de forma innovadora y participativa integrando las funciones que deben cumplir las administraciones sanitarias y los principios técnicos y científicos de las políticas de protección. –Es el documento de referencia para la elaboración de convenios de prestación de servicios con las administraciones locales.

O-113. EL PANGENOMA DE LEGIONELLA PNEUMOPHILA: ÉNFASIS SOBRE LA CEPA DE ALCOY

G. D'Auria, N. Jiménez, F. Peris-Bondía, C. Pelaz, P. López-García, A. Latorre, A. Moya, et al

ICBBE, Universidad de Valencia; CIBEResp; Hospital General Universitario de Elche; CSISP, Valencia; Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Legionella pneumophila subespecie pneumophila, microorganismo causante de la legionelosis, una enfermedad multisistémica severa que incluye neumonía, es un patógeno que de forma esporádica o recurrente es presente en España. No obstante la legionelosis tiene incidencia media o baja, durante los últimos años ha cobrado interés creciente al presentarse brotes epidémicos, en ocasiones de gran magnitud. Por ejemplo, los detectados en Alcoy en 1999 y 2000, o en Murcia en 2001. Aunque la identificación de la fuente de infección es complicada, se sabe que el patógeno crece en torres de refrigeración o sistemas de abastecimiento de agua. En Octubre de 1999 se aisló de un paciente afectado de legionelosis, la que denominamos como cepa Alcoy. Se trata de una cepa particularmente virulenta y recurrente en brotes posteriores. Fue referenciada en el Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III (Majadahonda, Madrid, España) como 2300/99 e identificada como L. pneumophila serogrupo 1, Pontiac (Knoxville). Aquí presentamos el genoma completo de esta cepa, además de análisis comparativos con otras cepas ya secuenciadas procedentes de Estados Unidos, Francia y Alemania.

Métodos: La secuenciación de la cepa Alcoy se ha llevado a cabo generando alrededor de 70.000 secuencias (método Sanger), y alrededor de 250.000 secuencias obtenidas por pirosecuenciación. Estas secuencias junto con el diseño de cebadores específicos, ha permitido completar el ensamblaje del cromosoma principal. La identificación tanto de genes compartidos por los cinco genomas como los que son específicos de cada una de ellas ha permitido determinar el pangenoma.

Resultados: Todos los marcadores filogenéticos utilizados (16S, ITS, MLSTs), muestran que los genomas tienen una gran similitud. No obstante, también se han identificado regiones específicas de cepa. En concreto en la cepa Alcoy se han identificado genes relacionados con varios factores de virulencia que, aunque también presentes en las otras, pueden tener diferente efecto. También se han identificado proteínas de adhesión relacionadas con la infección, sistemas de resistencia a fagos, sistema de resistencias a metales pesados, etc.

Conclusiones: Durante los últimos años la Comunidad Valenciana registra brotes estacionales de legionelosis. El análisis del genoma de Legionella p. de la cepa Alcoy nos va a proporcionar datos importantes para la localización de dianas que permitirán seguir la propagación anual de la misma. Por otro lado el análisis del pangenoma nos permitirá identificar factores de virulencia que sean específicos de esa cepa y que probablemente la hagan tan patogénica.

Financiación. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad del Gobierno Valenciano.

O-114. CONTROL DEL RIESGO DE ASMA POR POLVO DE HABA DE SOJA: EVALUACIÓN CONTINUA

J.R. Villalbí, D. Carrascal, J.M. Pintó, M.J. Cruz, J.A. Caylà, P. Rodríguez, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Hospital de la Vall d'Hebron-ICS; Autoritat Portuària de Barcelona; Envirotec.

Antecedentes/Objetivos: Las emisiones de polvo durante la descarga de haba de soja en el puerto de Barcelona se asociaron a la aparición de brotes de asma asfíctico en la ciudad, el último de los cuales se produjo en 1996. Este episodio comportó la adopción de fuertes limitaciones a esta actividad para la protección de la salud, que se mantuvieron hasta que en 1999 se implantaron nuevas acciones de control del riesgo que permiten normalizar esta actividad. En esta comunicación se presenta la evaluación de estas acciones a través de diversos indicadores.

Métodos: El dispositivo de control cuenta con indicadores de emisión, de inmisión de alérgeno, y de salud. Se realizan estudios periódicos de emisión de alérgeno en las tres plantas que manipulan soja en el puerto. La inmisión de alérgeno en la ciudad, se mide diariamente. Se cuenta con un panel de enfermos por asma que permiten realizar una valoración de la situación clínica de los pacientes sensibilizados. Los hospitales participan en un sistema de vigilancia del asma.

Resultados: Los estudios de emisión en las plantas permiten apreciar el mantenimiento de los niveles de emisión definidos para cada foco, y contribuyen a identificar focos que precisan intervenciones. Los niveles de inmisión son bajos. Los niveles medios en días con descarga son similares a los de los días sin descarga. Se producen variaciones, y a lo largo de este periodo de 9 años se identifican 66 días con niveles superiores al nivel definido como guía. Buena parte se relacionan con condiciones meteorológicas adversas, pero también con problemas en el control de emisiones que requirieron cambios. Actualmente, las mayores fuentes de emisión se derivan de la actividad industrial y no de las descargas de haba de soja. Se identificó un periodo breve de exceso de emisiones a lo largo de estos años, que comportó acciones de corrección. No se detectaron efectos en la salud en el panel de pacientes, ni se identificaron días epidémicos por asma de soja.

Conclusiones: El sistema de control diseñado ha demostrado su utilidad. A lo largo de los años, se producen incidencias en los dispositivos, que se detectan gracias al sistema de control y se corrigen. La experiencia acumulada permite identificar opciones de mejora, que pueden abordarse mediante la planificación a largo plazo.

O-115. EVALUACIÓN DEL RIESGO POR EXPOSICIÓN A SULFITOS EN VINOS BLANCOS JÓVENES DEL CONDADO DE HUELVA

J.F. Hidalgo Contioso, M.N. Mosquera Adels, E.J. Forjan Lozano, P. Martín Olmedo, et al

Distrito APS Condado-Campiña; Distrito APS Huelva-Costa; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El Condado de Huelva es una comarca agrícola dedicada a la elaboración de vinos blancos. Durante el proceso de sulfitado se le adiciona anhídrido sulfuroso como conservante de los caracteres organolépticos, constituyendo una fuente de exposición para las personas que lo consumen. El sulfito puede producir reacciones adversas en salud cuando ingresan en el organismo humano. Un pequeño porcentaje de los asmáticos (3-8%) son sensibles a los sulfitos por tener niveles plasmáticos reducidos de

sulfito-oxidasa, insuficientes para metabolizar sobrecargas exógenas. Los objetivos son cuantificar la concentración media de sulfito en vinos blancos jóvenes del Condado de Huelva durante la cosecha 2006-2007 y aproximar una evaluación del riesgo en salud pública por exposición a sulfitos en la población adulta consumidora de vinos blancos jóvenes del Condado de Huelva.

Métodos: Se parte de un total de 138 muestras tomadas en distintas zonas de producción del Condado de Huelva, a las que se les determinaron los niveles de sulfito por el método de Ripper. Utilizamos la metodología de la evaluación de riesgos, para ello evaluamos la exposición al sulfito y la comparamos con dosis de referencia toxicológicas, aproximándonos a la estimación del riesgo por consumo de vinos blancos jóvenes del Condado de Huelva durante la cosecha 2006-2007 para una población adulta comprendida entre 40 y 65 años y peso medio de 70 Kg.

Resultados: De las 138 muestras analizadas, 8 dieron resultados superiores al límite establecido (210 mg/l) para el sulfito y 130 muestras resultaron normales. El valor medio de sulfito fue de 131,34 mg/l, valor calculado por la exposición media razonable con un intervalo de confianza del 95%. La dosis de exposición a sulfitos por consumo de vino blanco joven del condado de Huelva fue calculada para consumidores medios y consumidores extremos, siendo de 0,181 y 0,545 mg/Kg de peso corporal/día, respectivamente. El coeficiente de riesgo para el consumidor medio fue inferior a la unidad y para el consumidor extremo superior a la unidad.

Conclusiones: 1. De las 138 muestras analizadas, el 5,8% superaron los límites máximos establecidos para sulfitos en vinos (210 mg/l). 2. Para un consumidor medio (100 ml de vino) no existe probabilidad de riesgo para la salud. 3. Para un consumidor extremo (300 ml de vino) existe probabilidad de que se den efectos adversos en salud a lo largo de su vida. 4. El consumidor extremo tendría que reducir la ingesta diaria de vino a 150 ml para que no haya probabilidad de producir efectos adversos en salud. 5. El consumidor extremo tendría que consumir durante una semana lo que consume durante dos días.

O-116. NIVEL DE ADECUACIÓN A LA NORMATIVA EUROPEA DE SEGURIDAD EN PARQUES INFANTILES DE LOS CENTROS DE EDUCACIÓN INFANTIL DE ANDALUCÍA

E. Hernández Aparicio, E. Fernández Rodríguez, et al

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: Identificar y evaluar el grado de cumplimiento de la Normativa Europea de Seguridad en las áreas de juego situadas en los Centros de Educación Infantil de la Comunidad Autónoma de Andalucía, aportando nuevos datos y recomendaciones a la comunidad escolar.

Métodos: Se llevaron a cabo inspecciones in-situ de 281 elementos fijos y móviles de los parques infantiles de 50 centros de Educación Infantil en Andalucía. Se rellenaron 50 fichas de inspección funcional de equipo (UNE-1176). Se tomaron 1700 fotografías, se respondieron a más de 1000 preguntas de los cuestionarios y se realizaron 1500 medidas.

Resultados: La razón principal de inseguridad en los parques evaluados ha sido el gran desgaste observado, con maderas rotas o podridas en el 92%, aristas vivas en el 86%, presentando daños por vandalismo en el 84%, asientos rotos en el 74% y pintadas en el 66%. La principal causa de lesiones es la altura de caída, siendo el tobogán el elemento más peligroso que, además de presentar una gran altura, carece de los requisitos mínimos de seguridad en el 77%. Asimismo, ningún columpio cumplió con toda la Normativa de Seguridad.

Conclusiones: Ninguno de los parques presentes en los Centros de Educación Infantil evaluados en esta investigación, reunieron los requisitos mínimos establecidos en las normas europeas de seguridad e instalaciones de áreas de juego recogidas en la serie UNE-1176, y de obligado cumplimiento en la Comunidad Autónoma de Andalu-

lucía desde el año 2006, una vez agotado el periodo de adecuación desde la entrada en vigor del Real Decreto 127/2001, de 5 de junio, sobre medidas de seguridad en los parques infantiles, publicado en el BOJA. Basados en los resultados obtenidos en este estudio podemos presentar las siguientes recomendaciones: (1) tanto los fabricantes como los propietarios de los parques infantiles deben aplicar la ley existente en materia de seguridad, (2) las áreas de juego deben seguir un programa de mantenimiento e inspección más regular y severo, (3) los alumnos, padres y profesores, deberían ser formados en aspectos relativos a la seguridad en parques infantiles, y (4) es frecuente observar que los niños pueden, a través de su imaginación y fantasía, modificar los usos convencionales de los equipos, y es un dato que debe ser tomado en consideración por los diseñadores, no privándoles por ello, de la finalidad más importante, que no es otra, que el desarrollo integral del niño.

O-117. ELEVADA PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS EN LA POBLACIÓN GENERAL

R. Morilla, V. Friaza, N. Respaldiza, A.C. Medrano, R.M. Yang, L. Rivero, J.M. Varela, E.J. Calderón, F.J. Medrano, et al

CIBER de Epidemiología y Salud Pública, H. U. Virgen del Rocío, Sevilla; UGC Utrera Sur, Sevilla; Servicio de Epidemiología y Medicina Preventiva. H. U. Puerto Real, Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: El conocimiento sobre la epidemiología de la infección humana por *Pneumocystis jirovecii* es aún muy limitado, y no están bien establecidos cuáles son sus reservorios y fuentes de transmisión. En un estudio preliminar realizado recientemente en España se demostró la presencia del patógeno en el árbol respiratorio de sujetos adultos sanos inmunocompetentes. Sin embargo, en el momento actual la magnitud y relevancia de este fenómeno es desconocida. El OBJETIVO del presente estudio fue conocer la prevalencia de la colonización por *P. jirovecii* en un grupo de población general del sur de España.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de base poblacional en el que se incluyeron de forma consecutiva 132 adultos y niños no seleccionados de un área rural de Sevilla (El Coronil), que acudieron a su centro de salud para exámenes rutinarios de salud (controles de tensión arterial o glucemia capilar, extracción de analítica), programas de salud (niño sano) o trámites administrativos. Tras consentimiento informado por escrito de los participantes se realizó una valoración clínico-epidemiológica estandarizada, que incluyó analítica básica y perfil inmunológico, y se obtuvieron muestras de lavado orofaríngeo para la identificación de fragmentos de la región mtLSUrRNA de *P. jirovecii* mediante nested PCR (cebadores pAZ102-E/-H y AZ102-X/-Y). La colonización se definió como detección de ADN de *P. jirovecii* en el árbol respiratorio en un sujeto sin síntomas o signos de neumonía.

Resultados: Se incluyeron 95 hombres (72%) y 37 mujeres (28%) con una edad media de $52,9 \pm 21,6$ años (límites 3-88). La prevalencia de colonización por *P. jirovecii* fue del 10.6% (14/132). Todos los sujetos colonizados eran adultos y tenían un recuento normal de leucocitos y linfocitos en sangre periférica. Uno de los sujetos colonizados había sido diagnosticado de cáncer y estaba tomando esteroides en el momento del estudio. Los 13 restantes se encontraban asintomáticos, y ninguno de ellos estaba inmunodeprimido o tenía enfermedad pulmonar subyacente. La edad media de los sujetos colonizados fue mayor que la de los no-colonizados ($66,6 \pm 17,3$ vs $51,2 \pm 21,5$; $p = 0,01$). No se observaron diferencias en cuanto a distribución por sexo y consumo de tabaco entre colonizados y no-colonizados.

Conclusiones: Este estudio confirma la existencia de una elevada prevalencia de colonización por *P. jirovecii* en adultos inmunocompetentes concordante con la hipótesis de que la población general podría ser un importante reservorio y fuente de transmisión de esta infección.

Financiación. ERA-NET Pneumocystis-PathoGenoMics y Consejería de Salud de Andalucía 70/04 y 0391/07.

O-118. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SIDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.A. Fernández-Sierra, M.M. Rodríguez del Águila, M. Velasco-Rodríguez, A. Cambra-Solans, C.M. Sánchez-Rodríguez, M.T. Rueda-Domingo, et al

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Antecedentes/Objetivos: Existe una normativa internacional, para la vigilancia de un determinado número de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), que en Andalucía toma forma en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Andaluz (SVEA); asimismo en el II Plan de Calidad de la Consejería de Salud se contempla impulsar la calidad de las políticas de vigilancia de la salud mediante el desarrollo de una red de alerta de salud pública de calidad, sensible a las demandas sociales y que de respuesta adecuada, urgente y continua a este sistema. El Hospital Virgen de las Nieves (HVN), está incorporado al SVEA desde su desarrollo. Una de las EDO a declarar es el SIDA, por lo que el objetivo es la descripción de las características de estos pacientes declarados por el HVN.

Métodos: Se han utilizado dos bases de datos, con todos los casos nuevos declarados desde 1980 que fueron registrados retrospectivamente y otra con los casos nuevos declarados desde 2000 e informatizados prospectivamente. Se describirá la población total de pacientes con SIDA (género, edad, y fechas de detección de VIH, de SIDA y exitus si lo hubiere) y específicamente en la cohorte prospectiva determinados prácticas de riesgo y frecuencia de enfermedad indicativa. Se aplicó Chi-cuadrado y riesgo relativo para variables cualitativas y test log-rank para comparar supervivencia entre grupos.

Resultados: Desde 1988 hasta agosto de 2008 se registraron 534 casos incidentes, con una edad media en la detección de VIH de 31 ± 11 años, correspondiendo el 82% a hombres. Las enfermedades indicativas más frecuente fueron tuberculosis, 33,9% y neumonía por *pneumocystis*, 17,2%. Se observó un 33% de éxitus, teniendo los hombres más riesgo de fallecer que las mujeres $RR = 1,9 (1,13, 3,22)$. La supervivencia desde la detección del VIH fue significativamente menor en los mayores de 30 años respecto a los menores, no encontrándose diferencias entre géneros. Las prácticas de riesgo fueron: UDVP 47%, heterosexuales 19%, otras 11%, desconocidas 23%. Se confirma en la cohorte prospectiva la misma frecuencia de enfermedades indicativas. En otras enfermedades la mayor frecuencia es de hepatitis B.

Conclusiones: Durante los años de estudio ambas bases de datos han presentado cifras similares en cuanto a las variables analizadas, consolidando el sistema de vigilancia epidemiológica. Es necesario determinar la relación con otros parámetros de interés que complete el sistema antes mencionado.

COMUNICACIONES ORALES XX

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Políticas de salud/participación ciudadana

O-119. SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA EL 2010 INCLUIDOS EN LOS PLANES DE SALUD DE CATALUÑA

A. Buron, M. Rodríguez-Sanz, G. Pérez, J. Salvador, C. Borrell, et al

Unitat Docent IMAS-UPF-ASPB, Barcelona; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Los planes de salud autonómicos constituyen la estrategia del Gobierno autonómico en materia de salud. En Cataluña, la agenda política en este sentido se resume en la consecución de cara al 2010 de determinados objetivos de salud (OS2010). A su vez, los diferentes Gobiernos Territoriales de Salud concretan objetivos operacionales que se van modificando en cada plan. El objetivo de este estudio es monitorizar los indicadores de los OS2010 en la ciudad de Barcelona, valorando su evolución y estimando la posibilidad de cumplimiento en el 2010.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo a partir de estadísticas vitales, registros de enfermedades de declaración obligatoria y encuestas de salud. Se describen los valores actuales de los indicadores de los OS2010 y su evolución desde 1995, y se ajustan tendencias lineales a partir del 2000, estimando el valor para el 2010. A partir del valor estimado se valora la consecución en el año 2010, clasificando los objetivos en "asequibles" si la tendencia es favorable y se prevé alcanzar el objetivo; "asequible con esfuerzos" si la tendencia es estable o favorable y el cambio estimado es como mínimo el 50% del necesario para alcanzar el objetivo; "difícilmente asequible" si el cambio estimado es menor al 50% del necesario; "pendiente" si se trata de un indicador para el que aun se necesitan datos; y "no valorable" si son objetivos que no aplican o cuya información no está disponible.

Resultados: De los 148 OS2010 que estudiamos, 49 (33%) se consideran asequibles, 22 (15%) asequibles con esfuerzos, 17 (11%) difícilmente asequibles, 34 (23%) no valorables y 26 (18%) pendientes. Presentamos ejemplos de cada tipo, discutiendo los resultados, las intervenciones o factores que han podido influir, y la adecuación de los indicadores. Son objetivos asequibles la disminución en un 50% de la mortalidad por lesiones de tráfico en la mayoría de grupos de población y el logro de una proporción de abandono de tabaquismo del 35%. La disminución en un 20% de casos nuevos de sida en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y la reducción en un 5% de la mortalidad por cánceres relacionados con el tabaco en mujeres son asequibles con esfuerzos. El mantenimiento por debajo de 7 por 100 nacidos vivos de nacimientos pretérmino es difícilmente asequible. Queda pendiente incrementar en un 50% la proporción de personas hipertensas que están bien controladas.

Conclusiones: El seguimiento de los objetivos de salud es una herramienta importante para valorar los resultados de las intervenciones que se realizan y poder actuar en consecuencia. Es necesario tener en cuenta estos resultados en la elaboración de futuros planes de salud.

O-120. DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL III PLAN ANDALUZ DE SALUD (2003-2008)

J. Ruiz, C. Monte, M. Picó, M. Rodríguez, R. Baras, et al

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Antecedentes/Objetivos: Dada la amplitud de población y territorio de Andalucía, uno de los grandes retos de los responsables de la Salud de la comunidad es, no ya llegar a todo el territorio, sino hacerlo de acuerdo a las especificidades sociales que esta amplitud genera. Para responder a estas especificidades, a partir del III Plan Andaluz de Salud (PAS) (2003-2008) hemos iniciado un proceso de descentralización con tres objetivos principales: -Actuar en cada provincia según sus problemas prevalentes. -Propiciar la participación de los "actores de salud" del territorio, desde las instituciones públicas a la ciudadanía. -Impulsar un proceso de acercamiento al ciudadano que debe culminar en el ámbito local.

Métodos: Hemos elaborado un Plan de Salud diferenciado para cada provincia, en el que hemos definido sus prioridades y establecido unos objetivos y estrategias para incidir en ellas. Para ello, hemos

contado con la participación de organizaciones ciudadanas y de instituciones con competencias relacionadas con la Salud, considerando la intersectorialidad y la participación estrategias transversales claves del proceso. El análisis de los recursos disponibles y necesarios para la consecución de los objetivos ha dado lugar a un importante programa de formación profesional. Para la evaluación, en cada provincia se ha constituido una Mesa Técnica Provincial y una Comisión Provincial de Coordinación, reflejo de la Comisión Técnica de Seguimiento y Evaluación y de la Comisión Autonómica de Seguimiento.

Resultados: Se pueden centrar en tres áreas: -Se han adaptado las actuaciones en Salud y los recursos materiales y humanos disponibles a las necesidades específicas de cada provincia. -Se ha impulsado la participación ciudadana y la de otros sectores institucionales con competencias relacionadas. -Se ha avanzado en el objetivo último de la descentralización, cual es llevar las actuaciones de salud al ámbito local.

Conclusiones: Hemos logrado un Plan de Salud más próximo a la realidad y a la sostenibilidad en su ejecución y que propicia, por su metodología de elaboración, la participación ciudadana y corresponsabilidad con otros sectores. Apostamos ahora por un IV PAS innovador y "posible", que identifique la integración de todas las competencias, no sólo sectoriales sino de superposición territorial (desde los compromisos internacionales hasta el nivel más cercano a la ciudadanía) y que promueva un desarrollo social basado en la gobernanza, que posibilite políticas que faciliten al ciudadano elecciones saludables y conviertan los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud.

O-121. PARTICIPACIÓN DE STAKEHOLDERS EN LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD PARA LAS MUJERES 2004-07. CANTABRIA

M. Pla, A. Cabria, R. Crespo, M. Mena, et al

Cátedra de Investigación Cualitativa; Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación del Plan de Actuación: Salud para las mujeres (2004-07) de Cantabria se ha realizado desde una perspectiva integral y participativa y se ha caracterizado por ser formativa y sumativa, ex post facto y "externa facilitada". Además, se ha centrado en el diseño y la ejecución del Plan, por lo que también se han evaluado procesos, recursos y resultados. Objetivo: Presentar las estrategias participativas de inclusión de stakeholders en la evaluación del Plan de Actuación de Salud para las Mujeres 2004-2007.

Métodos: Se ha utilizado una estrategia multimétodo que ha consistido en: 1) Creación de una comisión técnica de seguimiento multinivel y multisectorial; 2) Incorporación de las necesidades informativas de los diferentes actores implicados en la evaluación, a partir de 34 entrevistas en profundidad (representantes políticos, gerentes, profesionales, asociaciones y usuarias), 6 entrevistas grupales (profesionales, usuarias y asociaciones) y 4 grupos triangulares con profesionales; 3) Elección de criterios de evaluación y fuentes de verificación (primarias y secundarias) en un grupo de trabajo creado a tal efecto con representación externa e interna del Plan; 4) Realización de un taller orientado a la interpretación de resultados y la construcción conjunta de conclusiones y recomendaciones de cambio.

Resultados: El número de participantes en la evaluación ha sido un total de 111 personas elegidas a partir de los siguientes criterios: a) ámbito de actuación en la cual la persona participó en el Plan (diseño/ejecución, b) temporalidad en cuanto al periodo de implicación y c) el nivel de compromiso respecto al plan. Esta orientación ha posibilitado: a) examinar la realidad desde diferentes perspectivas, centrándose en analizar los procesos de aplicación de las políticas públicas y no exclusivamente sus resultados; b) la prueba de validez en

cuanto a los resultados generados se ha basado en la asunción de los resultados por los actores implicados (fiabilidad justificada) y c) se ha asumido el proceso como un aprendizaje compartido entre aquellos que participan en la gestión del programa generando las transformaciones necesarias para la mejora del mismo.

Conclusiones: Aunque algunas voces ya señalan las limitaciones de los modelos de evaluación utilizados en Salud Pública que no saben abordar la complejidad de sus componentes, estamos ante una visible evolución de la evaluación de programas y políticas públicas en la dirección de la propuesta que se presenta.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria MDO7/00169.

O-122. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN PLANIFICACIÓN SANITARIA-EL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA MUJER DE GALICIA

P. Fernández Romero, J.L. Aboal Viñas, M.J. Cruces Artero, M.D. Martínez Romero, F. Martínez Varela, B. Vega Vázquez, J.L. Doval Conde, et al

Consellería de Sanidad de Galicia; Servicio Gallego de Salud; Applica Asociados.

Antecedentes/Objetivos: En junio de 2006 la Consellería de Sanidade de Galicia fija como objetivo estratégico la inclusión de la perspectiva de género en el sistema sanitario público gallego. Para cumplir este objetivo se realizó un diagnóstico de la situación sanitaria de la mujer gallega y un proyecto para la elaboración de un Plan de Atención Integral a la salud de la mujer. Teniendo presente que una de las directrices estratégicas del equipo directivo de la Consellería es la participación, se diseñó todo un proceso participativo para elaborar este plan. La innovación de este proceso fue la incorporación de las partes interesadas desde el inicio del mismo.

Métodos: Se diseñaron 4 estrategias de participación social para la identificación de forma previa de los requisitos que las partes interesadas desearían incluir en el Plan. La primera fue la realización de entrevistas de asociaciones o sociedades con interés en el tema con la Conselleira de Sanidad. La segunda fue la creación de una página web específica donde cualquier persona podía enviar sus opiniones sobre el tema. La tercera fue la celebración de mesas de trabajo con representantes de asociaciones y colectivos, profesionales del sistema sanitario y gestores para identificar los requisitos a incluir en el plan. Y la cuarta estrategia fue la presentación del proyecto por parte de la Conselleira en las 7 grandes ciudades de Galicia. Además para animar la participación se publicaron varios artículos en prensa escrita relacionados con el tema de la salud de la mujer.

Resultados: La Conselleira tuvo entrevistas con asociaciones y presentó el proyecto en las 7 ciudades con una participación de más de 500 personas. Llegaron más de 100 comentarios a la web que fueron analizados para su incorporación al plan. Se celebraron 6 mesas redondas en las que participaron 90 personas procedentes de 21 asociaciones o sociedades, 9 sindicatos/asociaciones profesionales, 12 entidades u organismos relacionados con la atención a la salud de la mujer y del sistema sanitario (36 profesionales). Toda la información recibida se transmitió a las personas encargadas de elaborar el Plan.

Conclusiones: La información recabada sirvió para identificar y priorizar los 32 proyectos que componen el plan y a su vez incluir en los mismos los requisitos, características o especificaciones que fueron consensuadas en los distintos grupos de trabajo. Esta sistemática de participación desde el inicio permitió que el plan elaborado a continuación fuese muy bien aceptado por los distintos colectivos implicados en este tema, ya que pudieron identificar en él las distintas sugerencias que habían hecho. Con esta metodología el apoyo social al proyecto ha sido muy alto.

O-123. POLÍTICAS MUNICIPALES, URBANISMO, SALUD Y GÉNERO: EL CASO DE SAN FERNANDO DE HENARES

M.D. Gerez, L.E. Sánchez, R. Sánchez, A. Terrés, A. Fernández, et al

Ayuntamiento de San Fernando de Henares.

Antecedentes/Objetivos: La salud depende en gran medida de factores externos al sistema sanitario. La Planificación Urbana Saludable, trata de integrar la salud al intervenir sobre la ciudad para decidir la cantidad y calidad del espacio público y privado, el tipo de transporte y la movilidad, la ubicación de los equipamientos y servicios. Introducir la perspectiva de género en el urbanismo y en la salud implica evidenciar las necesidades particulares de mujeres y hombres en la ciudad, como escenario de vida y trabajo. Se ejemplifica la relación entre urbanismo, género y salud como un enfoque integrado de la política municipal de San Fernando de Henares (Madrid), cuyos pilares son la Equidad, la Participación comunitaria, la Promoción de la Salud y la Sostenibilidad, dentro del Proyecto de la OMS de Ciudades Saludables.

Métodos: Se revisan los instrumentos de los que dispone San Fernando para desarrollar su política en relación con la salud de los/as ciudadanos/as: desde las competencias municipales obligatorias hasta los servicios prestados de forma no obligatoria, con especial énfasis en los Planes intersectoriales y transversales, el trabajo en redes de ciudades y los variados instrumentos para desarrollar la participación de los/as vecino/as, extrayendo aquellos aspectos que de forma planificada o no, contribuyen al esfuerzo integrado para construir una ciudad saludable para hombres y mujeres.

Resultados: Se describen los aspectos más relevantes según cuatro dimensiones estratégicas: a) transformar la ciudad en un espacio para la igualdad, saludable y sostenible (Plan General de Ordenación Urbana, III Plan de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, Plan de Movilidad, Planes I y II de Salud, de Infancia y Adolescencia.) b) compartir trabajos y tiempos entre hombres y mujeres (Esfuerzo de escolarización pública de 0 a 3 años; empleo equilibrado, promoción del reparto de tareas del hogar, formación y apoyo a cuidadores/as; equipamientos para mayores y teleasistencia. c) Promover salud en igualdad (Consulta de Planificación Familiar municipal, continuada, gratuita, sin lista de espera; Programa de Salud sexual y reproductiva en todos los Institutos; Administración gratuita de la píldora postcoital y asesoramiento en I.V.E. Programa de deshabitación tabáquica); d) Contra la violencia de género que incluye un Programa Municipal de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia de Género.

Conclusiones: El municipio es un excelente escenario para desarrollar políticas públicas saludables con perspectiva de género. La ciudad se ha construido a lo largo de siglos, pero se puede cambiar el rumbo teniendo en cuenta la perspectiva de género, de etnia, de clase social y generación, para evitar dobles y triples discriminaciones.

O-124. EL OBSERVATORIO DE SALUD EN EUROPA COMO INSTRUMENTO PARA ENRIQUECER LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD PÚBLICA

I. García-Sánchez, E. Páez Muñoz, M. Carrillo Tirado, et al

Observatorio de Salud en Europa (OSE), Escuela Andaluza de salud Pública (EASP).

Antecedentes/Objetivos: Pertener a la Unión Europea (UE) tiene repercusión directa en cuestiones jurídicas, plantea nuevos retos y ofrece oportunidades para los países comunitarios. Para la Comisión Europea el tema "salud" nunca ha sido prioritario y además la prestación de servicios sanitarios es responsabilidad de cada gobierno, pero en los últimos años, ha crecido su interés por ambos campos y son numerosas las estrategias, programas y normativas que lo re-

flejan. El OSE trabaja para prepararse frente a las consecuencias que pertenecer a la UE plantea en cuestiones relacionadas con la salud y los servicios sanitarios. Su trabajo supone un enfoque nuevo para disponer de información que enriquezca la formulación de políticas y estrategias sanitarias y facilite la toma de decisiones en materia de salud pública y gestión de servicios sanitarios.

Métodos: Recoger, analizar y difundir información es parte importante del trabajo pero también se retroalimenta con actividades como mantener contactos y aprovechar oportunidades de financiación de fondos comunitarios participando en proyectos y en grupos de trabajo de ámbito europeo. Desarrolla las siguientes estrategias: –Contribuir a formar un estado de opinión sobre UE y salud entre profesionales. –Identificar las prioridades de la agenda de las instituciones de la UE para aprovechar las oportunidades de participar en proyectos. –Aumentar la capacidad de influencia en el ámbito europeo. –Intercambiar buenas prácticas mediante la participación en proyectos y foros europeos.

Resultados: El OSE gestiona un sistema de información sobre la UE y salud. La difunde mediante los Foros, el desarrollo de proyectos y la edición de los siguientes productos: boletines informativos, informes estratégicos y la serie de entrevistas “Hablemos de Europa” y los “Cuadernos sobre políticas de salud en la UE”.

Conclusiones: Tras seis años de trabajo, el OSE tiene un gran potencial para ayudar a formar un estado de opinión sobre las consecuencias que para los sistemas de salud públicos supone la pertenencia a un Estado miembro de la UE. El OSE es un instrumento necesario para enriquecer la toma de decisiones en salud pública y la gestión sanitaria.

O-125. LAS CUENTAS DE SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA

M. Rogríquez, A. Stoyanova, et al

Universitat de Barcelona; Centre de Recerca en Economia del Benestar.

Antecedentes/Objetivos: La salud pública es un elemento esencial del sistema de salud que no sólo afecta a la eficiencia y la sostenibilidad del sistema, sino que también genera confianza a los ciudadanos. Este trabajo tiene dos objetivos: (i) diseñar una metodología de cálculo y clasificación del gasto en salud pública en categorías significativas para la toma de decisiones, y, (ii) recopilar, sistematizar y analizar todo el gasto en salud pública realizado en Cataluña en el año 2005. Además de obtener una cifra global, esto contribuye a clarificar los flujos de dinero entre instituciones y permite identificar mejor las posibilidades de coordinación entre ellas.

Métodos: Después de presentar un esquema institucional de la financiación y la prestación de servicios de salud pública, los gastos se clasifican según cuatro criterios: la fuente de financiación, la titularidad de la institución prestadora de los servicios, clasificación funcional y clasificación económica.

Resultados: Los resultados indican que el gasto total en salud pública en Cataluña en el año 2005 fue de 159,34 millones de euros, de los cuales casi el 58% fue financiado por el Departamento de Salud. El financiador de servicios no tiene porqué coincidir con la entidad prestadora. Así, el Departamento de Salud presta el 52,6% del total de los servicios; la ASPB el 18,5%; los ayuntamientos y la Diputación de Barcelona el 17% y el sector privado cerca del 5%. Según la clasificación funcional de media, el 52% del gasto se destina a actividades de protección de la salud, y el 48% a promoción y prevención. La clasificación económica revela que los gastos se reparten casi por igual entre personal (48,7%) y la compra de bienes y servicios (48,3%), el 3% se destina a inversiones. Dada la cifra total, el gasto medio por habitante fue de 23 euros, y el porcentaje que representa el gasto en salud pública respecto del total del gasto público en salud es del 1,9%, porcentaje sitúa a Cataluña bastante por debajo de la media del 4,3% de OCDE (2003).

Conclusiones: Este trabajo es una primera aproximación al análisis de la rentabilidad del gasto en salud pública en Cataluña, necesaria para justificar el gasto efectuado, y una posible reorientación de recursos sanitarios hacia la salud pública. Además de contribuir a la mejora de la salud de la población, la salud pública tiene también el objetivo de alcanzar un mayor grado de equidad en salud. Por tanto, para que los servicios de salud pública sirvan para paliar las desigualdades en salud deberían dirigirse a los grupos menos favorecidos y no a toda la población.

Financiación. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

O-126. INCENTIVOS A LA INVESTIGACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRIORIDADES EN SALUD

P. Fernández, et al

Merck Sharp & Dohme.

Antecedentes/Objetivos: Nunca la investigación en nuevos medicamentos ha sido tan intensiva como en la actualidad. Sin embargo, a pesar de los avances que representan muchos nuevos medicamentos, existe insatisfacción entre pacientes, médicos, instituciones sanitarias, inversores y en la propia industria farmacéutica con los resultados obtenidos. Parece obligado revisar los incentivos a la I+D de medicamentos para ver si continúan siendo válidos y si se adecúan a las necesidades de salud de la población.

Métodos: Se revisan los incentivos clásicos a la I+D de medicamentos basados en mecanismos de arrastre o de tracción y se revisan los cambios producidos en los modelos de I+D de medicamentos y en los modelos de negocio de la propia industria farmacéutica. También se revisa la aparición de nuevos agentes activos en I+D de fármacos y la existencia de nuevos incentivos.

Resultados: En sólo una década, la estructura de la industria farmacéutica y su mercado han cambiado profundamente. La realidad de la I+D farmacéutica hoy es más poliédrica y compleja, participando un gran número de nuevos agentes así como colaboraciones y consorcios entre ellos, lo que da lugar a agendas de investigación diferentes. El proceso de creación e implantación de nuevos incentivos ya ha comenzado y asistimos al desarrollo de una nueva generación de incentivos. Un elemento esencial es diseñar los incentivos adecuados para lograr que las prioridades en la investigación estén alineadas con las necesidades en salud. La creciente exigencia de valor por parte del cliente está orientando a las empresas a enfocarse a necesidades médicas no cubiertas, a poblaciones menores o a modificaciones más radicales del curso de la enfermedad. Sin embargo, en el desarrollo de nuevos medicamentos existen escollos formidables de tipo científico, tecnológico y regulatorio, que es preciso y urgente abordar de forma paralela.

Conclusiones: Los cambios estructurales que se están produciendo en la I+D de medicamentos requieren la revisión y actualización de los incentivos para impulsar la obtención de nuevos medicamentos en la dirección y al ritmo que los pacientes y la sociedad global del siglo XXI necesitan. El momento actual de declive en la productividad de la I+D con el modelo clásico es especialmente oportuno para ello. Se requiere diálogo entre todos los agentes, definición clara de sus roles, creatividad en el diseño de nuevos incentivos y mas evaluación y monitorización de sus efectos en paralelo a su implementación. Sólo de esta forma podremos tener evidencia a medio y largo plazo de qué incentivos son verdaderamente útiles y si están actuando de la forma deseada.

COMUNICACIONES ORALES XXI

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Calidad asistencial y gestión sanitaria

O-127. APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN EN EL DISTRITO SANITARIO GRANADA

J. Herraiz Batllori, R. Domínguez Ávila, A. Castañeda Avarca, F. Díaz Vico, M. Ubago Córcoles, J. Castro Peña, L. Molina García, D. Ruíz Órpez, A. Toledano Marín, et al

Distrito Sanitario Granada.

Antecedentes/Objetivos: Hoy día las políticas de actuación en cualquier organización están dirigidas a integrarse en el espíritu globalizador y equidad-calidad en el servicio que se ofrece. Por ello el Distrito Sanitario Granada (DSG), de carácter urbano con 297.700 h., se planteó la implantación de Sistema de Gestión (UNE EN ISO 9001:2000) para las actividades de apoyo a los procesos asistenciales, con los objetivos: a) redefinir y modificar los procedimientos de actuación de las áreas incluidas en el alcance de certificación, aumentando la eficacia y eficiencia de dichos procesos b) mejorar el servicio asistencial ofrecido a los usuarios.

Métodos: Alcance: Gestión de Contabilidad, Facturación a Terceros, Suministros, Almacenes, Mantenimiento, Equipamiento y Contratación Administrativa. Actividades llevadas a cabo tanto en la sede del DSG como en los 16 Centros de Salud (CS) y 8 Consultorios locales. Metodología PDCA (Plan, Do, Check, Act = Planificar – Hacer – Verificar – Actuar) 1. Planificación de fases a seguir para la consecución de los objetivos 2. Análisis de procesos 3. Desarrollo de diagramas de flujo por proceso y establecimiento de nuevas sistemáticas 4. Comunicación – formación al personal afectado 5. Verificación-implantación. Auditorias interna y externa, seguimiento de implantación y mejora 6. Actuaciones ante desviaciones detectadas Recursos: Reuniones lideradas por la Dirección Económico Administrativa del DSG, contando con la participación activa de los responsables de los procesos tanto en la sede como de los CS.

Resultados: La experiencia innovadora llevada a cabo por el DSG, fue reconocida a nivel Autonómico. Primer DS de Atención Primaria en Andalucía certificado conforme a la norma UNE EN ISO 9001:2000 (20/09/2007). Ello representó: a) aseguramiento de los procesos, reflejado en la mejora obtenida a través de un seguimiento de indicadores asociados a los mismos. Ej.: "Tiempo respuesta < 2 días en servicios de mantenimiento por personal DSG respecto al total de solicitudes" b) seguimiento de la satisfacción del usuario. Resultado global: 2006 (86,58) y 2007 (89,82), valoración superior a la media obtenida en Andalucía. c) mejor servicio asistencial (productos usados con garantías de calidad, caducidades, esterilización, equipos en correcto estado de uso, etc.).

Conclusiones: Evaluación altamente positiva para: a) establecer sistemáticas de trabajo e identificación de registros, verificación de implantación en la gestión según los procedimientos, garantizando la eficacia de los procesos b) confianza al profesional, define el "trabajo bien hecho" c) reconocimiento del usuario final, el paciente.

O-128. UN MÉTODO PARA MONITORIZAR EVENTOS ADVERSOS EN HOSPITALES GLOBAL TRIGGER TOOL FOR MEASURING ADVERSE EVENTS

M.J. Pérez Lozano, E. Román Casares, C. Muñoz Pecci, J. Jiménez Moreno, F. García Gutiérrez, M.R. Castro Caricol, I. Fuentes Legaz, et al

Hospital Valme. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Los eventos adversos no aparecen por azar. Los esfuerzos centrados en la declaración y registro voluntario sólo obtienen un 10-20% de declaraciones, de éstas en un 90-95% se ha producido daño. Este proyecto pretende adaptar a nuestro entorno y valorar la utilidad del método Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Institute Healthcare Improvement) que puede resultar eficiente como herramienta en el marco de la estrategia de seguridad del paciente en hospitales.

Métodos: Valoración de factibilidad y utilidad del método en un hospital en dos fases: 1-Servicio de Medicina Preventiva 2-Comisión de seguridad del paciente (técnica de grupo de discusión). Descripción del método: revisión bisemanal sistemática de una muestra aleatoria de 10 historias clínicas. La revisión busca "pistas" (triggers) concretas, que puedan estar relacionadas con la ocurrencia de eventos adversos. Se revisa la historia clínica completa por parte de un equipo especialmente entrenado. Criterios de selección: historias clínicas con informe de alta y codificación completa. Estancias \geq 24 horas. Pacientes 18 años. Proceso de revisión: revisión de cada historia de forma independiente por parte 2 revisores. Un médico coordinador del equipo aclara posibles dudas y resuelve los desacuerdos de los revisores. El método se organiza en 6 módulos: Cuidados, Medicación, Cirugía, Cuidados Intensivos, Perinatal y Urgencias. Siempre se revisa los dos primeros. Determinación de un Evento Adverso: cada evento detectado debe ser clasificado en una de 5 categorías pre-establecidas. Deben existir pruebas objetivas de que el paciente ha sufrido un daño debido a la atención clínica.

Resultados: Se ha adaptado la guía metodológica para facilitar su utilización en nuestro medio, y establecido el circuito para seleccionar y consultar las historias. El equipo revisor del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital está completando el entrenamiento formal recomendado. Esta fase está resultando especialmente delicada para conseguir controlar la consistencia y reproducibilidad de las observaciones.

Conclusiones: este método además de resultar rentable por la economía de recursos requeridos en hospitales anglosajones en los que se utiliza desde hace más de 10 años, evita el sesgo por subregistro, y puede disminuir implicaciones legales derivadas de registros específicos de eventos adversos. Si se utiliza en varios hospitales de una forma coordinada, puede permitir comparar, monitorizar y aprender dentro de un proceso de mejora continua en seguridad clínica.

O-129. SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Skodova, M.J. Velasco Rodríguez, M.M. Rodríguez del Águila, M.A. Fernández Sierra, M. Rosales Rodríguez, O. Martín Muñoz, et al

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, el HUVN ha desarrollado una línea de actuación destinada a la mejora de la calidad asistencial como principal objetivo de la gestión de riesgos sanitarios. Se realiza un estudio con el objetivo de identificar el estado actual de los valores, conocimientos, competencias y actitudes relacionadas con la seguridad del paciente según los profesionales sanitarios del HUVN, determinar la percepción general de la seguridad en sus Unidades/Servicios, determinar la comunicación acerca de errores e incidentes y el tipo de respuesta ante ellos por parte de los profesionales y la jefatura/gerencia y conocer clima laboral (carga de trabajo, trabajo en equipo, continuidad de cuidados, apoyo profesional y de la institución) en el HUVN.

Métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo en una muestra representativa de profesionales sanitarios del HUVN, pasando un cuestionario validado auto-administrado en julio-agosto de 2008.

Resultados: La tasa de respuesta fue de 64,1%. En el último año, el 90,2% de los profesionales no ha notificado por escrito ningún evento adverso. El grado medio de seguridad en los servicios es de 6,57 (DE 1,82; rango 1 a 10). La percepción general de seguridad es valorada positivamente por el 34,1% de los profesionales. El trabajo en equipo en la unidad/servicio es el aspecto mejor valorado (66,9%). El soporte desde la gerencia, la dotación de personal y la respuesta no punitiva al error son las principales áreas de mejora. Se observa una correlación positiva y significativa entre el grado de seguridad de paciente en el servicio y los años que los profesionales llevan trabajando en la especialidad, hospital y servicio. Hay una diferencia significativa en la notificación de eventos según la categoría profesional, siendo los facultativos los que han notificado algún evento adverso con más frecuencia.

Conclusiones: La percepción general de seguridad en el HUVN es buena aunque la comunicación sobre errores es deficiente. Es recomendable promover programas de sensibilización y formación de los profesionales e implantar sistemas de registro de eventos adversos. Es importante concienciar a los directivos y profesionales sobre la existencia de un problema de seguridad del paciente, y que los eventos sean notificados tanto si conducen a un daño real del paciente como si no lo hacen, para analizar los datos, determinar las tendencias y mejorar los sistemas cuando sea necesario.

O-130. PROTOCOLO PARA AUDITAR EL CUMPLIMIENTO LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

M.J. García Sánchez, M.D. Pérez Cárceles, J.E. Pereñíguez Barranco, P. Beltrán Zúñiga, M. García Sánchez, F. García Sánchez, A. Martínez Losa, J.M. Ruiz Ros, et al

Consejería Sanidad; Medicina Legal Universidad Murcia.

Antecedentes/Objetivos: El D 15/2008 de C Murcia encomienda a la Inspección Médica: Inspeccionar, evaluar y participar en la elaboración y actualización de los criterios y estándares para la acreditación de los centros, servicios, y establecimientos sanitarios. Inspeccionar y evaluar el sistema sanitario como garantía del cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes en el sistema sanitario... Nos proponemos elaborar un protocolo con criterios mínimos para evaluar hospitales y que nos permita deducir que se respeta los derechos. Realizar esta evaluación por observación directa.

Métodos: Encuadrar los derechos en cuatro grandes bloques fundamentales e identificables por el ciudadano. Identificar mediante grupo focal aquellos criterios objetivos que de forma subjetiva identifica la Ley 41/2002. Priorizar significativos, seleccionar los que puedan ser acreditados su existencia por observación directa. Elaborar una auditoria en un hospital de referencia para valorar la viabilidad del protocolo. Dignidad: Planificación de agendas. Respeto intimidad hospitalización. Asignación Médico responsable. Confortabilidad en urgencias. Análisis periódico reclamaciones. Realización de encuesta de pacientes y explotación. Confidencialidad: Normativa funcionamiento historia clínica (HC). Limitaciones informáticas (L 15/99). Sistema de llamada pacientes/familiares que respeten la confidencialidad. Registro de familiares que el paciente desea que se informe. Criterios de acceso a la HC. Información: Informe Alta de Consultas, CMA: Hospitalización Urgencias. Información en planta de lugar, hora, diaria. Protocolo Información Urgencias. Normativa Funcionamiento hospital. Directorios. Plan evacuación. Autonomía: Consentimientos informados. Protocolo de libre elección especialista, Segunda opinión e Instrucciones Previas.

Resultados: Protocolo homologado y consensuado. Contiene principales derechos. De 22 criterios, 4 (18%) no están debidamente implantados: Registro familiares que el paciente desea que se informe. Información Planta: Lugar y hora de información diaria. Protocolo información urgencias. Sistema de llamada de pacientes/familiares que respeten la confidencialidad.

Conclusiones: Diseñar un protocolo hace la acreditación homologable. El Método de la Observación Directa es objetivo y permite establecer mínimos. Permite averiguar áreas de mejora. La penetrancia en los centros aún no alcanza todos los niveles y son poco asumidas por los profesionales. El paciente en general, no los reclama. Debemos avanzar en educación sanitaria a pacientes para crear mayor adherencia al hospital, médico y tratamiento, y compartir el riesgo de las actuaciones sanitarias con sus decisiones.

O-131. CULTURA ORGANIZATIVA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS

D. Henao, M.L. Vázquez, I. Vargas, J. Coderch, Ll. Colomé, J.R. Llopart, J. Valls, A. Verdaguer, R. Ruiz, et al

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut del Consorci Hospitalari de Catalunya; SSIBE; SAGESSA; BSA; CSMS; CSdM; CSMS; CSdT.

Antecedentes/Objetivos: Entre los elementos que influyen en la coordinación de una organización sanitaria integrada (OSI) está la cultura organizativa, definida como el patrón de presunciones básicas que el grupo ha aprendido para resolver problemas de adaptación externa y de integración interna, que han funcionado lo suficientemente bien para considerarlas válidas y transmitirlas a los nuevos miembros de la organización. La integración asistencial se fortalece por la existencia de una cultura común alineada con la misión y los objetivos de la OSI. La cultura puede ser analizada, entre otras, desde valores expuestos que son los expresados por el grupo en distintas situaciones. El objetivo es analizar elementos de la cultura organizativa en las OSI que influyen en la coordinación asistencial.

Métodos: Estudio de casos cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio, en seis OSI de Cataluña, mediante entrevistas individuales semi-estructuradas. Se diseñó una muestra teórica en dos etapas. Se seleccionaron las OSI y posteriormente los informantes. Se entrevistaron 37 directivos y 23 profesionales. Las entrevistas se grabaron y transcribieron textualmente. Se realizó análisis del contenido con generación mixta de categorías y segmentación por temas.

Resultados: Los informantes destacan elementos contenidos en la misión de su organización, con la cual están de acuerdo, aunque en casi todos los casos existen informantes que la desconocen. En ciertos casos, directivos y profesionales destacan la coordinación entre los niveles asistenciales y en uno, la atención centrada en el paciente. De los objetivos, los directivos conocen mejor los generales de sus organizaciones, entre los que algunas organizaciones destacan el trabajo coordinado entre niveles o la mejora de la coordinación entre proveedores de diferente titularidad del territorio; mientras los profesionales se refieren a objetivos del nivel asistencial propio o de la unidad. Los informantes se centran más en los objetivos que introduce el comprador de servicios que en los propuestos por la propia organización, emergiendo discrepancias en relación con los primeros principalmente en el colectivo de los profesionales. En la mayoría de los casos los profesionales los perciben como impuestos y, en algunos, rechazan su vínculo a incentivos económicos.

Conclusiones: En todos los casos analizados algunos informantes desconocen o están en desacuerdo con elementos como la misión y los objetivos de la organización lo cual podría dificultar la implantación de procesos relacionados con la coordinación asistencial.

Financiación. Parcialmente financiada por FIS 04/2688.

O-132. AGRESIONES AL PROFESIONAL SANITARIO

J.A. Marcos Herrero, E. Rivera Gómez-Arevalillo, M.C. Merino Castro, M.A. Bordés Poveda, et al

Gabinete Jurídico; Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir; Andújar.

Antecedentes/Objetivos: El profesional sanitario se enfrenta a diario en su trabajo a circunstancias que, en ocasiones, le superan. Éste es el caso de las agresiones. Ante esto cabe preguntarse cuáles son las medidas a aplicar para intentar paliar el problema. En este sentido, los objetivos del estudio son: (1) Analizar el funcionamiento del protocolo de actuación que tiene la empresa. (2) Concretar un mapa sobre servicios y categorías más afectadas. (3) Analizar la casuística de cada centro hospitalario dependiente de la EPHAG. (4) Comprobar cuál es la visión del profesional. (5) Conocer sus propuestas de mejora.

Métodos: Instrumentos: (1^º) Información disociada de las agresiones comunicadas a la empresa, según formulario completado por el agredido. (2^º) Encuesta anónima dividida en 4 bloques: el primero enfocado a la agresión en sí; el segundo para averiguar la opinión que los profesionales tienen del tema; otro recoge la visión que tienen de su centro de trabajo; y el último para las propuestas de mejora. Participantes: Para ambas variables los participantes son trabajadores de la EPHAG distribuidos en sus cinco centros de las provincias de Jaén y Córdoba.

Resultados: Según la información obtenida del Registro de Agresiones, desde el año 2005 hasta principios de 2008 se han comunicado 41 agresiones: 11,89% en el área de Urgencias, siendo DUE y Facultativos los más afectados (6,15 y 6,56%). Tan sólo hay constancia de 1 denuncia. En el caso de las encuestas, los más afectados son DUE, Facultativos y Celadores de las áreas de Urgencias (entre 30 y 35%), Hospitalización y Consultas Externas. Por otro lado, según sexo y edad, los datos vuelven a coincidir. Los trabajadores de entre 30 y 40 años son los más afectados, destacando que en Andújar hay mayor número de agredidas (37,5%).

Conclusiones: Como conclusión, deberíamos comprobar si hemos cumplido nuestros objetivos iniciales. Gracias a los datos obtenidos, se puede dibujar un mapa de riesgos en el que enfermeros y médicos de urgencias de los centros de Puente Genil y Andújar se destacan de los demás en el ranking de agresiones. Por otro lado, nos ha sorprendido descubrir la opinión de los profesionales de que el paciente no es el único responsable de la agresión, sino que existen otros factores desencadenantes, entendiéndose que la formación de los sanitarios y la educación de la ciudadanía son elementos básicos en el entendimiento y respeto mutuo.

O-133. ABSENTISMO DE PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS DEL CASAR: REPERCUSIÓN ECONÓMICA Y DEMORAS

M. Alcolea Guerrero, S. Gorgemans, et al

IACS; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: El CASAR se ha creado con el fin de facilitar la accesibilidad de los pacientes de las zonas rurales a los servicios sanitarios pero el paciente citado no se presenta. La revisión de la literatura no aporta conclusiones significativas. El objetivo del estudio es definir el perfil tipo del paciente que no acude, una vez citado, a las consultas de atención especializada de los centros del CASAR y estimar la repercusión económica y sobre las demoras que esto supone y proponer soluciones para mitigar el problema.

Métodos: Después de depurar la base de datos (del programa informático de gestión de citas HP HIS gestionado en el CASAR) se han analizado 35.500 citas durante un periodo de cinco meses del 2008 para los centros de Jaca y Ejea. Se ha determinado el perfil del paciente ausente a través de un análisis estadístico (frecuencias, media y desviación típica) y las variables significativas (tests previos) con una regresión logística bivariada. Se ha calculado el coste aproximado por tiempo de trabajo no utilizado derivado de la no presencia del paciente citado, y de las pruebas no utilizadas.

Resultados: El perfil del paciente citado en el CASAR es: mujer, española, de 51 años, citada por la mañana en sucesivas, en Ejea y

para los servicios de Oftalmología, Rehabilitación, Traumatología y Ginecología. En las primeras consultas la no presencia está situada en el 11%. Fallan los extranjeros, el miércoles por la mañana. Las sucesivas tienen un absentismo del 10%. Fallan los nacionales los lunes por la mañana. Las variables significativas son: el tiempo de demora, el centro de procedencia y los servicios de Alergología, Dermatología, Ginecología y Rehabilitación. El análisis económico realizado para el Centro de Ejea y cuyos datos consideramos extrapolables al resto de los centros nos ha determinado unos costes por visita no realizada y por prueba diagnóstica fallida (6.500 y 1.300 euros). La demora en la asistencia sanitaria merma la satisfacción del usuario con el servicio. En algunas especialidades la ausencia tiene efectos negativos sobre la demora.

Conclusiones: Los resultados alcanzados permiten orientar al gestor hacia actuaciones en los servicios más afectados. Se diseña un algoritmo para el proceso de citación para evitar errores en la tramitación de las citaciones. El Consorcio es una institución que nació en el año 2006, su juventud es una cualidad que permite desde sus inicios la definición de unos protocolos de actuación en su Departamento de Gestión de Pacientes y de Documentación que faciliten la erradicación del absentismo desde la búsqueda de la eficiencia en la organización.

O-134. REMODELACIÓN DE LA RED HOSPITALARIA EN LA REGIÓN SANITARIA BARCELONA. VALORACIÓN DEL IMPACTO DE UN NUEVO HOSPITAL

E. Torné Vilagrasa, J. Benet Travé, M. Sualdea Pérez, A. Guarga Rojas, et al

Regió Sanitària Barcelona; CatSalut.

Antecedentes/Objetivos: El continuo crecimiento demográfico ha generado un aumento de demanda asistencial, lo que provoca la necesidad de crear nuevos recursos para dar una respuesta adecuada a las necesidades poblacionales. La creación de recursos beneficia a la poblacional aunque tiene importantes repercusiones sobre la red asistencial existente. Objetivo: Valorar el impacto que representa la creación de un nuevo hospital, y las repercusiones sobre el resto de centros, analizando la disponibilidad de recursos en los hospitales existentes.

Métodos: El estudio se estructura en 4 partes, ubicación del recurso, descripción de la población de referencia, actividad asistencial e impacto sobre los hospitales existentes. A partir del RCA descripción de la población donde se ubicará el nuevo recurso. Se calcula la tendencia de crecimiento en los próximos 5-10 años. A partir del CMBDAH se describen las características sociodemográficas, la actividad asistencial y la procedencia de la población atendida. Con los resultados obtenidos se calculan las necesidades asistenciales y el impacto que comportará sobre los hospitales lindantes y el resto de centros. Medición del impacto: análisis del número de camas hospitalarias necesarias para atender a la población, distribuida por servicios hospitalarios. Se han excluido del análisis las altas de elevada complejidad y las de pediatría-obstetricia, ya que no está previsto dotar al nuevo centro de dichos servicios.

Resultados: Población de referencia del nuevo hospital 153.000 habitantes, un crecimiento anual cercano al 2% (año 2010), reduciéndose al 1,5-1,2% (año 2015). Se estima que la mínima actividad será de 8.224 altas anuales, 45% médicas. Atenderá un 39% de población > 64 años i un 88% de las altas son de baja-mediana complejidad. Impacto sobre centros existentes, comporta una disminución de actividad, 18% y 14% en los dos hospitales lindantes, excluyendo actividad pediatra-obstetra y de alta complejidad. Se ha estimado el excedente, 68 y 43 camas en cada uno de los centros vecinos, más 23 camas distribuidas entre los centros del territorio. Recursos mínimos asistenciales del nuevo centro, 134 camas.

Conclusiones: La creación de un nuevo centro hospitalario representa un recurso con un beneficio asistencial importante para la población. Considerar las necesidades es tan importante como valorar el excedente que puede aflorar en los centros existentes, ejercicio fundamental en la planificación sanitaria como adecuación de la oferta a las cambiantes necesidades de la población.

COMUNICACIONES ORALES XXII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Innovaciones de gestión en salud pública

O-135. ORIENTACIONES Y CONTENIDOS DE LA PROPUESTA DE LEY DE SALUD PÚBLICA DE GALICIA

M. Pereiras López, J.L. Aboal Viñas, M. Amigo Quintana, A. Gómez Amorín, X. Hervada Vidal, R. Medina González, C. Fernández Abreu, E. Fernández Nogueira, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; Applica asociados S.L.

Antecedentes/Objetivos: Con el objetivo de adaptarse al marco definido en la ley 3/2008 de Saúde de Galicia, la dirección general de salud pública, ha promovido la elaboración de una Ley de Salud Pública que defina adecuadamente su papel en el Sistema Público de Salud de Galicia y una nueva organización para la prestación de los servicios de salud pública. En esta comunicación se presentan la metodología seguida para su elaboración y las principales cuestiones que fueron causa de discusión.

Métodos: Para elaborar el anteproyecto de ley se ejecutaron las siguientes fases: Realización de una jornada para presentación de experiencias en otras comunidades autónomas y grupos de discusión sobre servicios de salud pública, en la que participaron tanto personal de los servicios de Salud Pública de Galicia como de otras Comunidades Autónomas; revisión de las iniciativas semejantes dentro y fuera del país; elaboración, discusión y aprobación de un documento marco; elaboración, discusión interna y aprobación de una versión articulada del anteproyecto de ley. A partir de ese punto seguiría la tramitación normal de los anteproyectos de ley.

Resultados: Se han identificado las siguientes áreas de discusión a lo largo del proyecto: la delimitación del papel de la salud pública dentro del sistema sanitario gallego (quedando restringida a la prevención primaria); diferenciación de los conceptos prestación, función, intervención, servicios de salud pública; esquema de la ley (ámbito/objeto, la prestación de salud pública, herramientas para garantizarla –intervenciones, inspección, sistemas de información, sistemas de calidad, sanciones– planificación/coordinación, agencia); competencias en salud pública de los municipios versus competencias de la autonomía; modelos organizativos para garantizar la prestación de salud pública; estructura territorial y por último donde radica la autoridad sanitaria.

Conclusiones: Las áreas de discusión han permitido identificar grandes temas dentro de la gestión de la prestación de la salud pública en los que todavía no se ha llegado a consensos útiles para la gestión del día a día de la salud pública. Creemos que es imprescindible la creación de foros técnicos de discusión de estos temas, abiertos a la participación y opinión de los múltiples profesionales dedicados a la salud pública de este país. Y siempre teniendo en cuenta que la participación es más efectiva si se realiza previamente y a lo largo de todo un proyecto y no al final del mismo sobre el producto elaborado, pues en este caso, la participación, se convierte en un mero opinar sobre el resultado final sin ninguna implicación.

O-136. ANÁLISIS DE COSTES DEL CATÁLOGO DE SERVICIOS DE LA ASPB

X. Bartoll, M. Macià, O. Comín, C. Casas, J.R. Villalbí, E. Camprubí, et al
Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La ASPB se dotó en 2003 de un catálogo de servicios que representa sintéticamente y de manera agrupada en 8 grandes áreas las actividades necesarias para dar respuesta a los encargos que le han sido encomendados por sus órganos de gobierno. Cada uno de estos servicios se desglosa hasta en un total de 46 líneas de actividad. En 1998-99 se realizó una estimación de los costes. El objetivo consiste en realizar una nueva estimación de costes por líneas de actividad para el año 2007, no se conoce estudio similar de otros entes públicos similares.

Métodos: Se pretende una atribución total de los costes ajustada a los criterios más racionales y disponibles. Así, se asignan gastos a líneas según un escalado de gastos inequívocamente directos a otros gastos menos directos o de estructura. En cada nivel de imputación se conserva la información del volumen de gasto imputado directo/indirecto. Para la atribución de los gastos de personal, que representan un 52% del gasto corriente, se procede mediante encuesta a las jefaturas sobre la dedicación porcentual atribuible a cada línea de la jornada laboral. Para los gastos de bienes y servicios se identifican los directamente atribuibles, y los de estructura se reparten según naturaleza del gasto mediante criterios de superficie y dedicación porcentual laboral principalmente. El coste de servicios mediadores se reparte a los servicios y líneas finalistas mediante inductores. Cuando la complejidad de la actividad lo requiere se realizan estudios de costes específicos, como es el caso del Laboratorio de l'ASPB. Debido a la atribución en cascada de los costes, se presentan también los resultados separadamente para aquellos costes cuyo criterio de atribución es menos analítico. Localmente se realizan ejercicios de estimación de costes para cambios de escala en los indicadores de actividad que involucren niveles y tasas de gastos fijos y variables diferentes a los actuales.

Resultados: Se obtiene el costo total atribuido por cada una de las 48 líneas de actividad. El rango de costes atribuidos va de los 1,1 millones de euros en vigilancia ambiental a los más de 7 millones en atención a las drogodependencias, que incluye servicios asistenciales. Alrededor de un 48% y 38% de los costes atribuidos se identifican como directos de personal y directos de bienes y servicios. Los gastos indirectos y de estructura representan el 14% del total de los costes.

Conclusiones: El análisis de costes es una condición para la decisión estratégica de la provisión pública de los servicios de salud. Una vez obtenido el gradiente de coste por actividad se hace conveniente compararlo con el gradiente efectividad impacto en salud de la actividad para representar el coste-efectividad generalizado de los servicios de salud pública en la ciudad de Barcelona.

O-137. SERVICIOS FINALES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA DE GALICIA

I. Conde Diéguez, J.L. Aboal Viñas, E. Fernández Nogueira, B. Seoane Díaz, R. Zubizarreta Alberdi, P. Daporta Padín, A. Malvar Pintos, J.A. Taboada Rodríguez, M. Álvarez Cortiñas, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; Applica asociados S.L.

Antecedentes/Objetivos: En el proyecto "Compromisos con clientes-usuarios" del Plan de Mejora de Gestión 2007-08 de la DXSP, se identificaron los servicios finales con capacidad directa de producir salud en el ciudadano, con el objeto de mejorar la calidad percibida por el cliente-usuario.

Métodos: Se elaboró una ficha para cada servicio que incluía: objetivo de salud, programas asociados, identificar al cliente, requerimientos del cliente respecto al servicio, requerimientos técnicos y normativos del servicio, puntos de contacto con el cliente en la prestación del servicio, responsable de esos contactos, requerimientos del cliente respecto a los puntos de contacto, mediciones de los requisitos del servicio y la existencia de encuestas a clientes-usuarios sobre el servicio. Se realizaron entrevistas y se mantuvieron 2 reuniones para consensuar conceptos.

Resultados: Se identificaron 24 servicios finales que son: proteger del humo del tabaco a las personas no fumadoras, proteger y fomentar hábitos de no consumo de sustancias tóxicas, fomento de hábitos alimentarios saludables, fomento de hábitos de actividad física saludable, protección y diagnóstico precoz del cáncer de mama, la detección precoz de sordera neonatal y de metabolopatías, la disminución del riesgo de contraer: una enfermedad inmunoprevenible, una tuberculosis, VIH/ sida, una infección de transmisión sexual, una hepatitis vírica, una enfermedad transmisible viajando al exterior, una enfermedad al bañarse en el mar, en el río o en una piscina pública, una enfermedad al realizarse un piercing, tatuaje o micropigmentación, una enfermedad por broncearse, una enfermedad por manipular productos químicos, una enfermedad por beber agua de la traída, una enfermedad por legionella, una enfermedad por usar servicios de sanidad mortuoria, una enfermedad al consumir alimentos adquiridos en minoristas o consumidos en restauración colectiva.

Conclusiones: El listado está orientado al ciudadano, para que el nombre de los servicios pueda ser entendido. En general los servicios coinciden con la propuesta del sistema nacional de salud, con la gran diferencia de que no se utiliza "programa de..." sino el nombre del servicio incluyendo su objetivo. Se considera que un programa de salud pública puede prestar varios servicios y que para la prestación de un servicio puede que sean necesarios varios programas. Se han descrito otros servicios intermedios de la organización que serán incluidos en otra cartera de servicios. Posteriormente, se identificarán las expectativas de la población para establecer proyectos de mejora e incluir estas expectativas en la prestación del servicio.

O-138. GESTIÓN POR PROYECTOS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA (DXSP) DE GALICIA

J. González Zaera, J.L. Aboal Viñas, C. Fernández Abreu, M. Pereiras López, E. Fernández Nogueira, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; Aplicación asociados S.L.

Antecedentes/Objetivos: Tras la autoevaluación de la calidad de gestión en 2007, con el modelo de Directrices de la Xunta de Galicia, adaptación del modelo EFQM, se identificó como oportunidad de mejora, la "mejora de la gestión de los proyectos", con el objetivo de elaborar una sistemática común para definición, control y evaluación de proyectos, orientado a mejorar los resultados de la organización.

Métodos: En la elaboración de la memoria del proyecto "Mejora de la gestión de proyectos" se ha utilizado el sistema interno de gestión de procesos de la DXSP, para cuyos apartados se utilizó la norma ISO 10006:2003. Se eligió un número reducido de proyectos, que implicaban a todas las unidades de la DXSP. El programa de gestión de proyectos utilizado fue el programa ATLAS de la Consellería de Sanidade.

Resultados: El formulario para la elaboración de la memoria tiene los siguientes apartados: 1-Contexto, visión y requisitos (¿para qué?); 2- Objetivos y descripción (¿qué?); 3-Beneficiarios/ partes interesadas (¿para quién?); 4- Tareas, responsables, productos y fechas (¿cómo, quién, cuándo?); 5- Recursos y estructura organizativa necesarios (¿con qué?); 6- Factores críticos para el éxito y sistema de medición e mejora. Se aplicó a 13 proyectos de diferentes ámbitos como proyectos de promoción de la vida sin tabaco, la vacunación

del papiloma virus, manuales para el programa de detección precoz de cáncer de mama o proyectos de gestión interna. En todos los casos se pudo incluir la información necesaria para gestionar los proyectos. Una vez elaboradas las memorias, se informatizaron en el ATLAS, después de facilitar la formación necesaria. Igualmente, se ha elaborado la memoria de un proyecto para sistematizar la elaboración, aprobación, gestión y control de proyectos que será aplicado durante el año 2009. Los responsables de los proyectos han considerado útil la herramienta para mejorar la gestión.

Conclusiones: La elaboración de una memoria donde se describe e identifican las todas las tareas, ajustando el tiempo de realización, ha permitido una mejor planificación de los proyectos, disminuyendo el clásico error de programación en el tiempo de finalización estimado. Se han identificado modificaciones dentro del programa informático ATLAS que permitirán un mejor aprovechamiento del mismo. Con la implantación de este proceso, en 2010, los proyectos que se vayan a realizar tendrán que haber pasado por las distintas fases definidas en el mismo. En un futuro esta herramienta servirá para elaborar unos presupuestos basados en proyectos, de tal manera que cualquier inversión deba estar asociada a un determinado proyecto.

O-139. INTELIGENCIA: INNOVACIÓN EN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

A. Colom Umbert, B. Galmés Santandreu, I. Riutort Ozcariz, P. Palou Vidal, et al

Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Salut del Govern Balear.

Antecedentes/Objetivos: La Protección de la Salud Pública, en la gestión de riesgos, ha de incorporar herramientas que faciliten un abordaje pro-activo en sus procesos implicando en ello a los operadores económicos y generar así valor para ambas partes.

Métodos: En 2002 se inició una aplicación informática basada en bases de datos relacionales, montada sobre portátiles en local. Se ha evolucionado a un sistema de movilidad vía Web donde cada tablet PC dispone de conectividad 3G integrada para acceder a Internet. Esto permite, mediante una página Web publicada en un servidor, tener información a tiempo real, de la cuantificación del riesgo de las empresas. Además, el hecho de tener las empresas georreferenciadas posibilita su visualización en un mapa web, simbolizando dichas empresas en función de su sector, actividades, riesgos, personal, etc. La parte geográfica de la información es almacenada y servida a través de la infraestructura de datos espaciales de las Illes Balears (IDEIB), lo que permite su análisis mediante sistemas de información geográfica (SIG). Este análisis es de utilidad tanto para planificar las tareas de inspección y auditorías como para actuar más rápidamente en caso de una emergencia. La herramienta utilizada ha sido el FileMaker que puede ser gestionada por personal no técnico en informática, permitiéndoles llevar la dirección operativa del control oficial, con indicadores de proceso, "outputs" y "outcomes" en Salud Pública.

Resultados: En la Organización: La aplicación informática ha permitido conocer el "riesgo" a tiempo real de 508 industrias, 780 hoteles, 27 hospitales y 10 mataderos. Está en fase de pruebas el control de las aguas de consumo humano de las 130 entidades gestoras autorizadas. En las Personas: Los técnicos podrán mejorar la curva de aprendizaje, planificarse rutas, flexibilizar el horario laboral y optimizar su tiempo, por la geo-referenciación de los establecimientos con una visibilidad que permita la realización de auditorías internas. En los Clientes: Los operadores económicos han mejorado la percepción de la administración, han optimizado el tiempo y han visto reforzado su autocontrol, basado en el sistema HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points).

Conclusiones: Los sistemas de información (SI) diseñados “desde y para” los procesos operativos permiten, mediante el uso de las TIC, retroalimentar la “inteligencia” de la Salud Pública. Dichos SI evaluarán el impacto en salud, de las acciones que se realizan con los operadores económicos en algunas interfases de los determinantes de la Salud Pública.

O-140. INDICADORES PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

J.R. Villalbí Hereter, C. Casas Segalà, X. Bartoll, M. Ballestín Alastuey, E. Camprubí Garreta, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Los servicios de salud pública cubren un espectro de actividades amplio y algo heterogéneo. Con la definición de catálogos o carteras de servicios de salud pública se avanza en su formalización y visibilidad. Para obtener un buen seguimiento de su desempeño se hace preciso disponer de indicadores apropiados para el seguimiento y la evaluación de estos servicios.

Métodos: Mediante la revisión de los indicadores utilizados previamente y discusiones con los responsables de los servicios se intenta definir un sistema de indicadores para un control de gestión más integral de las líneas de trabajo incluidas en el catálogo de servicios de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, buscando una batería de indicadores cuya obtención y uso sea viable y aporte valor al seguimiento. Para cada producto o servicio se proponen tres ámbitos: actividades o producción; cobertura, resultados o calidad; y coste.

Resultados: Se obtienen indicadores cuantitativos para todos los servicios productivos de salud pública identificados en el catálogo de servicios, pero en algunas líneas de trabajo no parece factible cubrir los tres ámbitos definidos con indicadores específicos, sensibles a los cambios, y que puedan estar realmente disponibles en el momento en que se requieren. Para los servicios de coordinación y enlace parece mucho más difícil disponer de indicadores válidos y sensibles a los cambios.

Conclusiones: Es factible el desarrollo de un sistema de información de gestión para los servicios de salud pública que permita comparaciones a lo largo del tiempo o entre territorios. Se aprecia que para algunas líneas de trabajo, los indicadores de producción o actividad plantean dilemas. Los indicadores que reflejan la cobertura, calidad o impacto de los servicios con frecuencia no están disponibles en tiempo real, y esto comporta limitaciones en su uso. La elección de indicadores de coste comporta opciones con repercusiones en la forma de valorar los servicios. Se constata que es difícil resumir en unos pocos indicadores la diversidad de las líneas de trabajo activas. Esto tiende a producir un exceso de información que puede desbordar al responsable político o de gestión no especialista, y hacer menos visible el producto de los servicios de salud pública.

O-141. MODERNIZACIÓN Y MEJORA DE LA GESTIÓN INTERNA DEL ÁREA DE SALUD Y CONSUMO DEL AYUNTAMIENTO DE BILBAO

J.J. Orduna Zubiri, A. Etxebarria Lamborena, et al

Ayuntamiento de Bilbao-Área de Salud y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: El Ayuntamiento de Bilbao está inmerso en un proyecto integral de modernización y mejora de la gestión interna tomando como referencia el Modelo EFQM de Excelencia. Tras intentos anteriores, en el año 2004 se decide impulsar de forma definitiva este modelo de gestión de mejora continua que contempla como puntos básicos la orientación a los resultados que debe satisfacer a todos los “grupos de interés”, la clara orientación al cliente,

la gestión por procesos, el desarrollo e implicación de las personas y otros que contempla el referido Modelo.

Métodos: El primer Objetivo tiene cuatro Líneas Estratégicas: – Educación y Promoción de la Salud – Prevención de las Drogodependencias – Control de animales – Cementerios En el segundo se definen tres: – Control sanitario de los alimentos y del medio urbano – Oficina de Información al Consumidor – Mercados Posteriormente, se desarrolla el Mapa de Procesos del Ayuntamiento, dividido, como es habitual, en Procesos Estratégicos, de Apoyo y. Marcado este Mapa general, el Área de Salud y Consumo pasa a definir su propio Mapa de Procesos, con los siguientes Procesos Operativos: 1º.- Promoción de la Salud 2º.- Fauna Urbana 3º.- Atención a la Persona Consumidora y Usuaría 4º.- Control sanitario del Medio Urbano 5º.- Seguridad Alimentaria 6º.- Servicios Técnicos y de Administración 7º.- Atención a la ciudadanía.

Resultados: El proyecto de modernización se ha apoyado en numerosas herramientas de calidad: – Formación del personal – Mejora de la Comunicación interna – Realización de Encuestas a trabajadores, usuarios y población – Desarrollo de indicadores – Elaboración y certificación de Cartas de Servicio – Certificaciones de calidad según Normas ISO – Implementación de procesos transversales, etc.

Conclusiones: El desarrollo de este Plan global precisa en la Administración Local, de un apoyo decidido del estamento político y de una indudable posición de liderazgo. En nuestro caso, ha sido clave la creación de un Servicio dedicado en exclusiva a este Plan, que ha actuado como dinamizador y ha desempeñado un rol de figura transversal ante los equipos de trabajo. Por fin, en lo concerniente al Área de Salud y Consumo, se ha conseguido un equipo directivo dinámico, bien formado, comprometido e impulsor decidido de la mejora continua como herramienta fundamental para el desarrollo de nuestras actividades, que ha dinamizado al resto del personal y ha prestado su apoyo incondicional.

O-142. MEJORA DEL CLIMA LABORAL EN UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD PÚBLICA

R. Vizoso Villares, J.L. Aboal Viñas, E. Cruz Ferro, I. Sarceda Rodríguez, E. Gómez Fernández, P. Daporta Padín, A. Malvar Pintos, M. Otero Regueijo, M. Corujo Quintero, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; Applica asociados S.L.

Antecedentes/Objetivos: Se definió el proyecto “medición del clima laboral” para conocer la situación y poner en marcha acciones de mejora. Este proyecto es uno de los cinco del plan de mejora de gestión de la dirección general de salud pública 2007-08, definidos tras el proceso de autoevaluación realizado siguiendo el modelo de directrices de calidad de gestión de la Xunta de Galicia, que es una adaptación del modelo EFQM.

Métodos: Se realizó una encuesta, adaptando el modelo de la división de calidad de Renault, con 44 preguntas agrupadas en 8 factores objeto de evaluación: adhesión a la dirección, primacía del cliente, la comunicación en la dirección, las relaciones con otros servicios, las relaciones en el propio servicio, la satisfacción en el puesto de trabajo, la satisfacción retributiva y profesional y la extensión de la mejora en el último año. Para la adaptación interna de la encuesta se hizo una preencuesta a tres personas de la dirección. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Para la identificación de acciones de mejora se creó un grupo de trabajo en el que participaron voluntariamente 7 personas de la dirección: dos administrativas, tres técnicas, una jefa y un jefe de servicio. Para la elaboración de los proyectos de mejora se utilizó la metodología ISO 10.006:2003 “Directrices para la gestión de la calidad en los proyectos”. Los resultados de la encuesta fueron comparados con las encuestas realizadas en la dirección en los años 1999 y 2000.

Resultados: contestaron 68 personas (75,56%) con los resultados siguientes: altísimo nivel de adhesión a la dirección, aceptación de orientación al cliente, la comunicación en la dirección debe mejorar, coordinación entre los servicios insuficiente, las relaciones dentro del mismo servicio tiene una valoración muy positiva, la valoración de la satisfacción en el puesto de trabajo es positiva resaltando la baja confianza en el futuro profesional en la dirección, tanto la retribución como la carrera profesional son el elemento más críticos de la insatisfacción y, por último, solo para un tercio de los trabajadores mejoró la organización en el último año. El resultado es similar a las encuestas de 1999 y 2000. El grupo identificó 20 acciones de mejora que fueron presentadas y aprobadas por la dirección. Para llevarlas a cabo, se elaboraron 7 nuevos proyectos que están en fase de implantación.

Conclusiones: La herramienta aportó información para identificar 20 acciones de mejora transformadas en 7 proyectos que están en su fase de implantación. A los 2 años del anterior se pasará de nuevo el cuestionario para medir el impacto de las acciones en el clima laboral.

COMUNICACIONES ORALES XXIII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Tabaco: hábitos e intervenciones para reducir su uso

O-143. Hábitos y conocimientos sobre el tabaco en adolescentes

O. Moyano Jiménez, L. Córdoba Garrido, R. Perea Rafael, I. Hinojosa Muñoz, J.F. Espada Muñoz, F. Pozo Muñoz, M. Gallardo Montoro, M. Córdoba Garrido, J. Pinazo Luque, et al

Área Sanitaria Norte de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: El tabaquismo es la consecuencia de un proceso que comienza incluso antes de probar el primer cigarrillo. Casi todos los estudios muestran que la transición desde el uso habitual de tabaco a la dependencia suele tener lugar durante la adolescencia, momento en el que se es más vulnerable a ciertos factores sociodemográficos, ambientales y personales que aumentan sus riesgos de iniciación en el uso del tabaco. Existen numerosos factores que se han identificado como de riesgo relacionados con la iniciación y el uso de tabaco, por eso, sin llegar a olvidar el carácter adictivo del tabaco, se ve como necesaria la evaluación de los conocimientos y hábitos que tienen los adolescentes que tienen sobre el tabaco.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal 195 estudiantes de 1º a 4º de E.S.O. matriculados en el I.E.S. Salvadora Muñoz del municipio Villanueva de Algaidas (Málaga). Se realizó un cuestionario autoadministrado en el que se evaluó el hábito, la dependencia física y los conocimientos. Este cuestionario fue recogido in situ previamente a la realización de un taller formativo para todos los alumnos incluidos en el estudio.

Resultados: Del total de encuestados el 46,1% han probado alguna vez un cigarrillo. La media de edad de inicio en todos los cursos fue de 11,14 años. Se han visto diferencias significativas en la edad de inicio entre los diferentes cursos, siendo menor en los cursos de 1º y 2º E.S.O. ($p < 0,0001$). La media del valor del test de Fageström entre los que se declararon fumadores fue de 5 puntos, el 52,6% tenía una puntuación igual o superior a 5 puntos (dependencia física media). La mediana de puntuación en conocimientos fue de 3,75 sobre 10. Esta puntuación se incrementa progresivamente a lo largo de los cur-

sos ($p < 0,0001$), sin embargo tan solo un 16,9% consiguió una puntuación igual o superior a 5.

Conclusiones: Los adolescentes continúan incorporándose al consumo del tabaco cada vez a edades más tempranas. A pesar de la información existente sobre tabaquismo, el conocimiento que los adolescentes tienen del mismo es deficiente. Por lo tanto será de utilidad implementar estrategias de prevención en estos jóvenes, priorizando las intervenciones en los alumnos de 1º y 2º de E.S.O., lo que resultará de utilidad para la realización de nuevos estudios para evaluar el impacto de las intervenciones en este campo.

O-144. CUESTIONARIOS SOBRE EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO EN ESPAÑA, ¿CÓMO LO ESTAMOS HACIENDO?

S. Manzanares, Grupo de Trabajo de Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología (GTT-SEE)*, et al

UD IMAS-UPF-ASPB.

Antecedentes/Objetivos: La exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) causa cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y otros problemas de salud. Disponer de datos de exposición a nivel poblacional es importante en términos de salud pública. Sin embargo, no existe un consenso sobre cómo recoger dicha información mediante cuestionario. El objetivo es revisar los cuestionarios de estudios españoles en los que se ha recogido la exposición al HAT.

Métodos: Se identificaron los cuestionarios con preguntas sobre HAT a partir de la revisión de encuestas y estudios de salud locales, autonómicos y nacionales realizados en España desde 1983. Además, se realizó una búsqueda en PubMed de trabajos en castellano o inglés sin límite de fecha. Se obtuvieron los cuestionarios originales directamente de los responsables o de sus instituciones. De cada cuestionario se identificaron las preguntas sobre exposición al HAT, y se recogió información sobre el tipo de población al que estaban dirigidas (población general, escolares y otros). Cada pregunta se clasificó según el entorno en el que se medía la exposición (casa, trabajo o centro de estudios y lugares de ocio). Para cada entorno, se cuantificó el número de cuestionarios que medían duración o frecuencia de la exposición y el de los que medían intensidad.

Resultados: Se revisaron un total de 24 cuestionarios: 6 de ámbito local, 14 autonómicos y 4 nacionales. 17 (70,8%) cuestionarios estaban dirigidos a la población general, 5 a escolares y 2 a otras poblaciones específicas. Todos los cuestionarios recogían información sobre exposición en el hogar, 19 (83,3%) preguntaban por exposición en el trabajo y/o centro de estudios y 21 (87,5%) por exposición en lugares de ocio. Respecto a la información sobre exposición en el hogar, 23 cuestionarios (95,8%) recogían información sobre la duración y/o frecuencia y 12 sobre la intensidad de la exposición. Sobre exposición en el trabajo, 16 (84,2%) preguntaban por la duración o frecuencia de la exposición y 7 por la intensidad de ésta. En cuanto a los lugares de ocio, 20 cuestionarios (83,3%) recogían información sobre la duración y/o frecuencia de la exposición, y 3 sobre la intensidad de ésta.

Conclusiones: Existe una amplia variedad de tipo y número de preguntas entre cuestionarios. El entorno de exposición más estudiado es el hogar. Asimismo, la duración o frecuencia de la exposición se recoge en la mayoría de cuestionarios, a diferencia de la intensidad. Sería oportuno establecer un consenso para estandarizar la medición de la exposición a HAT a través de cuestionarios en España, con el objetivo de disponer de indicadores comparables.

*GTT-SEE: Ariza C, Fernández E, Galán I, López MJ, Moncada A, Montes A, Nebot M, Pérez-Rios M, Schiaffino A.

O-145. EVALUACIÓN DE LA LEY 28/2005 DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO EN TRABAJADORES FUMADORES DE LA HOSTELERÍA

J.M. Martínez-Sánchez, E. Fernández, M. Fu, M. Pérez-Ríos, J.A. Pascual, M.J. López, A. Schiaffino, C. Ariza, E. Saltó, et al

Institut Català d'Oncologia; Direcció General de Salut Pública. Xunta de Galicia; Institut Municipal d'Investigació Mèdica; Agència de Salut Pública de Barcelona; IMSABS. Ajuntament de Terrassa; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: El 1 de enero de 2006 entró en vigor en España la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. La ley prohíbe fumar en los lugares de trabajo, pero los bares y restaurantes son una importante excepción. Los estudios de evaluación de las leyes de control del tabaquismo en población fumadora son escasos. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la Ley 28/2005 en fumadores que trabajan en el sector de la hostelería.

Métodos: Estudio de una cohorte de 431 trabajadores de la hostelería (49,6% fumadores) seguidos 1 año después de la entrada en vigor de la Ley. De la cohorte inicial formada entre octubre y diciembre de 2005, 288 fueron seguidos (118 fumaban al inicio). Se evaluó la tasa de abandono, la reducción en el consumo de cigarrillos por día, los cambios en dependencia nicotínica medida por el test de Fagerström (FTND) y los cambios en la concentración de cotinina en saliva.

Resultados: La tasa de abandono fue de 5,1%. De los 112 fumadores que continuaban fumando, el 41,1% redujo su consumo (media 17,9 vs 16,3 cigarrillos por día, $p < 0,01$). La proporción de trabajadores con una dependencia alta a la nicotina (FTND > 6) se redujo a la mitad después de la ley (19,5% vs 9,7%, $p < 0,05$). La concentración de cotinina en saliva se redujo un 4,4% (media geométrica 104,3 vs 99,7 ng/ml, $p < 0,05$). La reducción del número de cigarrillos fumados y las concentraciones de cotinina en saliva fue mayor en los fumadores que trabajaban en locales donde estaba totalmente prohibido fumar. No se encontraron diferencias en el FTND según la regulación del local.

Conclusiones: Un año después de la introducción de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo se observan efectos beneficiosos para la salud de los trabajadores fumadores, ya que se reduce el número de cigarrillos fumados, la cotinina en saliva y la dependencia alta a la nicotina. Estos efectos son mayores en los trabajadores de locales donde hay una prohibición total de fumar.

Financiación. Direcciones Generales de Salud Pública de las Consejerías de Sanidad de las Islas Baleares, Cantabria, Cataluña, Galicia y Comunidad Valenciana. Instituto de Salud Carlos III (FIS PI052072, CIBERESP CB06/02/0032, y RTICC RD06/0020/0089); y de la Consejería de Universidades e Investigación de la Generalitat de Catalunya (SGR200500646).

O-146. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

M. Santiñá, J. Grau, A. Torres, et al

Servicio de Medicina Preventiva. UASP. Hospital Clínic de Barcelona; Servicio de Neumología. ICT. Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La prevención del tabaquismo es un programa prioritario de salud pública de la Unión Europea y de la OMS. En Cataluña se desarrolló la Red de Hospitales sin humo con el objetivo de implantar estrategias encaminadas a conseguir que los espacios de los hospitales estén libres de humo de tabaco. El Hospital Clínic se adhirió a esta Red en el año 2003. En este trabajo presentamos los resultados obtenidos tras tres años de actividad.

Métodos: En el año 2004 determinamos la prevalencia de trabajadores fumadores en el hospital, utilizando el modelo diseñado por la

red europea de hospitales sin humo, tanto en cuanto a la metodología de recogida de datos como al uso del instrumento diseñado a tal fin. Posteriormente implantamos las medidas encaminadas a reducir el número de trabajadores fumadores, consistentes en una campaña de comunicación, la señalización de todo el hospital como un espacio libre de humo, la estructuración de un servicio de deshabitación tabáquica y el seguimiento de todo ello a través de una Comisión multidisciplinar. En el año 2007 volvimos a realizar la determinación del número de trabajadores fumadores y del lugar donde estos fumaban, mediante el mismo modelo de encuesta y la misma metodología de recogida de datos que utilizamos el año 2004. Los datos se procesaron utilizando el programa estadístico SPSS v.14. La comparación de proporciones de ambos años se realizó mediante análisis del chi-cuadrado y la de medias mediante la t de Student.

Resultados: La prevalencia de trabajadores fumadores había bajado al 27,4% (2007) frente al 35,5% del 2004. Este descenso se objetivaba tanto en hombres (26,8% vs 38,6%), como en mujeres (27,6% vs 33,3%), pero no se producía en todos los estamentos; así mientras los médicos referían fumar menos (18,6% vs 25,85), enfermería no reflejaba un descenso tan acusado (33,5% vs 35,6%). En relación a los espacios donde fumaban, se observó descensos en todas las dependencias del hospital (despachos, salas de relax, offices de enfermería, cafetería, comedor laboral) pero por el contrario aumento la respuesta del fumador que indicaba que fumaba en otros sitios.

Conclusiones: El proyecto de hospital sin humo está teniendo éxito en los objetivos planteados, aumentando la sensibilización de los trabajadores a no fumar en el hospital, pero debe continuar su trabajo para evitar que se fume dentro de cualquier dependencia del hospital. Así como continuar realizando acciones para que los fumadores dejen el tabaco, sobre todo en aquellos colectivos donde la reducción es menos evidente.

O-147. DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS DE LA CESACIÓN TABÁQUICA EN ADOLESCENTES SEGÚN SU PERFIL FUMADOR

F. Sánchez-Martínez, C. Ariza, I. González, O. Juárez, M. Nebot, Grupo coordinador del proyecto ASC en España, et al

CIBER de Epidemiología y Salud Pública CIBERESP; Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio es establecer la relación entre el perfil fumador de los adolescentes y el éxito en la cesación tabáquica a partir de los resultados del proyecto europeo "Adolescent Smoking Cessation" (ASC) en el cual participaron escolares de Barcelona, Córdoba, Logroño, Pontevedra, Vigo y Vitoria de España.

Métodos: Entre octubre y noviembre de 2004 se reclutaron 1.234 adolescentes fumadores de 41 escuelas de las 6 ciudades participantes. De ellos, 206 (16,7%) asistieron a la selección. De éstos, 117 (9,5%) iniciaron la intervención siendo 66 (5,4%) los realmente expuestos a ella. La información se recogió mediante un cuestionario autodeclarado que había sido validado previamente. Se obtuvo datos relativos al consumo de tabaco, variables psicosociales asociadas al consumo, variables ligadas a la cesación (intención de conducta, intentos previos, dependencia, motivación y autoeficacia) y datos sobre el consumo de cannabis. Los participantes fueron reencuestados al finalizar la intervención.

Resultados: De los 66 participantes el 65,2% eran chicas y la edad media 17,4 años. Del total, a los 6 meses, el 24,2% (16) había dejado de fumar, el 57,6% (38) redujo el consumo y el 18,2% (12) no cesó ni redujo el consumo. El 87,5% de los que cesaron estaba en fase de preparación, frente al 42,1% y el 41,7% de los que redujeron y los que ni cesaron ni redujeron respectivamente ($p < 0,05$). La motivación para dejar de fumar fue alta entre los que cesaron y moderada

entre los que no ($p < 0,05$). La puntuación media en la escala de la autoeficacia para no fumar en situaciones que plantean hacerlo fue superior entre los que cesaron (4,3) que entre los que redujeron (3,4) y los que ni cesaron ni redujeron (2,2) aunque no fue estadísticamente significativa. La cesación del consumo de cannabis en los adolescentes que dejaron de fumar tabaco fue superior a aquellos que no lo consiguieron ($p < 0,05$). No hay diferencias respecto a la dependencia de la nicotina.

Conclusiones: La cesación tabáquica es más efectiva en adolescentes en fase de preparación para dejar de fumar, con motivación alta para dejarlo y con mayor autoeficacia para no fumar en situaciones que plantean hacerlo. Los resultados muestran una mayor probabilidad de éxito en la cesación si se abandonan conjuntamente el consumo de tabaco y cannabis entre los consumidores de ambas drogas. No obstante son necesarios estudios con muestras superiores para confirmar la consistencia de este perfil.

*Gr coordinador del proyecto ASC en España: B. Alonso (Xunta de Galicia), I. García-Sádaba (Junta de Andalucía), A. Esteban (Gobierno de la Rioja) y F. Gómez (Ayuntamiento de Vitoria).

O-148. UNA EXPERIENCIA DE GESTIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD: GALERÍA INTERACTIVA TABACO-JÓVENES

E. Gala Oceja, A. Mesas Rodríguez, N. Prieto García, et al

Distrito Sanitario Costa del Sol. SAS.

Antecedentes/Objetivos: Realizar actividades de promoción de salud en los Institutos de Secundaria (IES) implicando a los tutores y potenciando la participación del alumnado para trabajar con intersectorialidad y acción local es complicado. Fortalecer a los profesionales de Atención Primaria desde su práctica y apoyar el papel conjunto que tienen con los Orientadores de los IES es una estrategia. La hipótesis es que estructurando una actividad adaptada al entorno, flexible y versátil, con materiales atractivos, sencillos pero novedosos y ahorrando a los sanitarios tiempos preparación y logística se consigue mayor implicación, adherencia, y rentabilidad de recursos **Objetivo:** trabajar Tabaco en 20 Institutos de la Costa del Sol a bajo coste y alta rentabilidad, con nuevos formatos donde puedan interactuarse y servir de plataforma de comunicación en salud, con bidireccionalidad entre iguales, profesionales-jóvenes, educación-salud.

Métodos: Diseño de exposición interactiva ubicada en zona muy visible del Instituto y de paso de todo el alumnado; que ofrezca a profesores material y estímulo para trabajar en tutorías: "Espacio de construcción compartida, encuentro, reflexión y participación entre los jóvenes respecto al Tabaco" resaltando la elección positiva de "No Fumar". Consta de cinco secciones (reflexión, participación-expresión, lúdica, refuerzo y adhesión "Yo, Elijo No Fumar") La estrategia y diseño de materiales se elabora en el Servicio de Promoción de Salud y al Unidad de Tabaquismo del Distrito Costa del Sol quien unifica criterios con Centros de Salud y entrega los materiales editados en imprenta para su Instituto. Se elabora evaluación y cronograma coordinado.

Resultados: 23 sanitarios implicados, 3 ediciones consecutivas. Pilotaje en 2006 en 5 Institutos, cobertura del 90% en 2007 (19) y del 88% (22) en 2008 beneficiándose 11.680 alumnos en 2007 y 16.060 en 2008; duración media de 9 días de exposición. 4 Horas de trabajo por sanitario/instituto/año ha producido participación activa de 368 aulas y 628 tutores que desarrollaron actividades generando 1.277 horas de trabajo sobre el tema que aporta una actividad inducida en 64,25% de los alumnos matriculados en 2007 y del 52% en el 2008. (15.864). Evaluada su repetición hay opinión favorable en el 94% de los IES. Satisfacción de 8 sobre 10. Participación alumnos: 615 aportaciones en panel libre expresión, 712 en producción propia y 2818 registros en libro de adhesiones. Coste de actividad de 0.21 Euros/alumno.

Conclusiones: La actividad ha resultado efectiva en sus objetivos con alta participación, rentabilidad, replicabilidad y bajo coste. El proceso en cascada ha obtenido que 1 hora de sanitario se haya multiplicado por más de 18 veces en la implicación de profesionales docentes en 2007 y casi 15 veces en el 2008.

O-149. LA CREACIÓN DE LA RED DE FORMADORES DEL PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO DE ANDALUCÍA

A. Lupiáñez Castillo, J.M. Aranda Regules, L.A. López Fernández, M.B. Gil Barcenilla, P. Mesa Cruz, P. Fuentes Lozano, et al

EASP; SAS.

Antecedentes/Objetivos: El Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía (2005-2010) plantea el reto de formar a la totalidad de profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público Andaluz (56172) en el abordaje del tabaquismo en intervención básica y a los profesionales responsables de programas y procesos relacionados con el tabaquismo en intervención avanzada individual y grupal. La Red de Formadores se plantea como una necesidad con los siguientes objetivos: 1. Identificar y contactar a todos los profesionales relevantes en el campo del tabaquismo en Andalucía dispuestos a colaborar. 2. Conformarlos como grupo, con identidad propia, impulsor del programa de formación y del Plan dentro de los servicios sanitarios y otras instituciones públicas y privadas de Andalucía. 3. Constituir un recurso humano permanente para futuros desarrollos del Plan.

Métodos: Se realizó a través de la técnica bola de nieve un sondeo de las redes andaluzas de tabaquismo existentes y una revisión de los últimos 10 años de publicaciones científicas y congresos en busca de profesionales relevantes en tabaquismo (a nivel asistencial, docente o investigador). Posteriormente se sondeó su disponibilidad a participar en el proyecto y la Red quedó inicialmente constituida por 279 miembros. Formada la Red, se partió de un diseño inicial y clases preparadas para 7 tipos de cursos (intervención básica, procesos asistenciales relacionados con el tabaco, tabaquismo pasivo en niños, intervención avanzada grupal y coordinación del programa de tabaquismo) que se enviaron a los miembros por correo electrónico y postal. 68 profesionales realizaron aportaciones a los materiales enviados modificándose las propuestas iniciales que acabaron de perfilarse en un taller de expertos (con miembros seleccionados de la Red y consultores del resto del estado) hasta su diseño definitivo. Estos recursos quedaron recogidos en un maletín que constituye un distintivo tangible de la imagen horizonte de la Red y una seña de identidad como grupo. Para facilitar los contactos entre las personas integrantes se creó la plataforma de comunicación virtual (www.re-dformadorespita.org) y se estableció una estructura de gestión de la red (unipersonal, ubicada en la Escuela Andaluza de Salud Pública y estrechamente vinculada con la dirección del Plan).

Resultados: Se generó un modelo formativo en tabaquismo propio de Andalucía, con amplio consenso entre los profesionales dedicados al tema. La Red ha ido creciendo hasta alcanzar los 530 miembros actuales. La Red ha formado a 10.216 profesionales a 30 de abril de 2008.

Conclusiones: La creación de la Red ha sido un recurso importante en la consecución de objetivos de formación del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía y un elemento generador de innovación.

O-150. ESTRATEGIA DE FORMACIÓN DE TERAPEUTA EN TABAQUISMO PARA PROFESIONALES SANITARIOS

E. Gala Oceja, A. Mesas Rodríguez, J. Sánchez Ibáñez, et al

Distrito Sanitario Costa del Sol. SAS.

Antecedentes/Objetivos: El Distrito Sanitario Costa del Sol (DSCS) apostando por el desarrollo competencial diseña una Estrategia Forma-

tiva que capacite al profesional sanitario como terapeuta en Tabaquismo y pueda ser referente en su Centro de Salud (CS), implantar la Unidad de Tabaquismo (UT) y poder ofrecer un Programa Grupal multicomponentes de deshabituación tabáquica a la población de su propio Centro de Salud, siendo el problema el largo tiempo de formación que se precisa y el importante número de grupos de deshabituación que se requiere para entrenarse adecuadamente. OBJETIVOS Formar 1 médico/a-1enfermero/a por CS como responsables del Programa de Tabaquismo Implantar una UT que ofrezca intervenciones básicas, avanzadas(individuales y grupales) y actividades de prevención y promoción de salud Ampliar la Red Local de Atención al Tabaquismo (RLAT).

Métodos: Junio'07:diseño y acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía del Taller de capacitación para Intervención avanzada en Tabaquismo (75h y 16,7 créditos) con docentes expertos propios y de la Red Local (miembros de la Red de Formadores PITA y de la RLAT) Proceso formativo (Octubre'07/Marzo'08): -Taller teórico-práctico en Intervención Avanzada (35h incluye metodología grupal) -Elaboración Plan de Trabajo por CS (10h no presenciales) -Taller de entrenamiento en manejo de grupos terapéuticos como co-terapeuta (15h) y terapeuta supervisado (15h) en su CS para afianzar destrezas pero ya ofreciendo un grupo de deshabituación en CS.

Resultados: Formación de 19 profesionales 15 AP: 3 médicos, 3 médicas, 5 enfermeros, 5 enfermera, 4 Hospital Costa del Sol (HCS) (Unidad Riesgos Laborales (URL) y M Interna). Implantación escalonada a partir de 6 meses de UT en 11 de 12 CS (1ª en Marzo'08), 1 en URL del HCS. Ampliación de RLAT que tras el curso asciende a 35 profesionales potenciándose la interacción coordinada entre profesionales, la intersectorialidad y acción local Evaluación alumnos(marcan muy alto): Conocimientos adquiridos pre-postest 7,95 Competencia docentes 94,74% Capacidad adaptación docentes 84,21% Cumplimiento objetivos 89,21% Metodología docente 89,47% Presentaciones y bibliografía 63,16% Nivel satisfacción general 91,31%.

Conclusiones: Este diseño de "formación-acción" que utiliza parte del entrenamiento profesional como oferta de servicio directo a la población (supervisión individual permanente asegurada) ha permitido acortar tiempos de proceso y a los seis meses iniciar el funcionamiento las UT con Cartera completa en CS. Usar el recurso de la RED Local de Tabaco de ha sido estratégico para poder contar con más docentes expertos y aumentar el número de grupos donde entrenarse nuestros profesionales. Trabajar juntos intersectorialmente ha reforzado de propia RED además de aumentar su composición.

COMUNICACIONES ORALES XXIV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Salud laboral

O-151. LARGAS JORNADAS DE TRABAJO Y ESTADO DE SALUD: NUEVA EVIDENCIA Y UNA HIPÓTESIS PARA ENTENDER LA RELACIÓN

L. Artazcoz, I. Cortès, V. Escribà-Agüir, L. Cascant, R. Villegas, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Analizar las diferencias de género en las características familiares y condiciones de empleo relacionadas con las largas jornadas de trabajo y examinar las diferencias de género en la relación entre las largas jornadas de trabajo y varios indicadores de salud.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Catalunya de 2006. La muestra analizada fue la población asalariada de 16 a 64

años que trabaja hasta un máximo de 60 horas a la semana (3950 hombres y 3153 mujeres). El número de horas de trabajo remunerado se clasificó en cuatro categorías: < 30, 30-40 (categoría de referencia), 41-50 y 51-60. Las variables dependientes fueron 7 indicadores de salud y de conductas relacionadas con la salud. Se ajustaron modelos de regresión logística múltiple separados según el sexo.

Resultados: El 37,7% de los hombres y el 16,8% de las mujeres trabajaban más de 40 horas a la semana. Las características del empleo y de la unidad familiar asociadas con las largas jornadas de trabajo fueron diferentes según el sexo. En los hombres trabajar más de 40 horas se asoció con estar casado o vivir en pareja y con estar separado o divorciado. En las mujeres no se observó relación con el estado civil o de convivencia. En los hombres trabajar 51-60 horas a la semana se asoció positivamente con mal estado de salud mental (ORa = 2,06, IC95% = 1,31-3,24), hipertensión (ORa = 1,60, IC95% = 1,12-2,29), insatisfacción con las condiciones de trabajo (ORa = 2,05, IC95% = 1,49-2,82), tabaquismo (ORa = 1,33, IC95% = 1,03-1,72), dormir 6 horas o menos al día (ORa = 1,42, IC95% = 1,09-1,85) y sedentarismo en el tiempo libre (ORa = 2,43, IC95% = 1,64-3,60). Además se observó un gradiente desde 30-40 horas a la semana a 51-60. Entre las mujeres, trabajar 51-60 horas a la semana sólo se asoció con el tabaquismo y las horas de sueño.

Conclusiones: La consistente asociación de las largas jornadas de trabajo con 6 de los 7 indicadores de salud examinados entre los hombres se podría explicar por la naturaleza obligatoria de estas largas jornadas de trabajo relacionadas con las dificultades económicas determinadas por las responsabilidades familiares. La presión para trabajar más horas para incrementar el sueldo y/o la aceptación de duras condiciones de trabajo debido al temor a perder el trabajo en situaciones de vulnerabilidad económica podrían explicar los resultados de este estudio.

O-152. ESTRÉS Y CONDICIONES LABORALES DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS DE UNA PROVINCIA ANDALUZA Y SU POSIBLE RELACIÓN CON LA SALUD

B. Díaz Oliver, E. Figueroa Murillo, A. Fernández Ajuria, et al

Hospital Universitario Puerto Real; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Describir en los Médicos Internos Residentes (MIR) que realizan guardias en los servicios de urgencias hospitalarios las condiciones psicosociales del trabajo que pueden causar estrés y determinadas condiciones laborales concretas, y si existe una posible relación con la salud.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en los MIR de segundo y tercer año de los tres principales hospitales de una provincia andaluza que han realizado guardias como mínimo 6 meses en las urgencias generales en el año previo al estudio (julio-agosto 2008). La información fue recogida a través de un cuestionario autoadministrado anónimo diseñado para el estudio, que incluía preguntas de la versión corta del ISTAS 21 referentes a las dimensiones exigencias psicológicas, control sobre el trabajo y apoyo social, y del SF12; y sometida a un análisis descriptivo general, y en función de las variables sexo, especialidad y hospital de residencia. Se realizaron análisis bivariantes y análisis multivariante.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 19%. La edad media de la población estudiada fue de 27 años. El 67,7% eran mujeres, el 82,3% realizaban especialidades médicas, el 72,6% estaba en segundo año y el 90,3% no había realizado residencia previa. En relación a los niveles de exposición psicosocial en el trabajo se encontraban en el nivel más desfavorable para la salud con respecto a: exigencias psicológicas el 88,7%, apoyo social y calidad de liderazgo el 54,8%, y trabajo activo y posibilidades de desarrollo el 29,0%. El 95,2% de las mujeres y el 55% de los hombres estaban realizando una especialidad médica. El 20%

de los hombres y ninguna mujer de nuestro estudio realizaban una especialidad quirúrgica. El 35,0% de hombres y el 57,1% de mujeres declararon padecer síntomas asociados al estrés. El 45,5% de residentes de especialidades no médicas y el 5,9% de especialidades médicas aseguraron tener que seguir con su jornada laboral tras 24 horas de guardia muchas veces o siempre. Las mujeres tuvieron cuatro veces peor percepción de su salud física que los hombres. Los niveles de exposición psicosocial desfavorables para la salud influyeron en la percepción de salud física y mental.

Conclusiones: En la población estudiada existen factores psicosociales del trabajo asociados con el estrés que se encuentran en niveles desfavorables para la salud. Sería conveniente seguir evaluando y hacer un seguimiento de dichos factores dentro de la población de residentes, ver su evolución temporal a lo largo de la residencia, y su relación con variables independientes (sexo, especialidad, hospital, condiciones laborales y medios disponibles para realizar el trabajo).

O-153. COMPARACIÓN DEL PERFIL DE RIESGOS LABORALES EN TRABAJADORES AUTÓNOMOS Y ASALARIADOS

I. Baez, E. Castejón, F.G. Benavides, et al

Unitat de Recerca en Salut Laboral. Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, en la medida que el mercado de trabajo se ha ido flexibilizando, el número de trabajadores autónomos sin empleados o independientes se ha incrementado. La reciente publicación de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (VI ENCT), realizada por primera vez en los domicilios de los trabajadores, permite comparar la prevalencia de los riesgos laborales entre autónomos y asalariados.

Métodos: La VI ENCT, realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, se basa en un muestreo polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria. La técnica fue la entrevista personal de un cuestionario de 76 preguntas en el domicilio del trabajador, de los que resultaron 1.421 autónomos sin empleados o independientes y 8.601 asalariados. La prevalencia de exposición a los diferentes riesgos laborales se comparó entre autónomos y asalariados, ajustando por edad mediante un modelo de regresión logística.

Resultados: Respecto a factores de riesgo higiénicos, los autónomos consideran menor percepción ruido como molesto en su puesto de trabajo (26%), si los comparamos con los asalariados (39%). Esta diferencia es estadísticamente significativa después de ajustarlo por la edad (OR = 0,55; IC95%: 0,48-0,63). Los factores de riesgo de seguridad marcan diferencias importantes entre los autónomos respecto a los asalariados, de forma que consideran las distracciones, descuidos, despistes y falta de atención como principal riesgo (27% vs 18%), seguido de causas relacionadas con el tráfico (19% vs 8%) y posturas forzadas o sobreesfuerzos (7% vs 17%). Si diferenciamos los factores de riesgo ergonómicos, vemos como los autónomos son los que realizan su jornada laboral en una postura habitual sentados, sin levantarse casi nunca (19% vs 7%), mientras que los asalariados estarán de pie andando frecuentemente (53% vs 37%). Finalmente, respecto a los psicosociales, son los autónomos los que tienen un sentimiento de realizar un trabajo bien hecho (82%), además de útil (83%), en comparación con los asalariados (72% y 74%, respectivamente). Si valoramos la posibilidad que refieren de perder su trabajo en los próximos 6 meses, serán los asalariados los que superan a los autónomos (16% vs 6%).

Conclusiones: La realización de encuestas en el domicilio pone de manifiesto la importancia de las relaciones laborales en la exposición a los riesgos laborales. Los planes de prevención de riesgos laborales deben ajustarse a las diferencias en los riesgos aquí descritos, haciendo

enfrentado al reto que significa garantizar la protección de la salud de los trabajadores autónomos.

O-154. LUGARES DE TRABAJO EN ANDALUCÍA CON ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS EN LOS AÑOS 2003 AL 2007

J.L. Millares-Lorenzo, J. Guillén-Enríquez, et al

SESL Consejería de Salud Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En los lugares de trabajo existen riesgos para la salud inherentes a la actividad de la empresa (Alerta Tipo I) o por condiciones de trabajo o trabajadores que faciliten la transmisión a otros trabajadores o a la comunidad donde residen (Alerta Tipo II). El Objetivo es realizar una descripción de las alertas en los lugares de trabajo declaradas al Sistema de Alerta Epidemiológica de Andalucía entre 2003 a 2007.

Métodos: De la aplicación informática RedAlerta, se recogen los datos de las declaraciones realizadas entre 2003 a 2007, de aquellas alertas que explicitan que la localización, el origen o el nombre del lugar donde se produce, corresponde a trabajadores en un ámbito laboral. Se clasifican las alertas por tipo de riesgo biológico, químico o físico y sector productivo.

Resultados: Entre 2003 a 2007 se declaran 48 alertas en los lugares de trabajo en Andalucía, el 81% Tipo I. El número de trabajadores expuestos ha sido 1271, siendo 253 el número de casos recogidos. Los agentes causales involucrados han sido biológicos con el 59%, químico con el 39% y 2% físicos. Las alertas por riesgos biológicos han sido 12 por brucelosis con 38 casos, 8 por tuberculosis con 21 casos y 28 por otras causas: psitacosis, reacción urticariforme en trabajadores de aceituna, conjuntivitis por adenovirus, gastroenteritis, dermatitis estafilocócica en empresa avícola, toxi-infección, neumonía atípica. Por riesgos químicos han sido 19 alertas por intoxicaciones: en industria, por vertido de cloro gas; ingestión de fresas con plaguicidas; emanación de vapores de lavandería industrial; xileno, en pintores de piscina; trabajadores de limpieza; encefalopatía tóxica por metano; productos químicos; planta de residuos sólidos; metabisulfito; plaguicidas. Una alerta por riesgos físicos por queratitis actínica, en una cocina. Los centros declarantes han sido: Atención Primaria: 18 alertas; Hospitales: 17; Distritos Sanitarios: 5; Delegaciones Provinciales: 2; Privados: 2; Medios de comunicación: 1; No consta: 4. Por riesgos biológicos en el sector servicios hay 15 alertas con 72 casos, destacando un 73% de casos sobre expuestos en ganadería, frente al 58% en agricultura, 33% en industria y 10% sector terciario. Por riesgos químicos destaca agricultura con 10 alertas y 13 casos y el sector industrial con 7 alertas y 48 casos.

Conclusiones: Se declaran pocas alertas de este ámbito, especialmente por Atención Primaria. La mayoría de las alertas son debidas a la actividad de las empresas lo que, junto a la complejidad de la intervención, y la importancia de los lugares de trabajo como generadores de problemas de salud evitables, hace necesario realizar un protocolo específico de alertas epidemiológicas de ámbito laboral para motivar la declaración de profesionales sanitarios.

O-155. PAPEL DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y CULTURALES EN LOS SÍNTOMAS E INCAPACIDAD LABORAL POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS. PROYECTO CUPID

C. Serra, F.G. Benavides, J. Delclòs, X. Orpella, J. Bas, C. Alcántara, J.A. González, M. López, E. Gaynés, et al

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública; University of Texas, USA; Badalona Serveis Assistencials, Badalona; Consorci Sanitari Integral, Barcelona; Consorci Hospitalari de Catalunya; MC MUTUAL; Unió de Mutuas.

Antecedentes/Objetivos: CUPID es un estudio internacional de cohortes prospectivo en 20 países, cuya hipótesis es que los trastornos musculoesqueléticos (dolor de espalda, cervical y extremidades), inespecíficos crónicos e incapacitantes se producen como respuesta a factores ambientales mediada por creencias e influencias culturales. El objetivo de esta comunicación es analizar la muestra española obtenida hasta el momento.

Métodos: Los sujetos de estudio son los trabajadores de dos hospitales de Barcelona de los colectivos de enfermería expuestos a manipulación de cargas (hospitalización, quirófanos, urgencias y atención domiciliaria) y administrativos que usan ordenador. La recogida de la información se realiza mediante entrevista (basal y al cabo de un año) con un cuestionario estandarizado y electrónico, tras consentimiento, informado y firmado, del trabajador. Incluye características demográficas y laborales, factores de riesgo en el trabajo, opiniones y expectativas sobre las causas y prevención de la salud, síntomas diversos y ausencias del trabajo. Se presenta aquí un análisis preliminar de la información recogida en la entrevista basal.

Resultados: Se han incluido 403 trabajadores, siendo el 77,4% del colectivo de enfermería y el resto administrativos. La tasa de respuesta ha sido del 96%. El 89,6% son mujeres, la edad media es de 38,4 años, el 91,3% tiene un contrato fijo y el 72,2% lleva más de 5 años en su trabajo. La prevalencia en el último año más elevada ha sido para el dolor de espalda (67,5%), siendo similar en el grupo de enfermería (67,9%) y en administrativos (65,9%). En un 53,7% el dolor de espalda motivó una consulta sanitaria y en el 15,5% incapacidad laboral. El dolor se resolvió en menos de un mes en un 59,9% de los casos. El 54,1% de todos los encuestados cree que la actividad física debe ser evitada ya que puede lesionar la espalda, y el 97,8% que el descanso es necesario para mejorar el dolor. Sólo un 36,7% cree que el dolor puede mejorar en menos de 3 meses y el 99,1% que no atenderlo puede causar problemas permanentes. El 84,8% atribuye al trabajo como principal causa del dolor de espalda.

Conclusiones: Estos resultados señalan la importancia de algunas creencias, que contrastan con las evidencias científicas, por ejemplo el papel de la actividad física en la recuperación de estos trastornos, y apuntan a su valor explicativo en la duración de los episodios de incapacidad laboral.

Financiación. Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS 070422).

O-156. EP EN EL SECTOR DE LA CONSTRUCCIÓN 2002-06

M.A. de Vicente Abad, et al

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Antecedentes/Objetivos: La Construcción es el 3er sector en ocupados en 2006 con 2.542.905 trabajadores. Es también una de las actividades con > siniestralidad laboral en España. El Índice de Incidencia (II) en Accidentes de Trabajo (AT) de este sector en el año 2006 fue de 12.909,44. Cifra que doblaba al II General: 5.880,13. El objetivo de este estudio es conocer la 2ª cara de la siniestralidad laboral en el sector: las Enfermedades Profesionales (EP).

Métodos: En este descriptivo se explotaron los datos de los ficheros de los partes de declaración de EP del MTIN en la Construcción en 2002-2006. Se utilizaron datos de Población afiliada con contingencia cubierta de AT y EP (MTIN) y datos de Población ocupada (EPA-INE). Las variables estudiadas son: sector, sexo, antigüedad en el puesto, ocupación, tipo de EP, gravedad y edad del trabajador. Se han utilizado como indicadores: II globales por cien mil trabajadores, TI en el análisis más desagregado y su comparación se ha realizado mediante Razón de Tasas (RT) con IC 95%. Por último, se han estudiado las EP más frecuentes de los grupos con > riesgo.

Resultados: Las EP han ascendido en 2002-2005 para disminuir en 2006. Por sexo, la RT (H/M) es de 1,93 (1,54-2,41) en 2006, siendo

los varones los que presentan casi el doble de riesgo de sufrir una enfermedad osteomuscular respecto a la mujer. Por antigüedad, los trabajadores con < 1 año en el puesto y los de 30-35 años son los que muestran más riesgo de sufrir una EP. El 1er grupo destaca en enfermedad osteomuscular (RT: 1,46, IC: 1,33-1,59) y enf. de piel (RT: 1,35, IC: 1,10-1,66) y el 2º grupo en enf. del ap. respiratorio (RT: 5,63, IC: 1,23-25,70) y pérdida auditiva (RT: 5,21, IC: 2,01-13,54). Por ocupación, son los operadores de instalaciones industriales y los trabajadores cualificados de la industria extractiva los que presentan > incidencias. El 1er grupo tiene 10 veces más riesgo de sufrir pérdida auditiva que los trabajadores cualificados de la construcción (RT: 10,17, IC: 4,06-25,45) y entre 4 y 6 veces más: enfermedad de piel, aparato respiratorio y osteomuscular. El 2º grupo muestra un > riesgo en pérdida auditiva (RT: 2,25, IC: 1,02-4,95) y enfermedad osteomuscular (RT: 1,36, IC: 1,14-1,63). Por edad, son los trabajadores entre 45-49 y 50-54 los que presentan > TI. El 1er grupo declara más del doble de pérdida auditiva y > incidencia en enfermedad osteomuscular y enfermedad de piel. Y el 2º presenta pérdida auditiva (RT: 3,36, IC: 1,51-7,47) y enfermedad osteomuscular (RT: 1,21, IC: 1,02-1,43).

Conclusiones: Las enfermedades osteomusculares, la pérdida auditiva (trabajadores entre 30-35 años en el puesto, operadores de instalaciones industriales y edad 50-54 años), las enfermedades respiratorias (trabajadores entre 30-35 años en el puesto, operadores de instalaciones industriales) y las de piel (operadores de instalaciones industriales) son las EP que más destacan en el estudio del sector.

O-157. RIESGO DE LESIONES POR ACCIDENTE DE TRABAJO POR OCUPACIÓN EN UNA COHORTE DE TRABAJADORES DE UN CENTRO SANITARIO, 1997-2004

C. Serra, P. Peña, F.G. Benavides, M.V. López, P. Varela, C. Vadell, J. Delclòs, A. Tobías, et al

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell; Hospital Clínic, Barcelona; University of Texas, EE.UU.; Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El análisis de la incidencia de lesiones por accidentes de trabajo (LAT) ayuda a la gestión de la prevención de los riesgos laborales. En este trabajo se analizan las LAT por ocupación en un centro sanitario.

Métodos: La población de estudio está constituida por la cohorte de trabajadores de un hospital de la provincia de Barcelona, entre 1997 y 2004. La disponibilidad de un registro longitudinal de todos los contratos de cada trabajador y su duración durante el período completo permitió el cálculo de las personas-años, como denominador de las tasas. El servicio de prevención diferencia un sub-registro para las lesiones osteomusculares (LATO) y otro para las lesiones con riesgo biológico (LATb) (pinchazos con agujas, etc.). Las variables comunes a todos los registros son la edad y sexo, ocupación, área de trabajo, tipo de contrato, jornada laboral y antigüedad en el hospital. Las razones de tasas crudas (RTc) y ajustadas (RTa) para cada ocupación, tomando como referencia la categoría con la incidencia más baja (administrativos para LATo y técnicos para LATb), y sus intervalos de confianza al 95% (IC), fueron calculadas según un modelo de regresión de Poisson.

Resultados: Entre 1997 y 2004 se notificaron al Servicio de Prevención 3.163 lesiones (1.783 LATo y 1.380 LATb). El total de personas-años fue de 35.813. En las LATo, las ocupaciones de mayor riesgo fueron los mozos de almacén (RTa 6,16; IC 3,72-10,22), cocineros/ayudantes (RTa 4,91; IC 3,38-7,13), personal de mantenimiento (RTa 4,44; IC 3,01-6,53), limpieza (RTa 2,56; IC 1,77-3,71) y auxiliares de clínica (RTa 3,10; IC 2,24-4,29). En cambio, las ocupaciones asocia-

das de un riesgo de LATb fueron el personal de limpieza (RTa 2,90; IC 1,00-8,43), los médicos (RTa 2,78; IC 1,83-4,22) y enfermeros (RTa 2,72; IC 1,85-4,01), y los auxiliares (RTa 1,66; IC 1,12-2,47). Tener un contrato temporal se asoció a un incremento del riesgo en el análisis crudo, pero al ajustar las tasas por la ocupación la magnitud de dicha asociación disminuyó considerablemente en las LATb, o se asoció inversamente al riesgo en las LATo (RTc 1,52; IC 1,39-1-66/RTa 0,73; IC 0,64-0,84).

Conclusiones: La ocupación es la variable que se relaciona en mayor medida con las lesiones por accidente de trabajo en la cohorte de trabajadores analizada de un centro sanitario, probablemente por ser la que mejor describe las condiciones de trabajo de cada puesto. Los planes de prevención de las LAT deben ser específicos para cada ocupación.

O-158. LA REGRESIÓN POISSON Y BINOMIAL NEGATIVA: APLICACIÓN AL ESTUDIO DE LA TENDENCIA TEMPORAL DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRABAJO

M. López-Ruiz, J.M. Martínez, F.G. Benavides, et al

Unidad de Investigación en Salud Laboral. Universitat Pompeu Fabra. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El estudio de la tendencia temporal de las tasas de un determinado evento se ha centrado generalmente en el cáncer u otras causas específicas de enfermedad o muerte, siendo menor su aplicación al estudio de las lesiones por accidente de trabajo (LAT). El enfoque utilizado para evaluar los cambios temporales en las tasas se suele basar en la regresión Poisson (RP), pero se debe tener en cuenta que la tendencia temporal en las tasas puede no ser lineal y que la RP puede presentar sobredispersión. En este estudio se analizan tendencias temporales en tasas de LAT mediante una regresión binomial negativa (RBN), considerando en el modelo puntos de cambio en la tendencia, y se muestra como la RBN es una alternativa más útil que la RP cuando esta última presenta sobredispersión.

Métodos: Se utilizaron datos reales de un estudio que evalúa la efectividad de unas actividades preventivas llevadas a cabo por las comunidades autónomas sobre la incidencia de las LAT no mortales con baja, mecánicas y por sobreesfuerzos, ocurridas en jornada, en empresas manufactureras y de servicios no públicos, en España. La comparación de RP y RBN se realizó mediante el criterio de información de Akaike (AIC) y los residuos de deviance. Asimismo, se calculó el porcentaje de cambio anual (PCA) del periodo anterior y posterior a la implantación de las actividades preventivas para ambas regresiones, y su intervalo de confianza al 95%(IC95%).

Resultados: Los resultados de las LAT mecánicas en el conjunto de España, muestran un PCA en el periodo anterior, en industrias manufactureras, de 1,3 (IC95%: -1,0; 3,7) para la RBN y de 1,2 (IC95%: 1,1; 1,3) para la RP, siendo el PCA posterior de -10,1 (IC95%: -12,2; -8,0) y -9,9 (IC95%: -10,0; -9,8), respectivamente. En el caso de los servicios, observamos un PCA anterior de 4,7 (IC95%: 1,7; 7,8) y 4,9 (IC95%: 4,8; 5,0) para la RBN y RP respectivamente, y posterior de -9,4 (IC95%: -12,0; -6,7) en la RBN y -9,3 (IC95%: -9,4; -9,2) en la RP. El AIC en industria fue de 236,85 en la RBN y de 5.272,53 en la RP, y en servicios de 243,52 y 9.514,92 respectivamente.

Conclusiones: El análisis de los datos mediante RP produce intervalos de confianza más estrechos cuando existe sobredispersión, pudiendo aceptar la significación estadística cuando en realidad no existe, tal y como se muestra en los resultados de este estudio. En este caso, la RBN se presenta como una alternativa para datos Poisson con sobredispersión. En caso de existencia de cambios en las tendencias temporales puede ser útil considerar los puntos de inflexión para

reducir la sobredispersión, así como obtener una descripción más precisa de la evolución temporal de las tasas.

COMUNICACIONES ORALES XXV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Dieta y alimentación: impacto en la salud

O-159. BIBLIODIETA, PLATAFORMA INFORMÁTICA PARA EVALUACIÓN DIETÉTICA Y ANÁLISIS AUTOMATIZADO DE DATOS DIETÉTICOS MEDIANTE CUESTIONARIO DE FRECUENCIA ALIMENTARIA (MACROCF)

E.M. Navarrete, A. Castelló, J. Vioque, M.D. Climent, M. García de la Hera, D. Giménez, N. Galiana, P. Juan, T. Weinbrenner, et al

Departamento de Salud Pública, Universidad Miguel Hernández; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Se ha reconocido la necesidad de contar con métodos rápidos y eficientes para evaluar la dieta en estudios epidemiológicos. En la actualidad el instrumento más usado y que mejor cumple estos requisitos es el Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (CFA). Por ello, nos planteamos desarrollar una plataforma informática –BIBLIODIETA– de acceso libre para acceder a distintas opciones de CFA adecuados para evaluar dieta y analizar relaciones dieta-enfermedad en estudios poblacionales, ofreciendo información fiable sobre su uso y procesamiento a grupos de investigación y de la administración, con poca experiencia o escasos recursos en el área de Nutrición y Salud Pública.

Métodos: La aplicación consta de dos elementos diferenciados. Un primer elemento basado en el desarrollo de un software en entorno Excel (MACROCF) para realizar la conversión de alimentos del CFA a nutrientes (> 100 nutrientes) y otros análisis dietéticos (ej. ingesta por grupos de alimentos en gramos o servings, índices de calidad alimentaria) de forma semi-automatizada. Un segundo elemento desarrollado en paralelo consistente en una plataforma Web (BIBLIODIETA: www.dsp.umh.es/BIBLIODIETA) de acceso libre en la que se presentan diferentes CFA validados o en proceso de validación, que se han utilizado en estudios nacionales o internacionales para evaluar dieta en adultos, ancianos, población infantil, embarazadas. Desde la plataforma se ofrece información sobre recomendaciones de uso y la metodología a seguir, y un servicio de asesoría y colaboración científica para evaluar dieta en estudios epidemiológicos, encuestas de nutrición.

Resultados: La plataforma BIBLIODIETA está ya operativa aunque su impacto hasta la fecha es limitado al encontrarse aún en fase de desarrollo. Se ha iniciado el proceso de solicitud de protección mediante la ley de la propiedad intelectual. No obstante, hasta la fecha han sido más de diez los grupos interesados en usar estos recursos. Respecto a la macro MACROCF se está colaborando en varios estudios, dos de ellos con amplia base poblacional: el Estudio INMA con más de 2400 mujeres embarazadas y sus hijos, y el Estudio DDM (Dieta y Densidad de Mama) con 3500 mujeres de 7 regiones españolas adscritas a programas de detección precoz para cáncer de mama.

Conclusiones: La plataforma informática BIBLIODIETA y su aplicación MACROCF, suponen una herramienta útil para difundir información sobre la metodología a emplear en estudios de evaluación dietética y facilitar el análisis automatizado de datos dietéticos a grupos de investigación y a otros grupos del sector público (administración) o privado (industria).

Financiación. Acción Específica Métodos CIBERESP.

O-160. VALORACIÓN DE LOS MENÚS DE GUARDERÍAS Y COLEGIOS DE VARIAS POBLACIONES DE LA PROVINCIA DE ALMERÍA

M. Pastor-Valero, M.E. Gutiérrez, P. Martín-Olmedo, A. Vázquez-Camacho, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Distrito Sanitario Poniente, Almería.

Antecedentes/Objetivos: Datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2003 muestran que en Andalucía la prevalencia de obesidad y sobrepeso de los niños y niñas de 2 a 17 años era de 32,25% y 31,36%, respectivamente. Examinamos si la composición nutricional de los menús de los almuerzos servidos en los comedores escolares de guarderías (1 a 3 años) y colegios de primaria (4 a 12 años) se adhieren o no a las recomendaciones nutricionales de la OMS, que especifica que la contribución de la comida de mediodía ha de ser el 35% de la ingesta calórica diaria.

Métodos: Se diseñó un estudio transversal compuesta por el 45% de los colegios (n = 24) y guarderías (n = 21) de la provincia de Almería que atendían a un total de 6607 escolares. Los datos sobre los menús fueron recogidos en un periodo de 6 meses mediante entrevistas a los responsables/jefes de cocina de cada comedor escolar, o mediante fichas técnicas proporcionadas por las empresas de catering. Para la conversión de los alimentos en nutrientes utilizamos el Programa de cálculo nutricional del Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietètica de Catalunya (CESNID). Se calcularon media \pm desviación estándar (DE) para los principales nutrientes que componían la comida del mediodía así como las raciones ofrecidas por semana de los principales grupos de alimentos, y se compararon con las recomendaciones de la OMS. Se calculó el porcentaje de energía aportado por cada macronutriente al total de kilocalorías del almuerzo.

Resultados: Se examinaron un total de 115 menús de la comida de mediodía de las guarderías y 115 menús de los colegios. El número de raciones servidas semanalmente tanto en guarderías como en colegios fue mayor que lo establecido en las recomendaciones para verduras, patatas, pasta y arroz, y en los colegios también para carnes, e insuficiente para lácteos, frutas, y legumbres tanto en los colegios como en guarderías. La media de Calorías por día y niño de los menús ofertados fue superior a lo recomendado, 552 Kcal. DE: 118 frente a 360 recomendados para guarderías, y 754 Kcal. DE: 106 frente a 575 recomendado para colegios con un aporte de proteínas muy elevado tanto en guarderías como en colegios en detrimento de los hidratos de carbono en colegios y un elevado aporte de colesterol en colegios. En cuanto a los micronutrientes se observó un déficit de calcio y vitamina D.

Conclusiones: Los menús escolares servidos en los comedores visitados aportan un perfil calórico superior a lo recomendado con un desequilibrio de macronutrientes, especialmente de proteínas e hidratos de carbono que debe ser reajustado, y muestran un déficit importante de oferta de frutas y legumbres.

Financiación. Consejería de Salud, Junta de Andalucía 2006.

O-161. USO DEL ETIQUETADO NUTRICIONAL, FACTORES ASOCIADOS Y SU RELACIÓN CON UNA DIETA SALUDABLE

M.D. Climent, E.M. Navarrete, N. Galiana, L. Asensio, D. Giménez, M. García de la Hera, T. Weinbrenner, J. Vioque, et al

Departamento de Salud Pública, Universidad Miguel Hernández; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En España, desde 1992 el etiquetado nutricional es obligatorio para aquellos alimentos enriquecidos nutricionalmente o que han sufrido alguna reclamación nutricional. El etiquetado nutricional pretende, entre otros, ser un elemento favorecedor de una dieta más saludable para mantener y promocionar

la salud. En este sentido, se han definido indicadores para medir la adhesión a una dieta saludable, alternate Healthy Eating Index, aHEI y el de adhesión a dieta Mediterránea (aMED). 1) Describir el uso del etiquetado nutricional en una población adulta sana española en 1994 y 2004, 2) Explorar los factores asociados al uso del etiquetado, 3) Analizar la asociación entre el uso del etiquetado y la adherencia a una dieta saludable.

Métodos: Se han estudiado 182 personas mayores de 14 años (80 hombres, 102 mujeres) que participaron en la Encuesta de Nutrición Valenciana de 1994 y fueron re-entrevistados en 2004. Para evaluar la dieta se utilizó un Cuestionario de Frecuencia Alimentaria validado, y para medir el uso del etiquetado se incluyó la pregunta: "Al comprar un alimento envasado me guío por su información nutricional (energía, principios, vitaminas y minerales)". Para explorar la relación entre uso de etiquetado y dieta se ha utilizado regresión logística múltiple.

Resultados: El porcentaje de uso de etiquetado no varió entre 1994 y 2004, 52,7 y 48,9% ($p > 0,05$). Los factores asociados significativamente al uso del etiquetado en 2004 fueron ser mujer (OR = 2,37), tener ≥ 50 años (OR 5,44) y no beber alcohol (OR 2,34). El uso del etiquetado en 2004 se asoció a un patrón de dieta más saludable, (mayores aHEI y aMED), a expensas de un mayor consumo de frutas y verduras y menor de grasas saturadas. Estos resultados fueron similares a los de 1994. Los clasificados en los tertiles intermedio y superior de AHEI usaron con mayor frecuencia el etiquetado que los del tercil inferior aunque la diferencia no fue significativa. Los que presentaron mayor adherencia a dieta mediterránea (tertiles superiores de aMED), usaron 1,96 y 2,61 más veces el etiquetado de forma estadísticamente significativa. Un mayor consumo de frutas y verduras (tertiles 2 y 3) se asoció a un mayor uso del etiquetado (OR > 2); y un mayor consumo de grasa saturada a un menor uso del etiquetado (OR $< 0,80$).

Conclusiones: Alrededor de un 50% de la población adulta sigue sin utilizar el etiquetado nutricional. El mayor uso del etiquetado se observa entre las mujeres, las personas de mayor edad, los abstemios y los que presentan una dieta más saludable. Esta información puede ayudar a mejorar el uso del etiquetado en población española.

Financiación. FIS 00/0985.

O-162. LA INGESTA DIETÉTICA DE ÁCIDO FÓLICO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO DISMINUYE EL RIESGO DE BAJO PESO AL NACER PERO NO EL USO DE SUPLEMENTOS

E.M. Navarrete, M. Pastor-Valero, J. Vioque, M.D. Climent, M. García de la Hera, M. Rebagliato, F. Ballester, M. Murcia, C. Iñiguez, et al

Departamento de Salud Pública, UMH; CIBERESP; EVES.

Antecedentes/Objetivos: La Ingesta Dietética Recomendada de Ácido Fólico (AF) en el embarazo para disminuir el riesgo de defectos del tubo neural es de 600 $\mu\text{g}/\text{día}$, considerando dieta y suplementos. Sin embargo, pocos estudios han examinado la relación entre ingesta dietética de AF en el embarazo y crecimiento fetal. Analizar la relación entre ingesta dietética de AF en el embarazo y el bajo peso al nacer en embarazadas de la Cohorte INMA Valencia.

Métodos: Se estudiaron 787 embarazadas y sus hijos, incluidos en la cohorte INMA-Valencia. La ingesta dietética de AF se estimó mediante un cuestionario de frecuencia alimentaria (CFA) en dos periodos del embarazo, desde el mes 0 al 3º, y desde el 4º al 7º mes. Los datos antropométricos fetales se obtuvieron de registros hospitalarios. Se consideró pequeño para edad gestacional (PEG) al recién nacido con peso inferior al percentil 10 según tablas estandarizadas por edad y sexo. La asociación entre ingesta de AF (en quintiles Q1-Q5) y PEG se analizó mediante regresión logística calculando odds ratios (OR) ajustadas por variables sociodemográficas, estilos de vida,

antecedentes médicos y reproductivos de la madre, ganancia de peso y por el uso de suplementos de AF.

Resultados: La mediana de ingesta dietética de AF en el primer periodo, 335 $\mu\text{g}/\text{día}$, fue mayor que en el segundo, 317 $\mu\text{g}/\text{día}$ ($p = 0,017$). El peso medio al nacer fue de 3.227 g (DT: 526,9), observándose un aumento por quintiles de ingesta de AF, desde los 3.201 g para el Q1 (ingesta AF < 265 $\mu\text{g}/\text{d}$) hasta los 3.404 g para el Q5 (ingesta > 411 $\mu\text{g}/\text{d}$). Un 11,5% de los recién nacidos fueron clasificados como PEG al nacer, observándose asimismo, una relación inversa con la ingesta de AF, desde el 18,6% en el Q1 de ingesta hasta 10,3% en el Q5, si bien el Q4 fue el que presentó un menor porcentaje de PEG, 7,0%. En el análisis multivariante, se observó una asociación inversa estadísticamente significativa entre ingesta de AF en el primer periodo de embarazo y el riesgo de PEG. Respecto al Q1 de ingesta de AF (referencia), las OR fueron respectivamente OR = 0,59 (0,30-1,15), OR = 0,34 (0,16-0,71), OR = 0,25 (0,11-0,56) y OR = 0,39 (0,19-0,81), para los Q2-Q5 (p -tendencia < 0,001). Una asociación similar se observó para ingesta de AF en el segundo periodo pero no fue significativa. Las mujeres que usaron suplementos de AF en el primer periodo (> 1.000 $\mu\text{g}/\text{d}$) presentaron mayor riesgo de PEG que las que no usaron suplementos, ORaj. = 3,21 (1,46-7,06).

Conclusiones: Se muestra que a medida que aumenta la ingesta de AF en el primer trimestre del embarazo, disminuye el riesgo de bajo peso al nacer. La toma de suplementos de AF se asoció a un mayor riesgo de bajo peso al nacer.

O-163. EFECTO SOBRE EL RIESGO DE ANENCEFALIA DE LA INTERACCIÓN GEN-NUTRIENTE ENTRE EL POLIMORFISMO METILLENOTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA 677C > T Y NIVELES MATERNO DE FOLATO, VITAMINA B12 Y HOMOCISTEÍNA

M. Lacasaña, M. Rodríguez-Barranco, J. Blanco-Muñoz, V.H. Borja-Aburto, C. Aguilar-Garduño, J.A. Sierra-Ramírez, C. Galaviz-Hernández, R. García-Cavazos, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada; Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México; Centro Médico Nacional "Siglo XXI". México; Instituto Nacional de Perinatología. México; Instituto Politécnico Nacional. México; CIBERESP (CIBER de Epidemiología y Salud Pública).

Antecedentes/Objetivos: La anencefalia es un defecto del tubo neural (DTN) cuya prevalencia en México es de las más altas del mundo. Estudios previos sugieren que el riesgo de DTN asociado a los polimorfismos de la MTHFR puede depender del estado nutricional de la madre (ácido fólico y vitaminas del grupo B). El objetivo del estudio fue evaluar el efecto sobre el riesgo de anencefalia de la interacción entre el perfil bioquímico materno relacionado con el ciclo metabólico del ácido fólico y el polimorfismo MTHFR 677C > T.

Métodos: Estudio de casos y controles. Se incluyeron 98 madres de casos de anencefalia registrados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Defectos del Tubo Neural de México, y 91 madres control reclutadas en los mismos servicios de maternidad que las madres de los casos. Todas las madres completaron un cuestionario general y otro de frecuencia de consumo de alimentos, y proporcionaron muestras de sangre para determinar el genotipo para MTHFR 677C > T y los niveles séricos de ácido fólico, vitamina B₁₂ y homocisteína. Se construyeron modelos de regresión logística multivariantes incluyendo las interacciones entre el perfil bioquímico y el polimorfismo 677C > T, además de otras variables confusoras.

Resultados: En las madres con el genotipo 677TT el incremento de 1 ng/ml de ácido fólico sérico disminuyó el riesgo de tener un niño/a con anencefalia un 15% (OR = 0,85; IC95% 0,75-0,96). Las madres con este genotipo y niveles séricos de ácido fólico en el tercil superior (> 14,1 ng/ml) tuvieron un 92% menos riesgo de tener un niño con anen-

cefalia (OR = 0,08; IC95% 0,01-0,50; p tendencia = 0,012) que aquellas madres con niveles en el tercil inferior (< 8,2 ng/ml). El modelo ajustado mostró además una reducción del riesgo del 6% en las madres con genotipo 677TT por un incremento de 50 $\mu\text{g}/\text{día}$ en la ingesta de folato ($p = 0,062$). No se obtuvieron interacciones significativas entre el polimorfismo 677C > T y los niveles séricos de la vitamina B₁₂ y homocisteína.

Conclusiones: Estos resultados son de gran interés en Salud Pública, especialmente en países con elevado riesgo de DTN, alta prevalencia del alelo T, y pocas intervenciones preventivas (suplementación periconcepcional y fortificación con multivitámicos), especialmente en los sectores de población más desfavorecidos económicamente.

O-164. ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL, DISPONIBILIDAD CALÓRICA Y CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

Ll. González-Zapata, A. Estrada-Restrepo, L.S. Álvarez-Castaño, Ll. Serra-Majem, C. Álvarez-Dardet, et al

Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquía-Colombia; Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; CIBER de epidemiología y Salud Pública. Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Determinar la asociación entre el estado nutricional por índice de masa corporal (IMC), disponibilidad calórica y características socioeconómicas de los países.

Métodos: Estudio ecológico. El IMC en adultos y su distribución por sexo y país se tomo de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la disponibilidad energética de la Food and Agriculture Organization (FAO) y el índice de desarrollo humano (IDH), producto interno bruto (PIB) e índice del PIB (INDPIB) del informe sobre desarrollo humano 2007-2008 del Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se asumió la clasificación del IMC según OMS así: déficit < 18,5, normalidad 18,5-24,9, preobesidad 25-29,9, sobrepeso ≥ 25 , obesidad ≥ 30 . Los datos se describieron con promedios y desviaciones, la asociación se determinó mediante correlación de Pearson y parcial. La significación se estableció en $p < 0,05$. Los cálculos se realizaron en el SPSS-16.

Resultados: El IMC se asoció con IDH en forma inversa para delgadez y normalidad y en forma directa para sobrepeso, preobesidad y obesidad. Para la delgadez dicha asociación fue de $r = -0,672$, más alta en hombres ($p < 0,001$); igual para sobrepeso y preobesidad ($p < 0,001$). Las demás asociaciones fueron significativas con $r < 0,60$. Con el PIB y el INDPIB el IMC presentó un comportamiento similar, solo que las correlaciones con el PIB fueron menores. La relación del INDPIB con el sobrepeso ($r_m = 0,644$; $r_f = 0,597$) y la preobesidad ($r_m = 0,704$; $r_f = 0,576$) fue mayor en hombres, mientras que la asociación con la obesidad fue mayor en mujeres ($r_m = 0,498$; $r_f = 0,516$). De forma similar la disponibilidad energética presentó mayor correlación en la preobesidad en hombres, a su vez la obesidad presentó una mayor correlación en mujeres. Entre la disponibilidad calórica y los indicadores económicos y sociales se encontraron fuertes asociaciones ($r > 0,75$; $p < 0,001$). Según la clasificación del IDH se halló una asociación directa con la disponibilidad de calorías ($p = 0,000$) e inversa con el estado nutricional ($p < 0,05$) a excepción de la normalidad en mujeres ($p = 0,190$). Sin embargo, al controlar la relación IMC y disponibilidad calórica por IDH desapareció la asociación entre estas dos variables. Cuando se controló por INDPIB se mantuvo una relación inversa para las variables bajo peso en adultos y directa con la preobesidad en hombres ($p < 0,05$).

Conclusiones: El IMC se asocio más con indicadores socioeconómicos de los países que con disponibilidad de calorías. Las políticas públicas y la equidad son factores determinantes del estado nutricional poblacional.

O-165. LA INFLUENCIA DE LA DIETA EN LAS CONCENTRACIONES CORPORALES DE COMPUESTOS ORGÁNICOS PERSISTENTES: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA ESPAÑOLA

M. Gasull Panadès, E. Puigdomènech Puig, M. Bosch de Basea Gómez, M. Porta Serra, et al

IMIM; UAB; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Los compuestos orgánicos persistentes (COPs) se caracterizan por ser tóxicos, lipofílicos, bioacumulables y difícilmente degradables. La principal vía de exposición de la población general a los COPs es la dieta. El objetivo de esta revisión de la literatura española fue examinar las principales características de los estudios que analizan esta relación y conocer qué alimentos contribuyen en mayor medida a la acumulación de COPs en el organismo.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de estudios científicos e informes publicados hasta mayo de 2008 en los que se hubiese determinado la influencia de la dieta en las concentraciones corporales de COPs en España en las siguientes bases bibliográficas: Medline/PubMed, ISI-Thomson, ScienceDirect, Scopus, SciELO y Blackwell's Synergy. La búsqueda se extendió también a documentos y webs de las administraciones autonómicas y estatales, tesis doctorales y comunicaciones a congresos.

Resultados: Se localizaron 7 estudios. Éstos fueron publicados entre 1999 y 2007, y analizaron mayoritariamente COPs incluidos en el Convenio de Estocolmo. Las poblaciones estudiadas pertenecían a Andalucía, Baleares y Cataluña, y ninguna fue representativa de la población general (por ej. 4 de ellos analizaron sólo mujeres). Para medir la ingesta de alimentos utilizaron fundamentalmente cuestionarios simples y heterogéneos entre ellos. Uno de los estudios recogió información sobre la ingesta de alimentos durante las últimas 24 horas, mientras que otros 2 durante el período de embarazo. En algunos estudios el consumo de pescado se asoció a mayores concentraciones corporales de DDE, lindano, dieldrina y PCBs; el de carne, a p,p'-DDT, o,p'-DDT, lindano y dieldrina; el de aves de corral, a aldrina; el de embutidos, a HCB; el consumo de productos lácteos, a p,p'-DDT, lindano, dieldrina y PCBs; y el de verduras, a algún congénere de PCBs. Sin embargo, no todos los estudios encontraron una relación entre características de la dieta y concentraciones de COPs.

Conclusiones: Pocos estudios españoles han analizado la influencia de la dieta en las concentraciones corporales de COPs, y en diversos casos ésta no fue el principal factor de estudio. A pesar de las limitaciones de los estudios (y en especial, que no se realizaron en población general), los resultados sugieren que uno de los alimentos con mayor influencia en los niveles corporales de COPs es el pescado.

Financiación. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

O-166. EXPOSICIÓN PRENATAL A MERCURIO EN 4 COHORTES DEL ESTUDIO INMA

F. Ballester, R. Ramón, M. Murcia, X. Aguinagalde, M. Guxens, J. Ibarlucea, A. Tardón, J. Vioque, J. Sunyer, et al

EVES; CSISP; CIBERESP; DG Salud Pública G. Vasco; CREAL; U. Oviedo; UMH.

Antecedentes/Objetivos: La probabilidad de padecer problemas de salud en la infancia ligados al mercurio, aumenta cuando la exposición prenatal a mercurio es más alta. Objetivo: valorar los niveles de mercurio en sangre de cordón de 4 cohortes del estudio INMA.

Métodos: La población a estudio corresponde a las mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos de las cohortes 'de novo' del estudio Infancia y Medio Ambiente (INMA). Se incluyeron 530 parejas madre-hijo de Gipuzkoa, 462 de Sabadell, 339 de Asturias y 554 de

Valencia. El método de determinación analítica fue la espectrometría de absorción atómica utilizando un analizador específico para mercurio. Los niveles de mercurio se expresan como el nivel de mercurio total (en microgramos) por litro de sangre de cordón. Se recogieron, mediante cuestionario, diferentes características maternas (variables sociodemográficas y de exposición).

Resultados: La mediana (y el rango intercuartílico) para cada una de las cohortes a estudio fue de 8,1 µg/l (5,1-12,0) en la cohorte de Gipuzkoa, 6,3 (4,1-10,0) en Sabadell, 12,0 (6,7-19,0) en Asturias y 9,5 (5,4-18,0) en Valencia. En el momento del envío de la comunicación se dispone del análisis de factores asociados para la cohorte de Valencia. Los niveles de mercurio se asociaron con edad de la madre, país de origen, estación del año en el momento del parto, nivel de estudios, consumo de tabaco y, especialmente a consumo de pescado. La media geométrica según quintiles de consumo de pescado en la cohorte de Valencia fue, del primer al quinto quintil, de 5,8; 8,5; 9,9; 12,2 y 14,3, respectivamente. El consumo de pescado azul grande (pez espada o emperador, atún fresco y bonito fresco) fue el tipo de pescado que mostró una relación mayor con los niveles en sangre de cordón. La media geométrica según frecuencia de consumo de este tipo de pescado fue de 6,6 para 'nunca o menos de 1/mes'; 10,0 para '1-3/mes'; 13,7 para consumo de '1/semana' y, finalmente, 14,7 µg/L para frecuencia de consumo de 2 ó más veces por semana.

Conclusiones: Los niveles encontrados son similares a descritos en países con gran consumo de pescado. Estos valores se sitúan por encima de los observados en otros países europeos, y muestran que un porcentaje importante de los recién nacidos estudiados presentan niveles por encima de los recomendados por organismos internacionales. En España es necesario desarrollar acciones para prevenir los riesgos de exposición prenatal a mercurio. Entre dichas acciones se incluyen: el desarrollo de guías sobre el consumo de pescado durante el embarazo, para orientar a las madres gestantes sobre la elección del tipo de pescado a consumir, así como la monitorización continuada de los niveles de mercurio en pescado.

Financiación. RETICS G03/176, FIS-FEDER 04/1112, FIS 03/1615, FIS 04/1509, FIS 06/1213, y RCESP C03/09.

COMUNICACIONES ORALES XXVI

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Desigualdades en salud

O-167. DESIGUALDADES EN SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CATALUNYA SEGÚN GÉNERO, CLASE SOCIAL Y ESTATUS MIGRATORIO

D. Malmusi, J. Benach, C. Borrell, et al

U. Docent M. Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB; Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud, Unidad de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En España se ha consolidado la descripción de las desigualdades en salud según los ejes de género, clase social y, más recientemente, inmigración. Sin embargo, faltan estudios que planteen el estudio simultáneo de los tres ejes, combinen información de indicadores socioeconómicos y de salud y de más de una encuesta. El objetivo del estudio es describir con este enfoque las desigualdades sociales en salud en Catalunya.

Métodos: Estudio transversal en la población de 25 a 64 años con datos de dos encuestas de base poblacional, la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA; n = 10.355) y la Encuesta de Condiciones de Vida y

Hábitos de la Población (ECVHP; n = 7.107), ambas de 2006. Se clasificó la clase social según la propuesta de la SEE, y el origen según el lugar de nacimiento: Catalunya; resto de CC.AA., divididas en tres grupos según su índice de desarrollo humano (IDH) en 1980 (época de las migraciones internas); y países extranjeros en cuatro grupos según el IDH de 2006 y el tiempo desde la llegada. Se realizó una estratificación por sexo, clase y origen, posteriormente simplificada agregando grupos en función de su similitud en distintos indicadores económicos y laborales de las dos encuestas. En ambas encuestas y en los grupos obtenidos, se comparó la salud general autovalorada ajustada por edad.

Resultados: Las mujeres tienen peor salud que los hombres en todos los grupos según clase social y origen. La clase social determina un gradiente en la salud en ambos sexos, en autóctonos y en todos los grupos de inmigrantes. Las personas de las CC.AA. y países más favorecidos tienen indicadores socioeconómicos y de salud igual o mejores que las autóctonas. En cambio, en ambos sexos (salvo en hombres en la ECVHP), las personas inmigradas de las CC.AA. más pobres tienen peor estado de salud que las autóctonas de la misma clase en las clases III, IV y V. Lo mismo se observa en la ESCA para las mujeres de países pobres de clase III, IV y V. Entre las personas de países pobres, las recién llegadas, a pesar de tener menores ingresos, en general declaran mejor salud que las que llevan más años ($p = ns$).

Conclusiones: El género, la clase social y el estatus migratorio interactúan en la producción de desigualdades en salud. El territorio de origen determina desigualdades en salud en la población española de Catalunya. A pesar de que una muestra insuficiente y la presencia de cierto efecto "inmigrante sano" no permiten identificar consistentemente desigualdades en salud en la población de origen extranjero, se confirma la relevancia del análisis por IDH del país de origen, tiempo de estancia y clase social.

Financiación. Ayuda "Enrique Nájera" para epidemiólogos jóvenes de la SEE.

O-168. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD POR LESIONES DE TRÁFICO, DROGAS, SIDA Y SUICIDIO EN JÓVENES DE 3 CIUDADES DE ESPAÑA. PROYECTO MEDEA

M. Marí-Dell'Olmo, M. Gotsens, G. Serral, M.A. Martínez-Beneito, M. Rodríguez-Sanz, R. Puigpinós, M.I. Pasarín, C. Borrell, Grupo MEDEA, et al

CIBERESP; Agència de Salut Pública de Barcelona; Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El análisis de áreas pequeñas es útil en la detección de desigualdades en salud a nivel local, a menudo enmascaradas cuando se analizan a un mayor nivel. El objetivo de este estudio es describir las desigualdades socioeconómicas en jóvenes para las causas de mortalidad evitables por lesión de tráfico, drogas, sida y suicidio en las secciones censales de las ciudades de Barcelona, Madrid y Valencia durante los años 1996-2003.

Métodos: Estudio ecológico transversal. Las unidades de análisis fueron las secciones censales de las 3 ciudades incluidas en el estudio (Barcelona, Madrid y Valencia) según el censo de 2001. La población de estudio fueron los menores de 50 años residentes en las 3 ciudades durante el periodo 1996-2003. Las fuentes de información fueron los registros de mortalidad y el censo de población y viviendas del año 2001. Se calculó la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) para 4 causas de defunción (lesión de tráfico, drogas, sida y suicidio), donde las muertes esperadas para cada sección censal se obtuvieron a partir de las tasas de España del 2001. Para la obtención de las RME se ajustó un modelo jerárquico bayesiano (modelo de Besag, York y Mollié) para controlar la inestabilidad estadística de las RME en áreas poco pobladas, donde las muertes observadas seguían una distribución de

Poisson. Las RME de cada sección censal se obtuvieron para cada ciudad, causa de mortalidad y sexo. Se comparó la distribución espacial de las RME con la de un índice compuesto de privación previamente calculado para cada ciudad en el proyecto MEDEA.

Resultados: El número total de defunciones fue de 1.723 en Barcelona, 2.816 en Madrid y 1.069 en Valencia para los hombres y 525 en Barcelona, 771 en Madrid y 321 en Valencia para las mujeres. En Barcelona, el percentil 25 y 75 de las RME para todas las causas fue de 71,7 y 127,7 en hombres y 74,3 y 119,8 en mujeres; en Madrid de 72,7 y 131,8 en hombres y 81 y 119 en mujeres; y en Valencia fue de 76,2 y 126,6 en hombres y 75 y 128,3 en mujeres. En las 3 ciudades, las causas de sida, drogas y suicidio fueron las que presentaron un patrón de distribución espacial más semejante al patrón que seguía el índice de privación.

Conclusiones: El estudio de la mortalidad prematura y evitable en áreas pequeñas como la sección censal, es útil para detectar desigualdades y, por lo tanto, zonas susceptibles de intervención.

Financiación. FIS-PI042013 y RCESP-C03/09.

O-169. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA Y CÉRVIX. ESFUERZO COMPARTIDO ENTRE MUJERES, CLÍNICOS Y LA SALUD PÚBLICA. CLM 2002-2006

O. Solas Gaspar, M. Alonso Alonso, M.E. Medina Chozas, E. Torres Besora, N. Magariños Laguía, et al

FISCAM. Castilla La Mancha.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar el nivel de adherencia de las mujeres, la práctica clínica y la eficacia del Programa de Cribado poblacional de Cáncer de Mama de CLM y analizar los factores que influyen utilizando como fuentes de información la Encuesta de Salud de CLM /2002-2006 y el Registro del Programa.

Métodos: Se ha analizado una submuestra de la ES/CLM de las mujeres de 16 y más años para el análisis de las prácticas preventivas ginecológicas y una submuestra de las mujeres de 45 y más años (767 casos en 2002 y 802 en 2006). Para identificar los posibles factores significativos en la realización del control ginecológico y mamografía se han utilizado modelos de regresión logística y como factores se han utilizado (edad, clase social, y nivel de estudio). Para identificar los factores significativos se ha utilizado modelos de regresión logística.

Resultados: Un 39,8% de las mujeres realizan revisiones ginecológicas periódicas. De estas 78,7% 1vez/año. En 2006 las revisiones ginecológicas cubren al 51% de las mujeres de 25-44 años; al 56,3% de 45-64 años; 28% 16-24, y al 12,7% > 65 años. Entre 2002 y 2006 no ha variado el porcentaje de mujeres que se realizan revisiones ginecológicas periódicas (40,4% en el año 2002 y 38,9% en el año 2006). Las revisiones ginecológicas aumentan según el nivel de estudios y el nivel socioeconómico. A mayor nivel de estudios y clase social mayor uso de las prácticas preventivas en AP/AE. La prueba más frecuente en la última revisión es citología vaginal (84,3%); la exploración mamaria (69,2%), la ecografía ginecológica (62%) y el tacto vaginal (57%). En todas las se observa un incremento entre 2002 y 2006, excepto tacto vaginal. El 75,7% de las mujeres de 45-64 a. se han realizado alguna vez en la vida una mamografía. De estas un 93,7% en los últimos 2a. La vía de acceso a la mamografía es principalmente el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de la Junta (el 71,1% de las mamografías realizadas). La práctica de la mamografía está influida por la edad, la clase social, nivel de estudios. La probabilidad de no realizarse una mamografía a lo largo de la vida aumenta con la edad, (OR = 4,65 > 65 años), y pertenecer a las clases más desfavorecidas (OR = 2,13).

Conclusiones: Se confirma que el uso de la mamografía está asociado a la edad, clase social, estudios, recomendación del médico de AP, información y las actitudes de las mujeres. A partir de 2003 el

Programa amplía la edad hasta 70 a. Si bien se observan desigualdades sociales según edad, estudios y clase social, esta brecha se ha reducido entre 2002-2006 con el esfuerzo y compromiso de las mujeres, los clínicos de AP y las intervenciones de Salud Pública de CLM.

O-170. JUBILACIÓN ANTICIPADA Y SALUD MENTAL: INTERACCIÓN ENTRE EL GÉNERO, EL ESTADO DE CONVIVENCIA Y LA CLASE SOCIAL

L. Artazcoz, I. Cortès, E. Molinero, C. Borrell, V. Escribà-Agüir, L. Cascant, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Determinar la relación entre la jubilación anticipada por diferentes causas y el estado de salud mental.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud de 2006. La población analizada fueron las personas de 16 a 64 años ocupadas y jubiladas (9.852 hombres y 6.558 mujeres). La salud mental se midió con el cuestionario GHQ-12. Se consideraron casos las personas con puntuaciones superiores a 2. La variable predictora tenía 4 categorías: ocupado/a, prejubilado/a por razones de salud, prejubilado/a de forma forzosa y prejubilado/a de manera voluntaria. Las variables de ajuste fueron la edad, la clase social ocupacional con 5 categorías y el estado civil con 4 (soltero/a, casado/a o conviviendo en pareja, viudo/a y separado/a o divorciado/a). Se ajustaron modelos de regresión logística múltiple desagregados en tres etapas, en primer lugar según el sexo, en segundo adicionalmente según el estado civil o de convivencia (con dos categorías, casado/a y no casado/a) y en tercero también según la clase social (con dos categorías, manual y no manual).

Resultados: El 13,8% de los hombres y el 24,3% de las mujeres tenían problemas de salud mental y el 9,1% de los hombres y el 6,8% de las mujeres estaban prejubilados. La mayor parte de las prejubilaciones se debieron a problemas de salud (62,7% de los hombres y 79,2% de las mujeres). El 27,1% de los prejubilados y el 14,9% de las prejubiladas habían sufrido una jubilación forzosa. En la primera etapa del análisis, en los dos sexos, la jubilación por razones de salud se asoció con un mayor riesgo de mal estado de salud mental pero en las mujeres también lo hizo la prejubilación forzosa (ORa = 1,91, IC95% = 1,11-3,29). Tras desagregar el análisis por el estado civil o de convivencia, en los dos sexos, tanto en personas solteras como en casadas o que vivían en pareja, la prejubilación por razones de salud se asoció con mal estado de salud mental. Además, entre las mujeres casadas la prejubilación forzosa también lo hizo (ORa = 2,07, IC95% = 1,11-3,84). Finalmente, en la última etapa del análisis, la jubilación por motivos de salud se asoció con mal estado de salud mental en todos los grupos examinados, pero entre las trabajadoras casadas o que vivían en pareja y eran de clase manual la jubilación forzosa también se asoció con mal estado de salud mental (ORa = 2,78, IC95% = 1,01-7,71).

Conclusiones: La jubilación forzosa de parte de la plantilla es una de las estrategias más utilizadas por las empresas para afrontar situaciones de crisis. Sin embargo, podría tener un impacto negativo sobre la salud mental que parece superior entre las mujeres casadas menos cualificadas.

O-171. ANÁLISIS DE INDICADORES DE DESEMPLEO PARA LA VIGILANCIA DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

V. Puig Barrachina, D. Malmusi, J. Benach, et al

Grupo Investigación Desigualdades en Salud, Unidad de investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); U. Docente MPYSP IMAS-UPF-ASPB.

Antecedentes/Objetivos: La salud de las poblaciones está fuertemente condicionada por determinantes sociales como la calidad de la vivienda, el nivel de ingresos o las condiciones de ocupación y trabajo. Recientemente, la Red sobre Condiciones de Ocupación de la OMS (EMCONET) ha analizado las dimensiones de ocupación (desempleo, precariedad laboral, trabajo informal, trabajo infantil y esclavismo o trabajo forzado) generadoras de desigualdad en salud. Desde la salud pública, es fundamental realizar la vigilancia de esos factores. Aunque el desempleo es una dimensión de ocupación con gran evidencia científica sobre su impacto en la salud y desigualdad, hasta el momento los sistemas de vigilancia relativos a este indicador son muy limitados. El objetivo de este estudio es proponer indicadores de desempleo que permitan su utilización en la vigilancia de salud pública como determinante de las desigualdades en salud.

Métodos: Se ha realizado una revisión de la literatura sobre el desempleo y la salud, utilizando como criterios de inclusión los que analizaron el impacto del desempleo en la salud según uno o más ejes de desigualdad (el género, la clase social, edad, situación familiar, prestación económica y duración del desempleo). Se realizó un análisis separado por sexo debido a existir un patrón desigual por género en los campos laboral y familiar. La evidencia disponible en cada eje de desigualdad ha permitido determinar y priorizar los grupos poblacionales más vulnerables según el riesgo para su salud.

Resultados: 18 artículos cumplieron los criterios de inclusión. En nueve artículos se estratificaron los resultados por género y en tres se analizaron tres o más ejes de desigualdad a la vez. Los factores relacionados con el desempleo con mayor influencia en la salud en hombres y mujeres son la percepción y tipo (contributiva o asistencial) de prestación económica, la clase social en hombres, y la situación familiar en mujeres. En los hombres, el indicador seleccionado fue el desempleo en trabajadores manuales que no reciben prestación económica contributiva, y en mujeres las desempleadas sin prestación contributiva y trabajadoras en el hogar. Además, se seleccionó el desempleo juvenil ya que es buen predictor del futuro desempleo y tiene un impacto mayor que en la edad adulta de adquisición de hábitos poco saludables.

Conclusiones: El desarrollo de indicadores de desempleo como determinante social de la desigualdad en salud puede ser muy útil para vigilar la situación de los grupos de mayor riesgo, para controlar la evolución de su impacto poblacional en la salud y para ayudar a plantear políticas que reduzcan las desigualdades en salud.

Financiación. CIBERESP.

O-172. MODIFICACIÓN DE LA CLASE SOCIAL OCUPACIONAL TRAS LA MATERNIDAD Y FACTORES ASOCIADOS A SU DISMINUCIÓN

M.C. González-Galarzo, M. Estarlich, A.M. García, C. Iñiguez, F. Ballester, et al

CIBERESP; Escuela Valenciana de Estudios de la Salud; Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Tras la interrupción temporal de la ocupación por la maternidad, la recuperación de los empleos previos puede presentar dificultades, pudiendo llevar a una disminución del nivel ocupacional. El objetivo de este trabajo es identificar el cambio en la clase social ocupacional (CS) en las mujeres que se reincorporan al empleo tras la maternidad y los factores asociados a la disminución de su nivel social basado en la ocupación.

Métodos: La población a estudio son 414 mujeres de la cohorte IN-MA-Valencia que habían trabajado en el embarazo y se reincorporan al empleo al año del parto. Se obtienen las CS basadas en la ocupación durante el embarazo y en la ocupación más reciente al año del parto,

según la propuesta de la S.E.E., en cinco categorías. Mediante el estadístico de Wilcoxon, se describe el cambio de CS. Se realizó regresión logística multivariante para el análisis de las variables que influyen en la disminución de la CS. En el análisis se consideró la edad, zona de residencia, CS del embarazo, nº de hijos y circunstancias laborales previas (actividad económica, tipo de contrato y jornada y tiempo trabajado en los 10 años previos al embarazo).

Resultados: El 71% de las mujeres que trabajaron en el embarazo se reincorporaron al año del parto. No se han encontrado diferencias significativas entre la CS previa y posterior al embarazo ($p = 0,648$). Entre las mujeres que cambian su CS (10%) un 43% la disminuye. La disminución en la CS es más frecuente en las mujeres que pertenecían a la CSIII durante el embarazo (OR: 4,87; IC 95% = 0,98-24,31), frente a la CSI-II, con contrato temporal previo (3,36; 1,09-10,33), frente a contrato fijo y menos frecuente entre las mujeres con jornada parcial (0,25; 0,05-1,26).

Conclusiones: Aunque no se encuentran diferencias significativas en el cambio de CS tras la maternidad, un alto porcentaje de las mujeres que la modifican lo hacen para disminuir su nivel social ocupacional. Las condiciones laborales y la CS del embarazo están asociadas a la disminución del nivel social ocupacional.

Financiación. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana (EVES2006-PI-058).

O-173. EL IMPACTO DEL SEXISMO EN LA SALUD

C. Borrell, L. Artazcoz, I. Rohlfs, D. Gil, G. Pérez, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universitat Pompeu Fabra; Universitat de Girona; Universitat de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: En la última década ha aumentado la literatura sobre el impacto de la discriminación percibida en la salud, siendo la mayoría de estudios de EEUU. La evidencia en nuestro medio es prácticamente inexistente. Los objetivos de este estudio son: 1) describir la prevalencia de discriminación a causa del sexo (sexismo) en hombres y mujeres de España, 2) estudiar la asociación entre el sexismo y la salud percibida, las conductas relacionadas con la salud y la utilización de los servicios de salud y 3) determinar si estas relaciones son modificadas por el país de origen y la clase social.

Métodos: Estudio de diseño transversal. La población de estudio es la residente en España y no institucionalizada de 16 a 64 años en el año 2006. Los datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, que incluye 23.760 personas de este grupo de edad. Se analizaron siete variables dependientes: cinco indicadores de estado de salud, el consumo de tabaco y la atención sanitaria no recibida. La percepción de discriminación a causa del sexo o sexismo, medida con la escala de Krieger, es la principal variable independiente (la exposición). Las variables de ajuste fueron: la edad, la situación laboral, el apoyo social y el estado civil. Se obtuvo la prevalencia de sexismo y se ajustaron modelos de regresión logística separados por sexo para estudiar la asociación entre el sexismo y las variables dependientes. Además, para las mujeres, la clase social y el país de origen se consideraron como variables de estratificación (no hubo suficiente número de casos con percepción de sexismo en el caso de los hombres).

Resultados: El sexismo se declara más por parte de las mujeres (3,2%, $n = 381$) que de los hombres (0,4%, $n = 48$). Lo declaran más las mujeres de clases no manuales y de países pobres. Existe una asociación entre el sexismo y 4 indicadores de salud en hombres y mujeres (mala salud percibida, mala salud mental, depresión y lesiones). Las mayores OR se dan con la mala salud mental en las mujeres (OR: 2,53, Intervalo de Confianza del 95% -IC95%-: 2,04-3,14) y con la depresión en los hombres (OR: 3,16, IC95%: 1,57-6,37). La asociación entre el

sexismo y la mala salud mental en las mujeres es más fuerte en las procedentes de países pobres (OR: 6,38 para las de clase no manual y OR: 6,43 para las de clase manual).

Conclusiones: A pesar de que la prevalencia de sexismo declarado puede estar infraestimada, existe una asociación consistente con los indicadores de salud analizados. Las políticas pro igualdad, que tienen por objetivo combatir las desigualdades entre mujeres y hombres, deben tener en cuenta este impacto.

Financiación. CIBERESP, Ministerio de Sanidad y Consumo.

O-174. DESIGUALDADES SEGÚN GÉNERO EN LA MOVILIDAD POR MOTIVOS RELACIONADOS CON EL HOGAR Y CON EL OCIO

M. Olabarria, E. Santamariña-Rubio, K. Pérez, J.M. Aragay, M. Capdet, R. Peiró, M. Rodríguez-Sanz, C. Borrell, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universidad de Barcelona; Autoritat del Transport Metropolità; Centro de Salud Pública Alzira.

Antecedentes/Objetivos: El diferente contexto sociolaboral de hombres y mujeres se refleja en su movilidad diaria. Se plantea como objetivo analizar las desigualdades según género en la movilidad por motivos relacionados con el cuidado del hogar y con el ocio en la población ocupada de Cataluña.

Métodos: Se trata de un estudio transversal. La población de estudio son las personas ocupadas de 16 a 64 años que refirieron algún desplazamiento en día laboral en la Encuesta de Movilidad Cotidiana 2006, realizada por la Generalitat de Cataluña y Autoritat del Transport Metropolità, a una muestra representativa de la población de Cataluña ($N = 45.787$). Las variables dependientes fueron: tiempo empleado al día en desplazamientos por motivos relacionados con el hogar (incluye compras cotidianas y acompañar personas), y tiempo empleado en desplazamientos por ocio. Las variables independientes: sexo, edad, nivel de estudios, ámbito de residencia y disponibilidad de vehículo. Se realizó un análisis bivariado y multivariado de regresión logística para determinar factores asociados a mayor tiempo empleado en desplazamientos (superior a la mediana), mediante el cálculo de Odds Ratios (OR) y sus intervalos de confianza del 95%, ajustado por ámbito de residencia y disponibilidad de vehículo, y estratificando por sexo.

Resultados: El 33% de mujeres ocupadas se desplazó por motivos relacionados con el hogar, frente al 16,2% de hombres ($p < 0,001$). Una mayor edad está asociada a un mayor tiempo en desplazamientos por motivo relacionados con el hogar en ambos sexos. Tener 24-29 años en mujeres (OR = 1,4 [1,1-1,8]), y tener estudios secundarios (OR = 1,2 [1,1-1,3]) o universitarios (OR = 1,2 [1,1-1,3]) en hombres está asociado a mayor tiempo en estos desplazamientos. Por otro lado, no existen diferencias significativas según género en el porcentaje de personas que realiza desplazamientos por ocio. En ambos sexos, el tiempo en desplazamientos por ocio aumenta al aumentar el nivel de estudios y disminuye al aumentar la edad, siendo los de 45-64 años los que menos se desplazan. En ambos sexos y respecto a los mayores, tener 16-23 años y 24-29 años está asociado a mayor tiempo en desplazamientos por ocio, pero sólo en hombres tener 30-44 años (OR = 1,4 [1,2-1,6]) es un factor asociado.

Conclusiones: Las mujeres ocupadas deben conciliar, desde edades más tempranas, los desplazamientos realizados por motivos relacionados con el hogar con los desplazamientos derivados de su ocupación. Así mismo, a edades más jóvenes que los hombres sus desplazamientos por motivos de ocio se reducen.

Financiación. FIS MD07/00082.

COMUNICACIONES ORALES XXVII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Inmigración y salud

O-175. CARACTERÍSTICAS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA INTERNACIONAL SOBRE INMIGRACIÓN Y SALUD

A.A. Agudelo-Suárez, D. Gil-González, C. Vives-Cases, E. Ronda-Pérez, et al

Universidad de Antioquía/Medellín-Colombia. Fundación Carolina-España; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. España; Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS); CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El crecimiento de las publicaciones sobre inmigración y salud en los últimos años ha derivado en una heterogeneidad de enfoques y temas que no han sido compilados en el ámbito científico. **Objetivo:** Describir la producción científica internacional sobre inmigración y salud en el periodo comprendido entre enero de 2002 y junio de 2008.

Métodos: Búsqueda sistemática de los estudios empíricos publicados en revistas de revisión por pares cuyo tema principal sea la inmigración y su relación con la salud. Se utilizaron palabras claves en lenguaje libre y controlado en inglés y español. La búsqueda se realizó en las bases de datos: Medline, Embase, CINAHL, Sociological Abstracts, PsycINFO, Cochrane, Scopus, Lilacs, ISI Web of Knowledge, CSIC, ERIC y Cuiden. Estudio descriptivo de las características principales de los estudios localizados: Año, sexo del primer autor, país del estudio, enfoque metodológico, idioma de publicación, factor de impacto (según Journal citation report) y tema principal del estudio.

Resultados: Fueron identificados 2.438 estudios, el 56,5% encabezado por mujeres como primer autor y el 65,9% se hallaron en revistas con factor de impacto. Un 91,4% de los artículos se publicaron en inglés y un 78,5% fueron cuantitativos. El 40,2% de las investigaciones se realizaron en Estados Unidos, el 8,1% en Canadá, el 5,2% en Suecia y el 4,9% en España. Con respecto a la temática de los estudios, un 15,1% versa sobre el reconocimiento de las condiciones epidemiológicas de la población, un 13,9% sobre salud mental, un 10,3% sobre determinantes económicos, políticos, y sociales de la salud. El análisis de los conocimientos, prácticas y creencias en salud supone un 9,7%. El acceso a servicios sanitarios ha sido analizado en el 8,6%, salud de la mujer en un 7,5% y estrategias para dar atención a los/las inmigrantes en un 5,9%. Otros temas en menor proporción son: aspectos nutricionales y salud (4,9%), salud laboral (3,7%), cultura y salud (3,5%), estudios microbiológicos/genéticos (2,5%), refugiados (2,4%), indicadores demográficos (2,3%), salud bucal (2,3%) y violencia y salud (2,1%), entre otros.

Conclusiones: Si bien existe heterogeneidad temática en el abordaje de la inmigración y la salud como un fenómeno de importancia en la agenda científica, se requiere profundizar en aspectos como el análisis de políticas en salud, metodologías de investigación, formación de profesionales en inmigración; y estudios específicos en países con alta presencia de inmigrantes. Esto soporta la evidencia para la toma de decisiones en salud pública.

O-176. ¿CUÁL ES EL DEBATE PARLAMENTARIO SOBRE INMIGRACIÓN Y SALUD EN ESPAÑA?

A.A. Agudelo-Suárez, D. Gil-González, C. Vives-Cases, E. Ronda-Pérez, et al

Universidad de Antioquía/Medellín-Colombia. Fundación Carolina-España; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. España; Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS); CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La inmigración en España es un tema de actualidad que plantea un gran número de desafíos legislativos, políticos, culturales, sociales, laborales y sanitarios. Son escasos los estudios que desde la salud pública analizan las decisiones políticas en el contexto parlamentario. **Objetivo:** describir y analizar las iniciativas parlamentarias (IP) sobre inmigración y salud en España.

Métodos: Búsqueda y análisis del contenido de las IP que abordan este tema desde el inicio del periodo democrático español en 1979 hasta 2007. Se aplicó un protocolo de recogida de información para identificar las principales características del debate parlamentario y los principales temas recogidos en las IP. Se calculó la razón entre las iniciativas de este tema y las iniciativas totales por años y legislaturas. También se analizó su relación con la evolución de las tasas de población inmigrante.

Resultados: Se identificaron un total de 4.022 IP sobre inmigración. El debate tuvo una mayor presencia en las últimas tres legislaturas (1996-2007), constituyendo el 98,2% de las IP. En éstas destaca la generación de datos estadísticos sobre diferentes aspectos que afectan a la población inmigrante (n = 2300; 57,2%). En las IP sobre inmigración y salud (n = 116; 2,9%), destaca la discusión sobre estrategias de atención sanitaria (n = 29; 25,0%), el acceso a servicios de salud (n = 28; 24,1%) y la información epidemiológica (n = 23; 19,8%). El 44% (n = 51) de las IP fueron lideradas por hombres y el 74,2% (n = 98) por los grupos parlamentarios popular y socialista. La mayoría de estas IP corresponden a la función de control del gobierno (n = 109; 94%). El 89,2% (n = 103) de las iniciativas respondieron al tipo específico de preguntas con respuesta escrita, orales, en pleno o comisión y el 7,6% (n = 9) a comparecencias y proposiciones no de ley. En 113 IP (97,4%) sobre inmigración y salud no se tomaron decisiones con impacto en las políticas. Con respecto a las iniciativas que abordan el tema de inmigración y salud, los mayores incrementos se presentaron en los años 1991, 1999, 2002 y 2004. De otra parte, mientras se observa una presencia cada vez mayor de la población inmigrante con relación a la población española, en las IP que abordan el tema de inmigración no se observan cambios notorios hasta el año 1996.

Conclusiones: El debate sobre inmigración y su relación con la salud es heterogéneo. Junto a los esfuerzos por generar información estadística, sería conveniente incrementar la discusión sobre estrategias políticas y sociales para proteger y promover la salud de la población inmigrante.

Financiación. Observatorio de Salud de la Mujer/Ministerio de Sanidad y Consumo-España.

O-177. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISCRIMINACIÓN EN ESPAÑA

D. Gil-González, C. Vives-Cases, C. Borrell, A. Agudelo-Suárez, M. Martínez, C. Álvarez-Dardet Díaz, et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra; Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín- Colombia. Fundación Carolina.

Antecedentes/Objetivos: La discriminación está relacionada con la salud. La inclusión en la Encuesta Nacional de Salud (ENS-06) de una pregunta sobre experiencias de discriminación ha permitido plantear este estudio con el objetivo de analizar su frecuencia y las características sociodemográficas que la determinan.

Métodos: Estudio de diseño transversal siendo la población de estudio la residente en España. La información se ha obtenido de la ENS-06 con una muestra de 14.459 hombres y 15.019 mujeres. Se analizaron las preguntas sobre haber experimentado discriminación, sus causas y en que situaciones (variable dependiente). Las variables independientes fueron: sexo, edad, nacionalidad (país de origen), ni-

vel de estudios y clase social (no manuales y manuales). Se calcularon frecuencias, prevalencias y Odds Ratio bivariadas. Se ajustaron modelos de regresión logística para estudiar la asociación entre la discriminación autopercebida y las variables independientes, incluyendo también la interacción entre el país de origen y la clase social.

Resultados: La prevalencia de discriminación es de 5,2% (M: 6,3%, H: 4,1%). Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de percibir discriminación (OR = 1,56 [IC95% 1,40-1,73], sobre todo, en casa por su pareja (OR = 6,14 [IC95% 3,42-11,01] o por otros miembros del hogar (OR = 2,05 [IC95% 1,24-3,39] y buscando trabajo (OR = 1,54 [IC95% 1,22-1,95]). Proceder de un país pobre incrementa el riesgo de percibir discriminación tanto en hombres (OR: 3,54 [IC95%1,83-6,84]) como en mujeres (OR = 2,41 [IC95% 1,42-4,11]), una vez ajustado por el resto de variables sociodemográficas. Por lugares, las personas procedentes de países pobres tienen más riesgo de discriminación buscando trabajo (H: OR = 2,40 [IC95%1,62-3,54]; M: OR = 3,14 [IC95%2,35-4,20]), y en un sitio público (H: OR = 2,60 [IC95%1,84-3,68]; M: OR = 3,50 [IC95%2,83-4,67]). La interacción indica que tienen más riesgo de percibir discriminación: los hombres de países pobres de clase social no manual (OR = 2,39 [IC95%1,59-3,60]), las mujeres españolas de esta misma clase social (OR = 2,16 [IC95%1,40-3,35]), y las mujeres de países pobres y clase social manual (OR = 1,6 [1,08-2,39]).

Conclusiones: La discriminación en España es percibida principalmente por las mujeres y por las personas procedentes de países pobres. El ámbito doméstico es el lugar donde más discriminación experimentan las mujeres; y, en detrimento de las personas procedentes de países pobres, son la calle y el ámbito laboral los lugares de mayor riesgo de discriminación.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

O-178. PARTICIPACIÓN E INFLUENCIA DE LOS TRABAJADORES INMIGRANTES EN SUS CONDICIONES DE TRABAJO

M.J. López-Jacob, E. Canaleta Safont, A.M. García, et al

Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Universitat de les Illes Balears; Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: En 2008 más del 11% de los trabajadores afiliados a la seguridad social en España eran extranjeros, frente al 2,7% registrado en el año 2000. Sin embargo, el conocimiento de las condiciones de trabajo de este colectivo es todavía muy escaso. La participación de los trabajadores en términos del control y la influencia que pueden ejercer en sus condiciones de empleo y trabajo es un determinante fundamental de los efectos tanto positivos como negativos del trabajo sobre la salud. El objetivo del estudio ha sido analizar el grado de control e influencia de los trabajadores inmigrantes sobre sus condiciones de trabajo y sus determinantes.

Métodos: Estudio cualitativo, enmarcado en el proyecto ITSAL (Inmigración, trabajo y salud), desarrollado en 5 ciudades españolas, mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales con 158 trabajadores inmigrantes y 7 entrevistas a delegados de prevención inmigrantes. Se procedió al análisis de contenido y discurso en función del estatus legal de los trabajadores, el sexo y las características de la empresa.

Resultados: Se constata escasa capacidad de influencia sobre las condiciones de empleo y trabajo, siendo las que más preocupan las cuestiones salariales, contractuales y el tiempo de trabajo. Las acciones de reivindicación de mejoras son muy escasas y están fuertemente determinadas por el miedo a perder el empleo. La información que reciben los trabajadores sobre sus derechos laborales y el interés de las empresas por la prevención de riesgos laborales se muestran muy insuficientes. Las estrategias para mejorar las condiciones de trabajo se reducen a la solución individual de los conflictos, siendo mínima

la percepción de las posibilidades de influencia a través de los sindicatos. Las redes informales juegan un papel fundamental, no siempre positivo, en la difusión de la información sobre derechos laborales. El estatus legal, la precariedad y los conocimientos sobre derechos y recursos de apoyo, especialmente al inicio del proceso migratorio, aparecen como factores determinantes de las posibilidades de control e influencia de los trabajadores inmigrantes sobre sus condiciones de trabajo. Los trabajadores en situación irregular y las mujeres, especialmente del servicio doméstico, son los colectivos más desfavorecidos.

Conclusiones: La mejora de las condiciones de empleo y trabajo de los trabajadores inmigrantes en España requeriría optimizar el proceso administrativo para conseguir y mantener su estatus legal y aumentar el nivel de información sobre sus derechos laborales. El apoyo que los sindicatos podrían jugar en este proceso es desestimado o muy poco conocido por este vulnerable colectivo de trabajadores.

Financiación. Ministerio de Sanidad y Consumo (FIS PI052202, PI052334).

O-179. ACCIDENTES DE TRABAJO REFERIDOS EN UNA MUESTRA DE TRABAJADORES INMIGRANTES EN ESPAÑA

A.M. García, M.J. López-Jacob, E. Sousa, F.G. Benavides, et al

Universidad de Valencia; Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS); Universitat Pompeu Fabra; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las estadísticas oficiales de accidentes laborales en España son posiblemente insuficientes para conocer el impacto de las lesiones relacionadas con el trabajo en el colectivo de trabajadores inmigrantes. El análisis de las entrevistas a inmigrantes realizadas en 2008 en el marco del Proyecto ITSAL (Inmigración, Trabajo y Salud) aporta información de interés sobre este fenómeno de salud laboral.

Métodos: Estudio transversal con muestreo estratificado por nacionalidad (Ecuador, Marruecos, Rumania y Colombia), sexo y situación legal (permiso de trabajo) y entrevistas personales a 2.434 trabajadores inmigrantes residentes en cinco ciudades españolas. El cuestionario incluye preguntas sobre variables personales y laborales, condiciones de empleo y lesiones por accidentes de trabajo.

Resultados: La muestra incluye 1.395 hombres y 1.039 mujeres residentes en España al menos un año y con experiencia laboral en nuestro país de al menos tres meses. El 40% (n = 970) declara haber padecido alguna lesión o accidente de trabajo, y más de la mitad de ellos (n = 551) requirieron asistencia médica por ese motivo. De estos últimos, un 40% fueron atendidos en la mutua de la empresa y 55% por el médico general o en un hospital. En la mayoría de los casos (81%) la lesión motivó la ausencia del trabajo por más de un día. El 71% de los lesionados recibieron copia del parte de notificación del accidente de trabajo. Un 29% de los lesionados considera que no estaba suficientemente recuperado cuando se reincorporó al trabajo tras el accidente. El riesgo de accidentes de trabajo es mayor en los hombres que en las mujeres (OR = 1,35; IC95% 1,15-1,60), en los trabajadores sin estudios en comparación con los que tienen estudios medios o superiores (OR = 1,53; IC95%1,03-2,28), y tiende a aumentar con el tiempo de residencia en España en comparación con los que llevan 3 años o menos (4-5 años: OR = 1,41; 6-9 años: OR = 1,79; 10 años o más: OR = 1,87).

Conclusiones: Los trabajadores inmigrantes refieren lesiones por accidentes de trabajo frecuentes, la mayoría causando baja laboral de al menos un día y requiriendo asistencia médica. El registro de estos accidentes en las estadísticas oficiales podría ser incompleto. Se observan diferentes niveles de riesgo según variables personales y laborales. Nuestros datos sugieren la necesidad de acciones de vigilancia y prevención específicas sobre este colectivo de trabajadores.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria (PI052202; PI052334; PI050497).

O-180. ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA DIVERSIDAD CULTURAL

P. Ramos, C. Cortina, N. Sagarra, M.I. Pasarín, E. Díez, S. Gómez, L. Egea, O. Juárez, A. Martínez, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se constata un incremento de la obesidad infantil y un cambio poblacional con la llegada de personas de otros países, siendo Ciutat Vella el distrito de Barcelona con mayor población inmigrante. El objetivo de nuestro estudio es conocer las conductas relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico de las familias inmigradas del distrito teniendo en cuenta la diversidad cultural.

Métodos: Estudio cualitativo exploratorio descriptivo mediante grupos focales realizado entre Noviembre-Diciembre del 2007. La segmentación de los grupos se determinó según el país de nacimiento, mediante el padrón de habitantes, seleccionando los 4 grupos mayoritarios del distrito: Marruecos, Ecuador, Filipinas y Pakistán. Se realizaron 12 entrevistas a informantes clave –personas con conocimientos sobre alimentación en las comunidades señaladas (maestras, enfermeras pediátricas y representantes de entidades del distrito)–, con la finalidad de conocer datos relevantes para formar los grupos e identificar las áreas del guión de discusión grupal. Señalaron como población diana las madres con hijos entre 3/16 años. Como áreas a explorar se identificaron: la percepción de obesidad infantil y sedentarismo, la adquisición de nuevos hábitos y las posibles estrategias de educación para la salud. La captación fue mediante carteles y dípticos repartidos en escuelas, boca a boca y búsqueda activa en entidades. Se consiguieron 73 participantes distribuidos en 8 grupos (2 por segmento). El análisis de las transcripciones se realizó mediante la triangulación de resultados y el software Atlas.Ti.

Resultados: Se observan diferencias en los hábitos alimentarios influenciados por la religión, el género, la accesibilidad económica y la incorporación de la mujer al mercado laboral. Todos los grupos, y más las niñas, reducen las horas dedicadas a la actividad física al llegar al país de acogida. Aumentan el consumo de refrescos, comida preparada y bollería industrial. Aunque valoran positivamente la dieta mediterránea manifiestan temor a la pérdida de sus hábitos más saludables fundamentalmente debido al coste elevado de sus productos autóctonos y el acceso a alimentos poco saludables pero muy valorados en su país de origen. Todas las madres señalan a las profesoras de sus hijos/as como autoridad en temas alimentarios y el comedor escolar cuenta con su confianza.

Conclusiones: La información obtenida facilitará las estrategias de educación para la salud dirigidas a familias así como la difusión de mensajes de alimentación saludable y actividad física teniendo en cuenta la diversidad cultural.

Financiación. Proyecto parcialmente financiado por el Plan de Acogida e Integración de las personas inmigradas del distrito de Ciutat Vella.

O-181. ¿QUÉ DIFERENCIA A LAS MUJERES MALTRATADAS EXTRANJERAS DE ESPAÑOLAS? FACTORES DE RIESGO Y TOMA DE DECISIONES

C. Vives Cases, D. Gil González, et al

Universidad Alicante; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Observatorio Políticas Públicas y Salud (OPPS).

Antecedentes/Objetivos: No siempre el impacto de la violencia de género (VG) es diferente entre mujeres extranjeras y autóctonas, pero existe evidencia de una desigualdad en el acceso a los recursos existentes. En España, las mujeres extranjeras tienen mayor riesgo de morir por esta causa. Los objetivos de este estudio son analizar el riesgo de VG de las mujeres extranjeras vs españolas, explorar

posibles causas según sus características sociodemográficas e identificar diferencias en la toma de decisiones para enfrentarse a este problema.

Métodos: Estudio transversal realizado de forma coordinada por 6 grupos de investigación y dirigido a 16.419 mujeres que acudieron entre 2006 y 2008 a consultas de atención primaria de todo el territorio español. Se creó un cuestionario estructurado y autoadministrado con 27 cuestiones que fue pilotado con 60 mujeres, mostrando ser fácilmente comprendido y aceptado. Este estudio se basa en los 10.322 cuestionarios que fueron finalmente válidos. Variable dependiente: Violencia contra la mujer en el último año recogida mediante el Index of Spouse Abuse (ISA). Variables independientes: país de origen, estado civil, ingresos propios, nivel de ingresos familiares, nivel de estudios, edad y presencia de hijos. También se analizaron las respuestas frente a la VG de las mujeres en situación de maltrato según su país de origen. Se realizó un estudio descriptivo y se calcularon Odds Ratio Crudas para españolas y extranjeras, y ajustadas por el resto de variables independientes.

Resultados: Las mujeres extranjeras tienen mayor riesgo de VG en el último año que las españolas (OR = 2,31 [1,91-2,79]). Esta desigualdad se produce tanto si el maltrato es físico (OR = 2,88 [2,33-2,57]) como no físico (OR = 2,39 [1,96-2,91]). Las mujeres inmigrantes sin ingresos propios (OR = 1,98 [1,35-2,89]) tienen más riesgo de sufrir VG. Tener estudios –secundarios (OR = 0,56 [0,42-0,75]) o universitarios (OR = 0,40 [0,28-0,59])– e ingresos altos (OR = 0,26 [0,14-0,49]) las protege de la VG. Las características sociodemográficas analizadas no determinan el mayor riesgo de VG en las extranjeras. Un 15,8% de extranjeras maltratadas no sabe cómo resolver su situación frente a un 8,9% de españolas. Es mayor el riesgo de que las extranjeras no puedan resolver su situación que las españolas (OR = 1,44 [1-2,07] p = 0,047).

Conclusiones: Las mujeres extranjeras tienen mayor riesgo de VG que las españolas, pero los factores que explican esta desigualdad no parecen estar entre sus características sociodemográficas. Generar conocimiento sobre los determinantes de la VG en las mujeres extranjeras puede contribuir a incrementar la efectividad de las respuestas existentes.

Financiación. Fondo Investigaciones Sanitarias. Ministerio Sanidad y Consumo.

O-182. ALTO RIESGO DE PALUDISMO EN INMIGRANTES RESIDENTES EN ANDALUCÍA QUE VISITAN SUS PAÍSES DE ORIGEN

E. Duran-Pla, F.J. Guillén Enríquez, et al

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral; Secretaría General de Salud Pública y Participación; Consejería de Salud; Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: El paludismo importado es una enfermedad potencialmente grave, prevenible, con una mortalidad evitable, que afecta a inmigrantes o viajeros, la tendencia estable en nuestra comunidad puede aumentar paralelamente al aumento de viajes internacionales y migraciones. Suele afectar a personas no inmunes, viajeros (turistas, cooperantes, comerciantes y misioneros), niños inmigrantes procedentes de zonas endémicas e inmigrantes que vuelven a visitar sus países de origen. En España, en el lustro 03-07, se declararon una media de 383 casos anuales (tasa bruta de 0,87/100.000 habitantes) con tendencia anual decreciente, registrándose 32 muertes en el periodo. El 3,1% de las personas residentes en Andalucía (2007) nacieron en países con paludismo endémico, 1,3% en África.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de paludismo declarados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) de 2003 a 2007, en especial de las variables país de origen y grupo de riesgo.

Resultados: En Andalucía en el lustro 03-07 se declaró una media anual de 33,2 casos/año de paludismo importado (0,42/100.000 habitantes) con incidencia anual estable; el 68,7% eran hombres. El 87,3% (145) fueron hospitalizados y fallecieron 5 personas (3%). El 69,7% (115) de los casos se registraron en las provincias de Málaga, Almería y Sevilla. Por orden decreciente los grupos más afectados en el periodo fueron: inmigrantes recién llegados (66/39,8%), inmigrantes residentes que visitaron sus países de origen (56/33,7%), pasando este grupo del 29% (9 casos) en 2003 al 40% (14 casos) en 2007; turistas (24/14,55%), expatriados por motivos laborales (18/10,8%), un caso de paludismo congénito y otro transfusional. El 75% de los inmigrantes que viajaron a sus países de origen fueron hombres (edad media de 33,5 años, 35 años en las mujeres). El 95% no realizó profilaxis, por un 62,5% en los viajeros españoles. El 96,4% viajó a África Central u Occidental, siendo los países más visitados Nigeria (41,1%), Senegal (17,9%) y Guinea Ecuatorial (17,9%).

Conclusiones: La incidencia creciente de paludismo importado en inmigrantes que vuelven de visita a sus países de origen tras años de residencia, puede deberse a que la semiinmunidad adquirida se pierde a partir de los 3 años de ausencia de la zona endémica, y la mayoría de inmigrantes, sin percepción de ese riesgo, no consultan antes del viaje, no adoptan medidas preventivas y viajan en condiciones de mayor riesgo. Los centros de atención primaria y de consulta sanitaria previaje deberían implementar estrategias encaminadas a aumentar la captación de este colectivo para profilaxis adecuada.

COMUNICACIONES ORALES XXVIII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Inmigración y salud sexual reproductiva

O-183. PROMOCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES INMIGRADAS Y AUTÓCTONAS. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ENSAYO SIRIAN

E. Díez, S. Gómez, E. Cobo, J. Cortés, J.C. Oliva, L. Estruga, M. Foz, G. Pérez, R. Almirall, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Associació CEPS; CAP Manso; CAP Les Hortes; Universitat Politècnica de Catalunya; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: En Barcelona las tasas de interrupción voluntaria del embarazo y los embarazos no planificados son más elevadas entre las mujeres inmigradas. De acuerdo con un estudio cualitativo ad-hoc, las inmigradas demandan información sobre los métodos contraceptivos. Se estudia la efectividad de una intervención multicomponente y culturalmente sensible, dirigida a aumentar el conocimiento y el uso de contracepción pre y postcoital, así como el uso de los servicios de salud reproductiva.

Métodos: Ensayo controlado aleatorizado. Ámbito: dos barrios de Barcelona con alta proporción de inmigración. Datos analizados: de octubre 2006 a marzo 2008. Muestra estimada: 200 por grupo para detectar una diferencia del 15%, con $p = q = 0,5$ y 95% de confianza. Participantes: mujeres inmigradas y autóctonas de 17 a 49 años. Captación: centros sociales, de salud, entidades, escuelas y tiendas. Asignación: aleatoria con minimización según país de origen. Recogida de datos: entrevista con cuestionario. Variables principales: conocimiento y uso de contracepción pre y postcoital, y de los servicios de salud reproductiva. Plan: en grupo de intervención (GI), encuesta + intervención y, tres meses después, encuesta; en el grupo control (GC), encuesta y, tres meses después, encuesta + intervención. Intervención: entrevista a medida, de 30 minutos, con derivación

preferente a servicios de salud según criterios y facilitación de preservativos, píldoras o DIU gratuitos. Análisis: por intención de tratar, descriptivo, OR e IC.

Resultados: Se evalúan 237 mujeres. Se aleatorizan 189. Se asignan al GI 99 y al GC 90. Pérdidas: 3 en GI y 3 en GC. Grupos comparables respecto a edad, captación, país de nacimiento, educación, situación laboral, pareja, tarjeta sanitaria, padrón, conocimiento y uso del CAP y del centro de salud sexual y reproductiva, y conocimiento y uso de métodos contraceptivos. Con la intervención aumenta el conocimiento de métodos contraceptivos (OR: 14,7; IC: 4,3-50,5) y de anticoncepción postcoital (OR: 6,3; IC: 3,3-12,1), el uso de métodos se acerca a la significación (OR: 1,8; IC: 0,9-3,7) y el uso de servicios permanece estable (OR: 1,3; IC: 0,6-2,8). Aumenta el uso del DIU (OR: 5,0; IC: 1,1-23,5).

Conclusiones: Los resultados preliminares muestran que una intervención de consejo individualizado en mujeres autóctonas e inmigradas aumenta el conocimiento de los métodos contraceptivos pre y postcoitales y el uso de un método que se proporciona de forma gratuita.

Financiación. FIS 2005/2727.

O-184. FÁRMACOS COMO MÉTODO PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN MUJERES INMIGRANTES

D. Veracruz Quinto, D. Gil-González, C. Vives-Cases, et al

Master en Salud Pública. Universidad Miguel Hernández; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: De las 10.330 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) practicadas en la Comunidad Valenciana en el año 2006, sólo el 10,4% se realizaron en centros públicos. El 40% de las mujeres a las que se practicó la IVE fueron extranjeras, y de éstas, al 90% se les practicó en centros privados. El consumo de medicamentos que contienen agentes farmacológicos abortivos y son más económicos pueden ser utilizados para la IVE. Los objetivos de este estudio son: Describir la evolución de la inmigración femenina en la provincia de Alicante frente a la prescripción de fármacos que pueden ser utilizados para la IVE, analizar la magnitud de la prescripción privada de estos fármacos, y estudiar el uso por parte de la población inmigrante de la anticoncepción de emergencia.

Métodos: Estudio descriptivo sobre la evolución de la población inmigrante en la Provincia de Alicante y las prescripciones de Cyto-tec®, Artrotec®, Normulen® (con misoprostol), Methergin® (potente uterotónico), Norlevo®, Postinor® (anticoncepción de emergencia) y Neogynona® (su composición incluye al de la anticoncepción de emergencia), dispensados a mujeres españolas e inmigrantes y que pueden ser utilizados para la IVE. Fuentes de información consultadas: padrones municipales del INE, Oficina de Gestión de Abucasis de la Agencia Valenciana de Salud, Grupo Hefame (distribuidor de medicamentos y productos sanitarios), y aplicación de un cuestionario a los demandantes de éstos fármacos en 10 farmacias de la provincia.

Resultados: La población inmigrante no comunitaria se ha incrementado más de un 50% en la provincia entre 2005 y 2007. De las prescripciones realizadas a la población inmigrante respecto a los fármacos estudiados, el 40% pertenecen al fármaco Artrotec, que contiene misoprostol. La prescripción privada se equipara a las prescripciones financiadas por la sanidad pública. El 71,1% de las extranjeras, ante un 10,5% de las españolas, es usuaria de la especialidad Neogynona® frente a la anticoncepción de emergencia.

Conclusiones: Las prescripciones de estos fármacos aumentan con el incremento de la población de mujeres inmigrantes, principalmente de América Latina. Estos fármacos podrían estar siendo utilizados por la población inmigrante con menos recursos como método para

interrumpir embarazos no deseados, ya que tienen menor precio y son aplicados en otros países. Una prescripción privada estandarizada podría contribuir al seguimiento y control de los fármacos.

O-185. DESIGUALDADES EN EL ACCESO Y LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL EN MUJERES INMIGRANTES EN LA COMUNITAT VALENCIANA

R. Mas, C. Barona, A. Fullana, et al

Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. València.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha producido un incremento en el número y diversidad cultural de las mujeres atendidas en el programa de seguimiento del embarazo en la Comunitat Valenciana (CV). Nuestro objetivo es describir las desigualdades en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios en la atención prenatal de mujeres inmigrantes en la CV, así como explorar las necesidades y barreras percibidas tanto por los profesionales sanitarios como por las mujeres.

Métodos: Se ha utilizado metodología cuantitativa y cualitativa. Se analizó una muestra de 9.082 Hojas Resumen del Embarazo de 2007. Se trata de un registro específico cumplimentado por las matronas que recoge datos sociodemográficos y sanitarios de las gestantes. Las variables estudiadas han sido: edad gestacional en primera consulta, número de visitas de la matrona y obstetra, ecografías realizadas, educación para la maternidad/paternidad. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. De forma paralela, se hicieron 6 entrevistas semiestructuradas a informadores clave, 3 grupos focales con matronas y 4 con mujeres inmigrantes que habían tenido un hijo en la CV en los 2 últimos años. Las conversaciones fueron grabadas y transcritas. Se realizó un análisis del contenido del discurso.

Resultados: El 23,1% de las gestantes eran extranjeras y procedían mayoritariamente de Latinoamérica (33,5%), Europa del Este (28,9%) y Magreb (20,5%). Todas acceden más tarde al control del embarazo y reciben un menor número de consultas de matronas y obstetras, especialmente las mujeres de Europa del Este. La participación en sesiones de educación para la maternidad/paternidad es baja, sólo un 13,6% de las embarazadas magrebíes acceden a ella. Los profesionales sanitarios perciben las barreras lingüísticas y las dificultades en la comunicación como elemento distorsionador en la consulta. Asimismo, refieren un uso inadecuado de los distintos recursos y niveles asistenciales por parte de las gestantes y un incumplimiento en las pautas organizativas y terapéuticas. Del discurso de las mujeres se desprende que el acceso a la atención prenatal está condicionado por factores como la situación administrativa irregular y precariedad laboral, que dificulta la utilización de los circuitos habituales de asistencia, así como, por factores culturales como la no percepción de la necesidad del control de la gestación y las discrepancias con la oferta y organización del sistema sanitario de origen.

Conclusiones: La inequidad en el acceso a la atención sanitaria contribuye a perpetuar las desigualdades en salud. Es fundamental el análisis de los determinantes sociales de la salud y su integración en las intervenciones dirigidas a la reducción de desigualdades en salud perinatal.

O-186. DIFERENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y SOCIOCULTURALES ENTRE MUJERES AUTÓCTONAS E INMIGRANTES

J. García García, C. Pardo Serrano, D. Gil González, J. Gómez Rozalen, et al

Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM); Universidad de Alicante (UA).

Antecedentes/Objetivos: Los estudios sobre inmigración y atención obstétrica en España son escasos, reducidos a variables clínicas y con limitada evidencia. El objetivo es identificar diferencias socioepidemiológicas entre gestantes inmigrantes y autóctonas que dieron a luz en el Hospital Universitario de Albacete durante los meses de junio-septiembre de 2008.

Métodos: Estudio observacional, de ámbito hospitalario, a 426 mujeres, 213 inmigrantes (totalidad) y 213 autóctonas (seleccionadas por método sistemático). Fuentes de información: libro de partos, historia clínica y entrevista. Las variables estudiadas se dividen en sociodemográficas (ocupación de la mujer y pareja, tipo de familia, hábitos), gestacionales (patologías asociadas a embarazo, fórmula obstétrica), control de embarazo, del parto y variables neonatales (peso, apgar, ingreso neonatología, pH umbilical). Se llevó a cabo análisis multivariante con el fin de identificar el efecto neto de la variable nacionalidad en relación a la vitalidad del recién nacido, y controlar los posibles factores de confusión.

Resultados: La proporción de partos en mujeres inmigrantes se sitúa en el 21,9%, el 98,6% son procedentes de países de baja renta. En cuanto a la hay menos mujeres inmigrantes trabajando que autóctonas. De las que trabajan, el 78,9% lo hacen en ocupaciones no cualificadas. Si bien la mayoría de las parejas de las inmigrantes trabajan ocupan puestos no cualificados o semicualificados fundamentalmente a diferencia de las parejas de las autóctonas ($p < 0,000$). Hay más parejas mixtas en inmigrantes. La pareja tipo de convivencia familiar en las autóctonas es "pareja con hijos" (89,6%) frente al 56,6% en las inmigrantes. El 42,5% restante de inmigrantes convive en agrupaciones de más de un núcleo con personas emparentadas y no emparentadas. La vitalidad del neonato no aparece condicionada por la nacionalidad. No se han identificado diferencias en el peso ($p = 0,625$), ingreso en pediatría ($p = 0,626$), apgar ($p = 0,381$), pH umbilical (0,052) y prematuridad ($p = 0,075$) entre autóctonas e inmigrantes. Sí que aparecen diferencias en el control de la gestación y ecográfico así como en la captación precoz del embarazo, siendo menores en inmigrantes ($p < 0,000$). No se encuentran diferencias en ingresos previos ni consultas a urgencias, así como en patologías previas salvo en la hepatitis b, mayor en inmigrantes ($p = 0,036$).

Conclusiones: La nacionalidad de la madre no está relacionada con la vitalidad del recién nacido, únicamente la edad y la paridad, siendo las inmigrantes más jóvenes y múltiparas. Se confirma que los recursos económicos y condiciones de vivienda son peores en inmigrantes que autóctonas pero no se asocian con un peor proceso de embarazo y parto.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

O-187. FACTORES RELACIONADOS CON EL PESO AL NACER: UNA COMPARACIÓN ENTRE MADRES ESPAÑOLAS Y COLOMBIANAS

LI. González-Zapata, S.L. Restrepo Mesa, A. Estrada-Restrepo, A. Agudelo-Suarez, E. Ronda-Pérez, et al

Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquía-Colombia; Facultad de Odontología. Universidad de Antioquía-Colombia; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La inmigración y otros factores relacionados con el peso al nacer, constituyen un campo de interés en la salud pública, por su vinculación a la morbilidad y mortalidad. Una de las poblaciones con mayor presencia de mujeres en edad reproductiva en España es la colombiana. Se propone comparar el comportamiento de la variable peso al nacer entre mujeres españolas Vs colombianas residentes en España, 2001-2005.

Métodos: Estudio descriptivo. La fuente de datos procede del Boletín Estadístico de Nacimientos de España. Se incluyó el total de re-

cién nacidos de madres españolas ($n = 1.529.817$) y colombianas ($n = 17.456$) entre 2001 y 2005. La variable efecto fue el peso al nacer (bajo peso < 2.500 g, peso insuficiente 2.500-2.999, normal 3000-3999, macrosomía ≥ 4.000) y las explicativas: intervalo intergenésico ($< 24, \geq 24$ meses), edad materna ($\leq 18, 19-39, \geq 40$), número de hijos nacidos vivos (1, 2, 3, ≥ 4), profesión de la madre (no manual, manual, labores del hogar, otras), sexo (varón, mujer). El análisis incluyó porcentajes, prueba chi cuadrado, la estimación de OR y sus intervalos de confianza ($p < 0,05$). Se empleó el SPSS-16.

Resultados: El 90% de las madres tenían entre 19-39 años y más del 75% presentaron un intervalo intergenésico ≥ 24 meses. El 54,2% de las españolas realizaban labores no manuales y el 38,6% de las colombianas labores del hogar. Se halló una mayor prevalencia de bajo peso (bp) en españolas (Esp 3,4%; Col 2,1; OR = 1,89 IC95% 1,65-2,16), así como de peso insuficiente (pi) (Esp 21,8%; Col 16,5) y una mayor proporción de macrosomía en colombianas (Esp 5,2%; Col 8,0; $p = 0,000$). En las mujeres españolas con intervalo intergenésico < 24 meses, se presentó un mayor porcentaje de bp (Esp 3,2%; Col 2,1) y pi (Esp 21,7%; Col 17,5). En relación a la edad, un mayor riesgo de bp se evidenció para las mujeres > 40 años (OR = 1,12 IC95% 1,07-1,18). La prevalencia de bp y macrosomía presentó una relación directa con el número de hijos: 2 hijos (OR = 1,13), 3 (OR = 1,78) y ≥ 4 (OR = 1,69) ($p < 0,001$). Aunque las españolas con trabajos manuales tenían una mayor proporción de bp (Esp 3,6%; Col 2,9; OR = 1,14 IC95% 1,10-1,19), las demás ocupaciones no muestran diferencias con el peso al nacer. Las niñas de las madres españolas tenían mayor porcentaje de bp (Esp 4,1%; Col 2,7) y pi (Esp 25,6%; Col 19,6), la macrosomía fue mayor en los hijos de colombianas (Esp 6,9%; Col 10,2).

Conclusiones: Los recién nacidos de las madres españolas presentan mayor prevalencia de BP, lo que es compatible con el síndrome del inmigrante sano.

O-188. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LA INMIGRACIÓN

C. Pardo Serrano, J. García García, D. Gil González, et al

Universidad de Castilla-La Mancha; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Son escasos los estudios en España sobre las culturas socioprofesionales sanitarias como principales barreras en la interacción con inmigrantes. Objetivo: caracterizar las representaciones sociales de los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada que prestan atención en el embarazo, parto y puerperio respecto de los colectivos inmigrantes.

Métodos: Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas en un Área de Salud castellano-manchega (se omite el emplazamiento por deseo de los informantes) durante febrero-marzo de 2005. El guión incluía la percepción de la inmigración en el Servicio y en el contexto social cotidiano. Se seleccionaron ocho informantes por muestreo en bola de nieve: ginecólogo, supervisora, auxiliar de enfermería, dos matronas, un matrn, administrativa y trabajadora social. Variables tipológicas consideradas: género, experiencia profesional, categoría y ámbito laboral. El análisis inductivo-deductivo fue secuencial y de contenido en tres niveles interpretativos donde emergieron tres núcleos temáticos: Factores culturales, Factores sociales, Factores institucionales.

Resultados: Factores socioculturales: Se representa a los inmigrantes como sujetos colectivos uniformes, pobres y atrasados donde rumanos y marroquíes salen peor parados. La integración propuesta es la asimilación mediante la ocupación de los peores puestos de trabajo, y en la dicotomía trabajo subalterno/delincuencia se resuelve el estatus sociomoral del inmigrante y se justifican las políticas de control. A las inmigrantes se les atribuye un rol de víctimas, ignorantes y resignadas, sin proyectos propios y necesitadas de intervención externa. Las profesionales asumen solamente un rol subalterno en

las relaciones sociales cotidianas con hombres inmigrantes. Factores institucionales: Se representa a los inmigrantes como riesgo para la salud y para el funcionamiento institucional porque incumplen las normas que apenas se cuestionan. Se percibe un incremento importante en la demanda de estos colectivos, construida según el rol profesional, y del trabajo. Los profesionales consideran que responden adecuadamente a esta situación, si bien reconstruyen relaciones de poder autoritario-paternalistas sobretudo con mujeres inmigrantes. La lactancia materna se configura como un aspecto estigmatizante más para las inmigrantes que no pueden cumplir como "buenas madres".

Conclusiones: Los factores culturales, sociales e institucionales que configuran las representaciones sociales de los profesionales sanitarios se retroalimentan continuamente en una (re)construcción del inmigrante extracomunitario/económico como amenaza social y sanitaria donde las límites de las instituciones se transforman en las limitaciones de los inmigrantes.

COMUNICACIONES ORALES XXIX

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Promoción de salud en los centros educativos

O-189. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA SALUD Y ESCUELA EN LA REGIÓN SANITARIA BARCELONA

I. Vallverdú, I. Ruano, J. Armengol, C. Benet, M. Tella, R. Llausí, C. López, A. Guarga, C. Pijem, et al

Consorci Sanitari de Barcelona; CatSalut.

Antecedentes/Objetivos: El programa salud y escuela es un programa impulsado por las Consejerías de Salud y de Educación de Cataluña cuyo objetivo es mejorar la salud de los adolescentes a través de acciones de promoción de la salud, prevención de situaciones de riesgo y atención a problemas de salud relacionados preferentemente con la salud mental, la salud afectiva-sexual, el consumo de drogas, legales e ilegales y los trastornos de la alimentación mediante la implementación de una consulta abierta en los centros de secundaria, liderada por un profesional de enfermería perteneciente al equipo de atención primaria.

Métodos: Intervención implantada en 15 gobiernos territoriales de salud (GTS) y dirigida a la población de 3º y 4º de ESO (85.227 adolescentes) de 650 centros de secundaria públicos y concertados con la implicación de 365 profesionales de enfermería de 203 Equipos de atención primaria de salud. Las múltiples acciones se realizan con la participación y cooperación de los centros educativos, los servicios de salud, y los servicios comunitarios presentes en el territorio, elaborando protocolos de actuación conjunta con la finalidad de integrar las distintas actuaciones en un único proyecto.

Resultados: La consulta se ha implantado en el 89,2% de los centros ($n = 580$). Durante el curso 2007-2008 se atendieron 14.846 consultas de las cuales el 55,5% eran primeras consultas. El 72% de los adolescentes que consultaron eran chicas de 15 años pertenecientes a la Europa comunitaria (60%) y que acceden a la consulta por iniciativa propia. Los motivos más consultados hacen referencia a temas de sexualidad y afectividad, alimentación y drogas, destacando que este último tema es el más consultado por los varones adolescentes, a diferencia de los demás temas donde predominan las consultas femeninas.

Conclusiones: La implicación de todas las instituciones partícipes es la clave del éxito para el funcionamiento del programa. La presencia del profesional de enfermería de atención primaria en los centros

de secundaria facilita a los adolescentes la obtención de información y de orientación y en algunos casos derivación a centros especializados para la atención de problemas de salud o prevención de situaciones de riesgo.

O-190. COMEDORES SALUDABLES. ASESORÍA A COMEDORES ESCOLARES. LA EXPERIENCIA EN ANDALUCÍA

L. Morán Fagúndez, A. Rivera Torres, J.M. Rabat Restrepo, J.A. Irlés Rocamora, P. Serrano Aguayo, A. Esteban Gascón, P. Halcón Guardiola, R. Benítez Ávila, et al

Grupo comedores saludables SANCYD.

Antecedentes/Objetivos: Comedores Saludables es un servicio que se pone en marcha en septiembre de 2007, gracias a la colaboración de la Consejería de Salud, la Consejería de Educación, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD), en el marco del Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008. El objetivo general del servicio es promover una alimentación saludable en los comedores escolares, informando y asesorando a los centros sobre las bases para la elaboración de menús escolares equilibrados.

Métodos: La web www.comedoressaludables.org consta de dos apartados, uno de acceso público con información sobre alimentación y hábitos de vida saludables en la infancia y otros temas de interés. Además se facilita un menú tipo para población infantil y enlaces web de interés. El segundo apartado es de asesoramiento exclusivo a los centros educativos de Andalucía. Acceden a través de una clave que les permite realizar consultas on-line sobre la adecuación nutricional de los menús o cualquier tipo de duda relacionada con la alimentación del centro. Las consultas son respondidas por un equipo de dietistas-nutricionistas de la SANCYD apoyados por médicos especialistas en nutrición y bromatólogos.

Resultados: En el primer año, se han registrado un promedio de 80 visitas diarias con un total de 31.124 sesiones. 56 consultas, 57,1% referentes a revisión de menús y el 42,9% corresponde a consultas sobre alimentos, cantidades/tamaños de raciones y otros. Se han realizado 607 revisiones de menús correspondientes a 25 centros. Las deficiencias nutricionales más frecuentes se refieren a insuficiente consumo de verduras/hortalizas, frutas y pescado, excesivo consumo de fritos, precocinados/embutidos, así como poca variedad de alimentos con predominio de contenido proteico. La mayoría de las consultas fueron realizadas por centros de atención socioeducativa (57,1%).

Conclusiones: El sistema facilita una comunicación directa con los responsables de los comedores de los centros, permite detectar deficiencias nutricionales en los menús establecidos y corregirlas a través de la información y sugerencias que ofrecen profesionales cualificados. Aunque el número de visitas es bastante aceptable, no lo son tanto, las consultas y centros que han accedido al sistema de asesoría directa, a pesar de lo novedoso del proyecto que da un trato personalizado a cada consulta. Por lo tanto, para optimizar esta herramienta, sería conveniente seguir avanzando en su difusión para que un número mayor de centros se beneficie de este servicio y permita mejorar la calidad nutricional de los comedores escolares.

Financiación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Secretaría General de Salud Pública y Participación.

O-191. IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO “DESAYUNOS SALUDABLES” EN UN ÁREA DE MADRID

S. Sánchez Buenosdías, C. Solano Villarrubia, M. García Barquero, M. Cisneros Britto, E. Córdoba Deorador, E. Rodríguez Baena, et al

Salud Pública Área 1 y Gerencia de A.P. Área 1. D.G. Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Con el objetivo de consolidar el hábito del desayuno saludable entre la comunidad escolar, desde el año 2002 hasta la actualidad, se desarrolla en los colegios del área sanitaria 1 de Madrid el proyecto “Desayunos Saludables”. Éste se inició de forma local y debido a su éxito, en la actualidad es un proyecto que se desarrolla a nivel regional.

Métodos: El proyecto aglutina un conjunto de actividades en torno al desayuno saludable y a la alimentación en general, dirigidas al alumnado de educación primaria, que varían en función del ciclo; también cuenta con actividades dirigidas a familias y a profesorado. Estas actividades son desarrolladas por los Equipos de Atención Primaria (EAP) y por técnicos de salud de distintos ayuntamientos, contando con el apoyo e implicación del profesorado. La coordinación de las campañas en el área 1 se realiza a través del Servicio de Salud Pública y de la Gerencia de Atención Primaria, existiendo además una coordinación regional, en la que se implican otros organismos que apoyan con recursos materiales al proyecto. Las evaluaciones se llevan a cabo anualmente, atendiendo a criterios de cobertura, pertinencia y eficacia, utilizando indicadores cuantitativos y cualitativos. Además el diseño del proyecto se sometió a una evaluación ex ante y trianualmente se evalúa el impacto.

Resultados: En la campaña 2007-2008 se puso en marcha el proyecto en 88 colegios (60,2% de los colegios del área 1), participando un total de 8.657 alumnos de primaria y 2.116 familias. Todos los profesionales sanitarios y educativos consideran que las actividades son pertinentes y adecuadas en relación con objetivos, metodología y contenidos, y más del 95% de encuestados considera que se han desarrollado de forma “satisfactoria”. Además, tanto con el alumnado como con las familias se ha conseguido el objetivo relacionado con el aprendizaje de conocimientos. En lo referente al impacto, los datos de anteriores campañas indican que gracias al proyecto se incrementa el porcentaje de alumnos que desayunan a diario y también se mejoran otros aspectos del desayuno (tiempo que se dedica, etc.).

Conclusiones: Como indican los resultados, parece que este proyecto favorece la adquisición y mantenimiento del hábito del desayuno entre los escolares. Además, es muy bien aceptado entre profesionales sanitarios y educativos, los cuales consideran las actividades pertinentes y el desarrollo de las mismas lo valoran de forma satisfactoria. Por todo ello y añadiendo además el valor de la coordinación interinstitucional que el proyecto implica, se considera pertinente recomendar la continuidad y la expansión del mismo.

O-192. APORTACIÓN DE LOS PROFESIONALES AL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

C. López Alegría, A. Lozano Olivar, F. Martínez Moreno, M. González Ros, M.C. Jiménez Checa, F. Pérez Riquelme, J.J. Gutiérrez García, et al

Consejería de Sanidad y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: Conocer los factores que pueden o no favorecer el desarrollo de la educación para la salud (Eps) en la escuela, a fin de planificar acciones de sensibilización y captación, elegir modelos más eficaces y establecer prioridades. En definitiva determinar las necesidades, intereses, preocupaciones y motivaciones de los sectores de intervención.

Métodos: El estudio se ha desarrollado mediante la metodología Delphi en tres fases: establecimiento de los fundamentos del estudio, trabajo con el grupo de expertos para la resolución de los cuestionarios y el análisis de los resultados. La selección de expertos se realizó de acuerdo a 5 criterios (experiencia en relación a objetivos propuestos, multisectorialidad, multidisciplinariedad, áreas geográficas de la Región y escenarios de intervención) El 1º cuestionario consta de 9

preguntas abiertas, del que se generaron 89 ítems para las siguientes rondas. Sobre los resultados, se pidió el grado de acuerdo o desacuerdo, considerando unanimidad cuando el 100% de los encuestados mostraran su acuerdo con el ítem, el consenso cuando lo hicieran el 79-97% de los participantes, la mayoría cuando el acuerdo estuviera entre 66%-76% y discrepancia los porcentajes inferiores al 65%. Simultáneamente se pidió que establecieran un orden de prioridad sobre la importancia del problema o necesidad.

Resultados: Tras el análisis, los siguientes ítems obtuvieron al menos el grado de consenso y el nivel de prioridad alto: 1. Necesidad de un Centro de Recursos de referencia de EpS en la escuela 2. La existencia de partidas presupuestarias específicas facilitaría su reconocimiento como área de intervención prioritaria 3. La EpS depende del voluntarismo y motivación del profesorado 4. Se carece de coordinación institucional entre docentes y sanitarios 5. Preferencias por la formación en los propios centros de trabajo con equipos multidisciplinares 6. Evidencia del desinterés de los padres frente a su labor educativa y de que el sistema educativo ha de resolver todos los problemas sociales 7. Falta de cumplimiento de legislación vigente 8. Influencia negativa de la publicidad y los medios de comunicación de masas sobre los estilos de vida 9. Falta de continuidad de los programas de EpS que se inician en los centros.

Conclusiones: El estudio Delphi ha permitido profundizar en el análisis de la situación de la EpS en la Escuela, siendo de gran relevancia su aportación para el mismo porque ha identificado tendencias y revelado las expectativas de profesionales y sectores para los próximos años, así como la identificación de problemas, que permite la definición de objetivos para su desarrollo en el escenario escolar.

O-193. DIFERENCIAS ENTRE EL PROFESORADO, POR ETAPAS EDUCATIVAS, SOBRE EL PARADIGMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

C. Rico Verdú, F. Pérez-Riquelme, C. López Alegría, F. Martínez Moreno, A. Lozano Olivar, J.J. Gutiérrez García, et al

Consejería de Sanidad; Consejería de Educación.

Antecedentes/Objetivos: Conocer el alineamiento del profesorado de enseñanzas no universitarias con respecto al paradigma de educación para la salud (EpS) más aceptado actualmente: proceso planificado y sistemático de comunicación y enseñanza-aprendizaje, orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las de riesgo.

Métodos: Tras la revisión bibliográfica y a partir de una investigación con grupos focales se diseña un cuestionario solicitando el grado de acuerdo con los ítems, mediante una escala tipo Likert, validándose posteriormente en un estudio piloto. La unidad de análisis es el profesor de centros públicos; la muestra se calcula para un nivel de confianza del 95%. Se realiza un muestreo estratificado bietápico (nivel de enseñanza que se imparte y docentes del centro) y por conglomerados. Se realiza análisis descriptivo. Se agrupan las respuestas en acuerdo/desacuerdo y se analizan en función del nivel de enseñanza que imparte el profesor, utilizándose la χ^2 para valorar la relación entre variables.

Resultados: Respondieron 464 profesores, tasa respuesta 63%. Hay un alto grado de acuerdo con afirmaciones alineadas con el paradigma: no debe centrarse solo en los conceptos biológicos y de higiene sino potenciar la capacidad de elegir y de tomar de decisiones (90%); debe ser planificada y sistemática (92%); es un proceso de enseñanza-aprendizaje (89%); de comunicación verbal y no verbal (83%); promueve la adquisición de procedimientos y habilidades (88%) y en cuanto a metodología, debe impregnar todas las áreas y etapas educativas (79%); promover el aprendizaje de actitudes y valores relacionados con la salud (90%); motivar a los alumnos a

partir de lo cercano (91%) y la importancia del profesor como modelo (80%). Se encuentran diferencias significativas en función de la etapa educativa; entre el profesorado de infantil y primaria hay una mayor proporción de acuerdos con las afirmaciones alineadas con el paradigma en tanto que entre el de secundaria la proporción de acuerdos es menor, en general 60 y 40% respectivamente, situación que se invierte en los ítems que proponen que la función del profesorado es la formación académica y que la educación para la salud debe hacerse por los profesores y en asignaturas de Ciencias Naturales y Educación Física.

Conclusiones: Entre el profesorado de educación infantil y primaria hay un alto grado de acuerdo con las afirmaciones alineadas con el paradigma investigado, en tanto que entre el profesorado de secundaria hay un mayor nivel de acuerdo con los ítems que se distancian del mismo, relevante en la planificación y puesta en marcha de programas de EpS en la Escuela.

O-194. ROL DEL PROFESORADO Y DETERMINANTES DE SU IMPLICACIÓN EN PROGRAMAS PREVENTIVOS ESCOLARES

O. Juárez, P. Ramos, M. Pasarín, L. Egea, D. Malmusi, C. Ariza, E. Díez, A. Guitard, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; UD Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB.

Antecedentes/Objetivos: Cada vez es más importante que los docentes se impliquen en la prevención de problemas de salud propios de la adolescencia mediante la aplicación de programas de efectividad probada. Por eso queremos conocer la opinión del profesorado en relación a su rol en la prevención de conductas de riesgo e identificar los factores que favorecen o dificultan esta implicación.

Métodos: El estudio tuvo dos vertientes, A) una cuantitativa, con tutores/as de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de Barcelona ciudad (N = 1.933), mediante un cuestionario diseñado de novo; con variables como: tipo de centro (público, concertado o privado), realización previa de programas preventivos, factores favorecedores/barrera (falta de conocimientos, falta de tiempo, etc.) se compararon con la prueba de chi cuadrado las características de los tutores/as según fueran aplicadores (A) o no (NA) de programas preventivos con sus alumnos. B) una cualitativa, mediante grupos de discusión y entrevistas en profundidad a directores/as y tutores/as de centros de ESO. Las variables de segmentación de los grupos fueron también A, NA y cargo en la escuela. Se utiliza el Software Atlas Ti para el análisis.

Resultados: A) Respuesta del 25% (n = 491), sobrerepresentación de (A) (61% en muestra, 45% en población) y de centros concertados (68% muestra y 64% población). A y NA muestran acuerdo en que la escuela es un buen lugar para la Educación para la Salud (EpS), que el alumnado la necesita y que complementa la acción docente. El 23% de A y 31% de NA (p = 0,068) creen que el profesorado no debería intervenir. La falta de experiencia y el desconocimiento de contenidos a trabajar son más altos entre NA (60%); la falta de tiempo es percibida por el 88% de NA y el 65% de A (p < 0,001). B) Los participantes valoran los programas de la ASPB como herramienta eficaz; el aula es el lugar idóneo para hacer prevención, la implicación del profesorado imprescindible, es importante trabajar EpS en primaria y secundaria.

Conclusiones: A pesar de que los programas preventivos son valorados positivamente, la implicación del profesorado, considerada imprescindible, y el aula el lugar adecuado de intervención, cuestiones como la falta de tiempo o el desconocimiento de los programas dificultan su aplicación en los centros escolares.

Financiación. Financiación parcial: ayuda de la Federación Española de Municipios y Provincias.

COMUNICACIONES ORALES XXX

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Ciudadanos y agentes sociales: opiniones y compromisos con la salud

O-195. DAVID VENCE A GOLIAT. RETIRADA DE LA CAMPAÑA DE LA VACUNA DEL VPH POR AUTOCONTROL DE LA PUBLICIDAD

M. Martín Llaguno, C. Álvarez-Dardet, et al

Departamento de Comunicación y Psicología Social; Departamento de Enfermería Comunitaria y Salud Pública, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El 24/10/2007, en rueda de prensa se presentaba "Gardasil", "la primera vacuna para la prevención del cáncer de cuello de útero", "un hito en la historia de la medicina y para la Salud Pública". Era el inicio de la estrategia de promoción de una especialidad farmacéutica no publicitaria. Generar en la op un ciclo de interés y de preocupación sobre los peligros del cáncer del cuello de útero era imprescindible. Para ello, Sanofi, con la agencia Shackleton, pone en marcha dos acciones que facilitan la publicidad indirecta de su producto: "forma parte de la historia" y "cuéntaselo.org". La primera –"una campaña de concienciación de 6 sociedades científicas", orquestada con un mix de medios– persigue construir el monumento en el que los nombres de las 25.600 personas que hayan difundido la noticia de la aparición de la vacuna se grabarán. A partir de esta acción la vacunación con Gardasil aumenta un 556%. La segunda, Cuéntaselo.org, es una acción de concienciación que utiliza publicidad below (folletos, carteles) en centros sanitarios y una Web. El 11/11/2007 nace la plataforma de profesionales para la moratoria en la vacuna del VPH, que tiene, entre otros, el objetivo de paralizar las campañas de comunicación (engañosas por indirectas) sobre el tema.

Métodos: El 20/2/2008, la Asociación Dones de les Illes Balears per a la Salut presenta una querrela contra Sanofi por publicidad engañosa (por contenido y por la forma) no admitida a trámite. Ante la imposibilidad de paralizar las acciones del laboratorio por vía legal, el 1/6/2008 se presenta una reclamación ante Autocontrol en la que se acusa a SEGO y AEP de estar vulnerando la LSSI y el Código de Confianza on-line, por no indicar en su URL la razón y la propiedad del dominio. Previamente se había averiguado que Sanofi era el titular de cuéntaselo.es mientras que cuéntaselo.org, creada un par de días antes que su socios comercial, pertenecía Shackleton. A partir de la querrela de ADIBA, y para desvincular a Sanofi de la web de acción social se realizan 5 cambios de titularidad, que dan como resultado que el 1/06/2008 no aparece razón legal en cuéntaselo.org pero sí los logotipos de las asociaciones reclamadas.

Resultados: En menos de 15 días se recibe una notificación de Autocontrol en la que se indica que Sanofi Pasteur, anunciante al que no se había reclamado, decide dar de baja la Web "cuéntaselo.org".

Conclusiones: En este caso, el diseño de la intervención (por vía de la autorregulación y no por vía legal) fue el adecuado. Autocontrol de la Publicidad, garante de la buena salud de la comunicación comercial puede ser un aliado de la salud pública en España.

O-196. LOS AGENTES SOCIALES COMO FORMA INNOVADORA DE PREVENCIÓN. UNA EXPERIENCIA DE 12 AÑOS

F.J. Fernández, A. Ouaridi, S. Luque, M.I. Torres, S. Alba, E.M. Blanco, S. Sosa, et al

S.A.S. Unidad de Gestión Clínica Zona Norte, El Puerto de Santa María; S.A.S. Unidad de Gestión Clínica Montealegre, Jerez de la Frontera; S.A.S. Unidad de Gestión Clínica, Jerez Centro.

Antecedentes/Objetivos: Hace 12 años, intentamos comprender como es posible que no consiguiéramos modificar en el grado deseado, las desigualdades en salud, a pesar de tantos recursos en servicios sanitarios y sociales. Para conocer estas causas nos pusimos a trabajar codo a codo con todos los agentes sociales.

Métodos: Hemos asistido a 164 reuniones con políticos, técnicos, vecinos y ONGs en que se intentaba mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Hemos realizado una campaña publicitaria sobre salud pública en televisión, radio y autobuses de 4 años. Realizado 15 coloquios y talleres en un barrio pobre con los ítems necesarios para catalogarse de zona con necesidades de transformación social, priorizando a las personas con necesidades más graves y 12 en un barrio de clase media. 2 talleres de autoestima y 2 de alimentación en nuestros Centros. Un spot para la asociación del barrio pobre. Un mural con temas sociales que lleva 3 años. Se encuesta las personas que vieron los anuncios y se analizan las personas que asisten a las reuniones y talleres, se analiza las decisiones que se toman.

Resultados: El 53,1% de los encuestados recordaban los anuncios. El 95% recordaron los que salieron en televisión. Nunca se nombró alguna cita bibliográfica por los asistentes a las reuniones. Nunca asistieron personas por debajo del umbral de pobreza a nuestros talleres o coloquios a pesar de ir dirigidos a ellas. En el barrio pobre la asistencia fue de una media de 6 personas mientras que en la del barrio de clase media fue de 20. Entre diferentes ONGs y asociaciones no hubo colaboración. Las decisiones se toman por la fuerza de quien lo pide y no por las necesidades. Los dirigentes menos preparados pertenecían a asociaciones más pobres. En las reuniones hubo 3 licenciados. La intersectorialización brilló por su ausencia. El empoderamiento no se apoya. El absentismo escolar no se registra cuando el niño es muy conflictivo. Los profesionales piden más protección para enfrentarse a los problemas sociales. A nivel local no existen estudios de costo-eficiencia de los recursos sociales. Existen fallos en la coordinación entre diferentes concejalías. Existe miedo a que los ciudadanos conozcan resultados negativos, se ocultan y manipulan.

Conclusiones: Debemos aumentar el capital social. La formación no puede sustituir a la pobreza. Aumentar el nivel formativo y la intersectorialización de los líderes locales y sus técnicos. Aumentar la costo-eficiencia de las actuaciones sociosanitarias. Crear living lab sociales. El centro del sistema aún no es el ciudadano.

Financiación. Ayuntamientos de Rota y El Puerto de Santa María, S.A.S.

O-197. DECLARACIÓN Y COMPROMISO DE LOS PACIENTES POR LA SEGURIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

J.C. March Cerdá, M.A. Prieto Rodríguez, A. Ruiz Azarola, J. Casal Gómez, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Ministerio de Sanidad y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: En el marco de las políticas sobre Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud contenidas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud se plantea la necesidad de conocer las opiniones, expectativas y posicionamiento de expertos que son representantes de asociaciones de pacientes, asociaciones de consumidores y usuarios y defensores del pacientes de diferentes comunidades autónomas sobre este tema y sobre su participación en futuras acciones encaminadas a prevenir riesgos y proponer soluciones vinculadas a la Seguridad de Pacientes. El objetivo principal de esta comunicación es exponer el trabajo realizado para la consecución de un documento conjunto en el que el/la paciente toma un papel activo y adquiere compromisos consensuados en apoyo a la estrategia de "Pacientes por la seguridad de pacientes".

Métodos: Para la consecución del objetivo se utilizó una metodología cualitativa basada en las siguientes técnicas: 1. Un taller de trabajo en el que se realizaron las siguientes técnicas cualitativas:

Discusión en grupo, panel y técnica de grupo nominal adaptada (Utilizando las propuestas generadas en la tormenta de ideas, priorizarlas en función de criterios y valorar visualmente la implementación) para definir el modelo horizonte. 2. Generación de un informe de resultados 3. Revisión y consenso de resultados vía email 4. Creación de un documento conjunto en base a esos resultados. 5. Sesión de trabajo conjunta para Consenso y adscripción al documento.

Resultados: Los temas consensuados por el grupo de trabajo fueron: la seguridad como derecho; la Seguridad del Paciente como prioridad en las políticas y acciones del Sistema Nacional de Salud; la identificación, análisis y prevención de efectos adversos; mecanismos de notificación de efectos adversos, espacios limpios y seguros; tratamientos basados en la evidencia científica; recursos humanos y materiales; Además de ello, se realizó el compromiso expreso por parte de los paciente a: Participar en las iniciativas y programas encaminados a mejorar la Seguridad del Paciente; Colaborar en la definición de buenas prácticas, Notificar los incidentes que afecten a su Seguridad, Divulgar información que pueda contribuir a prevenir efectos adversos y minimizar los posibles riesgos para la salud en el transcurso de la atención sanitaria y finalmente, a Formarse y colaborar en la formación de profesionales y pacientes en Seguridad.

Conclusiones: La "Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud" se presentó en la III Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente el 14 de diciembre de 2007 en Madrid.

O-198. ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL BÁSICO A LA COMUNIDAD

F. Fabiani Rodríguez, J. Cuevas Paz, A. Caballero Oliver, et al
UGC Montequinto (Sevilla); Plan Andaluz de Urgencias.

Antecedentes/Objetivos: La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una causa importante de muerte en Europa. El tiempo medio entre la llamada al servicio de emergencias y su llegada oscila entre 8 y 10 minutos. Cada minuto sin soporte vital condiciona una drástica caída en la supervivencia de una PCR. El SVB efectuado por testigos puede triplicar la supervivencia en estos casos. El objetivo principal de esta experiencia es promover el entrenamiento en SVB de la población de nuestra zona básica de salud. El objetivo secundario es disminuir el grado de ansiedad en los colectivos diana (profesores, familiares de cardiopatas, cuerpos de seguridad) ante la posibilidad de presenciar una PCR.

Métodos: Se imparten cursos del Programa ESVAP (enseñanza de SV en atención primaria) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria por monitores de SVB que trabajan en la Unidad de Gestión Clínica de Montequinto (Sevilla). El curso es eminentemente práctico y tiene evaluaciones teóricas y prácticas. Mediante una encuesta de satisfacción se detectan las áreas de mejora de la actividad. A los 6 y a los 12 meses del curso se entrega un cuestionario para valorar la evolución de los conocimientos y de la aptitud a la hora de enfrentarse a una situación de emergencia. Entre los profesores se selecciona a un grupo de 5 por cada centro educativo para ser capacitados después como monitores de SVB (ESVAP) y que puedan instruir a todos los alumnos de sus centros. Se ha iniciado la formación del profesorado y la captación de los familiares de pacientes cardiopatas.

Resultados: La acogida ha sido buena: en el primer mes se han realizado los dos primeros cursos y se han solicitado otros cuatro. Los 27 alumnos formados han sido aptos en las evaluaciones prácticas y teóricas (nota media evaluación teórica: 8,74; máximo: 10; mínimo: 7). La satisfacción global de los alumnos con el curso ha sido de 94,96%. La satisfacción por áreas (de 1 a 4) fue: 3,55 en el cumplimiento de los objetivos; 3,89 en los contenidos; 3,88 en la metodología de las sesiones teóricas; 4 en la metodología de las sesiones prácticas; 3,48 en la documentación entregada, y 3,85 con el equipo docente. El apartado de observaciones fue utilizado por 18 de los

alumnos y las más repetidas fueron: la necesidad de repetir el curso con periodicidad (5), extender estos cursos a toda la población (3) y ampliar a otras situaciones de emergencia (2).

Conclusiones: En esta fase inicial del programa, todos los alumnos han superado las evaluaciones, se detecta una gran motivación para conocer estas técnicas y el grado de satisfacción es muy alto. Se pretende evaluar la evolución en los conocimientos a los 6 y 12 meses de la ejecución de la actividad formativa. Se promueve la extensión del entrenamiento en SVB de más personas (jóvenes) a través de los profesores.

O-199. DISCURSOS SOBRE SALUD EN LECTORES DE PRENSA DE MADRID

A. Ugarte, U. Cuesta, T. Menéndez, et al

Grupo de Comunicación y Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid; Facultad de Ciencias de la Información. Universidad Complutense de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La mejora de la comunicación con la sociedad es una de las cuestiones principales que tiene que afrontar el movimiento salubrista español en un momento en el que políticamente se ha llegado a poner en cuestión la propia función de salud pública. Un elemento clave para abordar con posibilidades de éxito la tarea comunicativa pendiente es el estudio del discurso ciudadano en torno a la salud. Solo conociendo los intereses y las actitudes de la población en torno a la salud se podrán construir, adaptar y trasladar mensajes socialmente visibles y creíbles que contribuyan a la inclusión de la salud pública en la agenda de las cuestiones públicas relevantes.

Métodos: Para el estudio del discurso social sobre salud se eligió el método cualitativo de grupos de discusión. Se convocaron 4 grupos de entre 8 y 12 miembros cada uno entre los lectores de prensa de Madrid. Cada grupo fue representativo de un público objetivo distinto: jóvenes hasta 25 años; adultos entre 25 y 55 años; recién jubilados entre 60 y 70 años y, por último población inmigrante adulta. Se segmentó la selección de los integrantes de los grupos según dos criterios. Primero, que la mitad de los miembros de cada grupo fueran lectores asiduos de la prensa generalista de pago y la otra mitad, de la prensa generalista gratuita y, segundo, la presencia paritaria de hombres y mujeres en cada grupo. Los grupos fueron dirigidos por un especialista en dinámica de grupos y en psicología social y las discusiones se grabaron en audio y vídeo para su posterior estudio y análisis.

Resultados: En términos de discurso social, muchos individuos aspiran a que los periódicos publiquen asuntos que les afectan por su edad y experiencia vital, lo que está relacionado con la aparición de respuestas como "ocupar el tiempo libre" en el caso de los jubilados; "higiene y control de los alimentos en los bares" o "medicina natural" en el grupo de inmigrantes; o "primeros auxilios" en el grupo de adultos. Si aislamos las respuestas heterogéneas, hay dos grupos de asuntos bien identificados en los intereses comunes a todos los grupos. Uno, la "prevención y educación sanitaria" (prevención del consumo en jóvenes de drogas, alcohol y tabaco; nutrición saludable y ejercicio, vida sana) y un segundo conglomerado de asuntos ligados a la "asistencia sanitaria y sus problemas".

Conclusiones: La adaptación del mensaje comunicativo a estas características e intereses aumentaría la visibilidad y presencia de la función de la salud pública en sociedad madrileña.

O-200. OPINIONES DE LOS JÓVENES SOBRE SU SALUD Y SU SALUD MENTAL EN HUELVA SEGÚN EL MODELO DE ACTIVOS

B.R. Botello Díaz, M. Hernán García, et al

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El Modelo de Activos (Assets Model) puede relacionarse con la salud mental de los jóvenes desde dos perspectivas: la perspectiva interior al propio joven identificando para ellos la capacidad social, la habilidad de resistencia, el compromiso hacia el aprendizaje, los valores positivos, la autoestima y el sentido de propósito y, la perspectiva exterior al propio joven con el apoyo recibido (familia y amigos), la valoración de la juventud por parte de la comunidad, el comportamiento hacia los jóvenes y el uso constructivo del tiempo. El presente estudio pretende conocer la opinión que tienen los jóvenes en Huelva sobre la salud y la salud mental positiva, explorando los factores que realzan las capacidades de los jóvenes mediante el Modelo de Activos.

Métodos: Estudio cualitativo basado en grupos focales (2), grupos triangulares (3) y entrevistas semiestructuradas (4). El estudio se realizó en Huelva durante los meses de junio a septiembre de 2008. Los sujetos del estudio fueron jóvenes de 18 a 20 años. La información se ha analizado mediante análisis de contenido apoyado en el programa Nudist-Vivo versión 1.1. Las dimensiones de análisis han sido las del Modelo de Activos (planteadas por Scales y Benson del Search Institute).

Resultados: Los jóvenes consultados expresan un concepto de salud amplio desde una perspectiva física, psíquica, social y ambiental. Opinan que para alcanzar la salud mental los factores principales a nivel de la comunidad son la amistad y el apoyo recibido. La ayuda ante las dificultades se focaliza en los amigos, la familia y los especialistas, estos últimos en menor medida. Los factores principales a nivel del individuo son el conocimiento de sí mismo y el afrontamiento ante los problemas. La configuración de activos específicos, como la habilidad de resistencia, es entendida por los jóvenes como defensa de sus convicciones. Otro activo específico, como la valoración de los jóvenes por parte de la comunidad, es identificado con la incompreensión hacia el colectivo juvenil.

Conclusiones: Explorar la situación de los jóvenes españoles desde la perspectiva de activos para intentar adaptar transversalmente el modelo. Futuros estudios deberían explorar cómo se articula la habilidad de resistencia en el grupo de iguales. Además sería interesante conocer las visiones de padres, profesionales que trabajan con jóvenes y otros expertos sobre cómo valoran a los jóvenes para relacionarlo con la percepción de estos.

COMUNICACIONES ORALES XXXI

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Tecnologías de la comunicación y gestión del conocimiento

O-201. NODOS VIRTUALES DE INTERCAMBIO DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA: DOS EXPERIENCIAS PRÁCTICAS INNOVADORAS

J.F. García Gutiérrez, J. Jiménez Pernet, P. Martínez Cabrero, J.B. Jardines, R.M. Borrell, Ch. Godue, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud OPS-PAHO.

Antecedentes/Objetivos: La importancia de las áreas tradicionales de la salud pública (SP) (epidemiología, bioestadística, control de enfermedades, salud medioambiental, ciencias sociales y gestión de servicios sanitarios) es indiscutible. Sin embargo, de cara al futuro se precisa desarrollar competencias en otras 8 áreas prioritarias: informática, genómica, ética, comunicación, multiculturalidad, nuevos formatos de investigación, salud global, legislación y políticas sani-

tarias. Para muchas instituciones de salud pública (ISP) este marco ampliado resulta prácticamente inabarcable.

Métodos: En la era de la Web 2.0, las ISP deberían potenciar nuevas formas de colaboración científica y educativa, y desarrollar de forma conjunta innovaciones en investigación, docencia y prestación de servicios. Los nodos virtuales de intercambio del conocimiento (NVIC) –que conectan el trabajo de diferentes ISP a través de Internet y de herramientas Web 2.0– se han convertido en una interesante opción. Desde la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) quisiéramos compartir dos experiencias innovadoras y exitosas en las que estamos participando.

Resultados: Campus Virtual de Salud Pública de las Américas – CVSP (www.campusvirtualsp.org). Una iniciativa con base en Internet coordinada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con la colaboración de nodos en 9 países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, España, México y Perú) que cuenta con la participación de más de 50 ISP. Esta red mantiene un nodo central a través de canales RSS y se ha diseñado para compartir cursos, objetos de aprendizaje, materiales educativos, proyectos de investigación y otros recursos bajo licencias Creative Commons (CC). Buenas Prácticas Docentes en Salud Pública (campus.easp.es/bpd). Un portal inicialmente diseñado por el EASP para promover el intercambio de experiencias educativas en salud pública, que se incorporará al CVSP en Enero 2009. Incluye un banco de buenas prácticas docentes, una base de datos con más de 250 documentos evaluados críticamente sobre metodologías de aprendizaje en ciencias de la salud y una comunidad virtual.

Conclusiones: Enfrentarse con éxito a los complejos retos sanitarios del siglo XXI dependerá, en gran parte, de la relevancia y de la calidad de la formación y capacitación en salud pública a nivel mundial. Para ello, las ISP necesitan crear formas diferentes de relacionarse entre sí y fomentar una cultura global colaborativa. Los NVIC podrían servir para potenciar la creación y el intercambio de nuevos conocimientos en SP usando las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación.

Financiación. Junta de Andalucía Consejería de Salud Consejería de Innovación.

O-202. OBSERVATORIO DE PRÁCTICAS INNOVADORAS PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (WWW.OPIMEC.ORG)

A. Jadad, E. Peinado, M.T. Gijón, F. Martos, J. Venegas, D. Gosálvez, A. Contreras, A. López, A. Cabrera, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Dirección General Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías, Consejería de Salud; Universidad de Toronto, Canadá; Hospital Costa del Sol, Málaga.

Antecedentes/Objetivos: La OMS prevé para el 2020 que las enfermedades crónicas serán responsables del 73% de las muertes y del 60% de la carga de enfermedad. Actualmente no existen iniciativas para la identificación e intercambio de información sobre experiencias en Gestión de Enfermedades Crónicas Complejas. Por esta razón, la Dirección General de Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías de la Junta de Andalucía puso en marcha el “Observatorio de Prácticas Innovadoras para el Manejo de Enfermedades Crónicas” (www.opimec.org), con los objetivos de identificar y dar a conocer prácticas innovadoras en la Gestión de las Enfermedades Crónicas y de promover espacios de colaboración que permitan intercambiar información, crear conocimiento y establecer alianzas entre profesionales.

Métodos: Opimec utiliza metodologías basadas en el desarrollo de redes sociales, la gestión del conocimiento abierto y en herramientas de software libre.

Resultados: Algunos resultados son: – Consejo Asesor Internacional: orienta y asesora a Opimec en el desarrollo de su actividad.

– Plataforma web 2.0 (www.opimec.org): identifica y comunica conocimiento relacionado con enfermedades crónicas y promueve su generación a través de la colaboración. – Glosario global: actúa como lenguaje común para apoyar la identificación, selección, clasificación e implementación de prácticas innovadoras. – Directorio y mapa de innovaciones: recoge información y localiza geográficamente prácticas y organizaciones relacionadas con la gestión de enfermedades crónicas. – Comunidades Opimec que desarrollan 10 líneas claves: fragilidad, pluripatología y complejidad; modelos de gestión; evaluación de un índice/escala de complejidad; predicción del deterioro funcional; coordinación/implantación del proceso atención al paciente pluripatológico y complejo; prevención de la readmisión de pacientes; modelo de cuidados paliativos; reconocimiento y apoyo a personas cuidadoras; formación de pacientes; implicaciones políticas y socioeconómicas. – Establecimiento de alianzas con y entre organizaciones y personas. – Participación en encuentros nacionales e internacionales.

Conclusiones: Opimec está en el camino de ser un referente de promoción de conocimiento, innovación y desarrollo de prácticas que faciliten la mejora de la prevención, comunicación, tratamiento y continuidad en la atención a los problemas crónicos de salud de la población.

O-203. ANDALUCÍA ES SALUD: UNA EXPERIENCIA DE COMUNICACIÓN INTERNA EN SALUD PÚBLICA

M. Padial, J. Rodríguez, M. Ruiz, C. Torró, et al

Consejería de Salud; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de esta experiencia es crear un espacio para la comunicación y la participación de los profesionales que trabajan en salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Con este propósito, Andalucía es Salud (www.andaluciaessalud.es) nace el 14 de noviembre de 2007 editada por la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud.

Métodos: Andalucía es salud es una revista electrónica. Su puesta en marcha se desarrolló en tres fases. Primero se elaboró la estructura de contenidos, el diseño gráfico, la programación informática y la organización de las fuentes de información, principalmente, los servicios dependientes de la Secretaría General de Salud Pública y Participación a nivel central y provincial, profesionales del sistema sanitario público andaluz, organizaciones profesionales y tejido asociativo relacionados con la salud pública. En una segunda fase, este boletín digital se comenzó a distribuir semanalmente a más de 200 profesionales que trabajan en Andalucía en epidemiología, salud ambiental, seguridad alimentaria, prevención, promoción de la salud y participación, del ámbito provincial y autonómico. En una tercera fase esta experiencia se ha extendido a 6.450 profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Resultados: En el primer año de andadura 6.481 profesionales se han incorporado a la lista de distribución por correo electrónico (andaluciaessalud.csalud@juntadeandalucia.es), sin que se hayan producido bajas en la suscripción. Se han editado más de 300 noticias relacionadas con distintos aspectos de la Salud Pública. Los contenidos abarcan desde estrategias principales como la salud en todas las políticas, la evaluación de impacto en salud, la reducción de desigualdades en salud, los determinantes sociales de la salud y el enfoque de la perspectiva de género, hasta líneas más concretas de trabajo desarrolladas en Andalucía como la atención temprana, la promoción de la salud en el lugar de trabajo, la formación en materia de vacunas, los sistemas de autocontrol de alimentos, la atención al tabaquismo, la protección de la salud frente al cambio climático, la accidentabilidad, la salud mental, etcétera. En cada número se publican un tema central en portada, noticias breves, una agenda y webs relacionadas con la portada, además de herramientas, recursos, páginas web, do-

cumentos de interés e incluso fotografías y vídeos relacionados, que los lectores de Andalucía es Salud pueden descargarse a través del sitio web www.andaluciaessalud.es.

Conclusiones: Establecer espacios de comunicación interna es muy necesario para hacer visible la Salud Pública entre profesionales de la salud, dado que este hueco informativo no es cubierto en ocasiones por las vías de comunicación interprofesional.

O-204. BÚSQUEDAS SOBRE SALUD EN INTERNET

J. García León, I. Vicente, G. López Ibáñez, M. Bernal González, V. González Andrés, C. Méndez Martínez, E. Puerto Segura, L. Iváñez Gimeno, M. Ruiz Ramos, et al

DG Innovación Sanitaria Sistemas y Tecnologías; Consejería de Salud; Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es identificar los términos más buscados en Internet, los más asociados a salud, los realizados sobre los principales problemas de salud y el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Métodos: Se ha hecho un análisis de las búsquedas realizadas en España y Andalucía a través del buscador Google en el periodo 2004-2008 utilizando el programa Google Insights for Search que calcula una razón entre el número de veces que se ha buscado un término de búsqueda respecto al total de búsquedas realizadas en ese ámbito territorial y temporal.

Resultados: Las búsquedas más frecuentes y de mayor crecimiento en el tiempo se refieren a redes sociales, destacándose en primer lugar Youtube. La importancia relativa de las búsquedas sobre salud es cada vez menor. Los problemas de salud sobre los que hay más búsquedas, son por este orden: cáncer, accidentes, cardiovasculares, diabetes, salud mental, problemas osteoarticulares, obesidad y asma. Las búsquedas sobre el Sistema Sanitario Público de Andalucía presentan el siguiente orden decreciente: SAS, Consejería de Salud, Hospital de Poniente, EASP, Fundación IAVANTE, Hospital Alto Guadalquivir, EPES, Agencia de Calidad Sanitaria, Hospital Costa del Sol, Fundación Progreso y Salud, Cabimer y Faisem. Las búsquedas en los portales institucionales sanitarios se asocian a la prestación de servicios específicos más que a la obtención de información sanitaria, destacándose el impacto del aumento de la oferta de servicios en Internet del Sistema Sanitario Público de Andalucía en 2005 y el importante incremento de las búsquedas sobre Salud Responde. Se observa un fuerte impacto en el volumen de búsquedas del tratamiento mediático de ciertos temas como gripe o testamento vital.

Conclusiones: Sería útil que las instituciones públicas difundan información en Youtube y otras redes sociales además de en sus portales institucionales. En los portales institucionales se buscan servicios pero no información sobre problemas de salud específicos. Las búsquedas sobre temas de salud están fuertemente influenciadas por el tratamiento mediático de estos temas. SAS es el término asociado a la salud más buscado en Andalucía, siendo Salud Responde el término de búsqueda de mayor crecimiento.

O-205. CALIDAD DE LOS SITIOS WEB SOBRE SALUD, ADOLESCENTES Y JÓVENES, EN WWW.FORMAJOVEN.ORG

C. Lineros González, R. Carrasco Campos, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Internet, como herramienta de información y comunicación posee un gran potencial para la difusión del conocimiento biomédico. Son los jóvenes y adolescentes los que más utilizan este medio, por lo que la red se convierte en un importante pilar para la promoción de la salud. El objetivo de este estudio es

disponer de una guía para la evaluación de la calidad de contenido y diseño de esta información en las webs dirigidas a adolescentes y jóvenes, así como definir un listado de sitios accesible a los/as profesionales.

Métodos: Se han seleccionado por consulta a 24 profesionales y a través de una búsqueda en Internet realizada por palabras claves (web + adolescentes + salud), un listado de páginas web dirigidas a este colectivo. A través de una revisión bibliográfica y entrevistas a expertos se eligieron criterios que permiten la evaluación de calidad de contenido. Estos criterios han servido para la elaboración de un cuestionario que recoge las siguientes dimensiones de análisis: autoría, accesibilidad, política de privacidad, fiabilidad de la fuente, calidad de la información, comprensibilidad de los contenidos y adaptación a la población, utilidad, diseño, actualización y referencias a fuentes, medición de la popularidad por enlaces, pagerank, presencia de sellos de calidad y adecuación de los contenidos al contexto del usuario. Este cuestionario fue aplicado por dos evaluadores independientes. Se puntuó cada criterio en función de si lo cumplían o no, y se seleccionaron sólo los que obtenían puntuación positiva del 50% de criterios.

Resultados: Se dispone de una guía para la evaluación de la calidad de sitios web de salud dirigida a adolescentes y jóvenes, y de un listado de 61 web validadas con este instrumento dirigido a adolescentes y jóvenes.

Conclusiones: Se ha observado que 3 de cada 10 no cumplían más de la mitad de criterios de calidad, por lo que han sido eliminadas del listado preliminar. Disponer de una guía para la valoración de los sitios ha generado una información que ha permitido explorar dificultades de acceso por este colectivo a la información sobre salud disponible en la red. Esta herramienta se hace accesible en la plataforma de FormaJoven, una estrategia de actuación intersectorial ante los problemas de salud de adolescentes y jóvenes, que consiste en acercar a los espacios frecuentados por adolescentes y jóvenes asesorías de información y formación, atendidas por un equipo de profesionales.

O-206. LA TERAPIA HORMONAL EN LA WEB: ATINOS Y DESATINOS

E. Chilet-Rosell, M.T. Ruiz-Cantero, M. Carrasco-Portiño, M. Martín-Llaguno, J.L. Terrón, et al

Grupo de investigación de Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBERESP; Área de Comunicación Audiovisual y Publicidad. Universidad de Alicante; Área de Comunicación Audiovisual y Publicidad. Universidad Autónoma de Barcelona.; Observatorio de Comunicación y Salud (InCom-UAB).

Antecedentes/Objetivos: Una de las estrategias de marketing de fármacos es la promoción de sentimientos de enfermedad (Diseases Mongering) mediante la asimilación de riesgos a enfermedades. Este es el caso de la osteoporosis. Otra estrategia consiste en transformar en patológicos procesos vitales normales, como la menopausia. Tanto para la osteoporosis como para la menopausia se han prescrito terapias hormonales (TH) que han tenido como consecuencia el padecimiento de enfermedades reales. La comunicación sobre fármacos se ha convertido en un elemento nuclear para la "diseases mongering" Objetivo: Analizar los contenidos en Internet de los fármacos más vendidos en la actualidad para las TH.

Métodos: Búsqueda en Google (Septiembre, 2008) del nombre de los fármacos de TH de mayor venta nacional (8 fármacos) e internacional (12 fármacos). Revisión de las Web (n = 143, 18 de Compañías farmacéuticas) que aparecían en la primera pantalla del buscador. Recogida de información sobre las Web seleccionadas mediante un protocolo basado en la Ley del Medicamento y el Código de Farmaindustria.

Resultados: De las 10 Web que se dedican a la venta directa, 9 lo hacen sin prescripción. El 75% de las web no diferencian la información para pacientes y profesionales (5 de ellas de compañías farmacéuticas). Sólo 10 Web aportan referencias bibliográficas (1 de compañía farmacéutica). En 69 web no es posible conocer la autoría. La información de la ficha técnica (características del fármaco) es bastante completa (especialmente la de las compañías farmacéuticas), pero se han detectado 70 errores (en 45 web) de indicaciones que no se corresponden con los usos terapéuticos para los que el fármaco obtuvo la autorización de comercialización. La indicación de TH para la prevención de la osteoporosis aún sigue reflejada en 35 de las Web examinadas: 12 de venta en España y 23 fuera de España. Otros errores de prescripción de TH identificados: prevención de riesgos cardiovasculares, tratamiento de la disfunción sexual femenina, alivio de síntomas psicológicos, como anticonceptivo y para tratamiento de infertilidad.

Conclusiones: Las Web de TH contienen errores en las indicaciones, como es el caso de la prevención de osteoporosis (indicación retirada en enero del 2004 por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y deben ser mejorados en base a la evidencia científica.

Financiación. Instituto de la Mujer.

COMUNICACIONES ORALES XXXII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Estudios sobre uso de medicamentos y sus efectos

O-207. VARIABILIDAD EN CONSUMO DE FÁRMACOS EN POBLACIÓN MAYOR

T. Martínez, E. Rubio, R. Magallón, A. Lázaro, et al

Universidad de Zaragoza; IACS.

Antecedentes/Objetivos: El envejecimiento conlleva un aumento de enfermedades crónicas, asociada a un elevado consumo farmacológico. Además, la variabilidad de consumo es amplia en función de la morbilidad, actividad, dependencia, etc. La utilidad de una herramienta para analizar esta variabilidad, ayudaría a conocer mejor estos factores, facilitar estudios epidemiológicos y proponer mejoras. Objetivo: 1. Conocer el perfil de usuario y consumo de medicamentos en una población mayor de 65, activa socialmente. 2. Valorar la utilidad de una escala como agrupador y modelo explicativo de la varianza del consumo de fármacos en dicha población.

Métodos: Estudio transversal. Población objeto: 53.632 personas. Tamaño muestral: 380, por muestreo bietápico (nivel de confianza: 95%; potencia 90%). Variables: Universales. Cuestionario OARS validado y adaptado, mediante entrevista personal. Los medicamentos consumidos han sido analizados de forma independiente y agrupados. Análisis estadístico: chi-cuadrado. Análisis factorial y regresión logística para definir "grupos de medicamentos consumidos". Nivel de significación: $p < 0,05$.

Resultados: Perfil: mujeres (55%), menores de 75 años (52,3%) casados/pareja y viudos por igual (43,4 y 43,7 respectivamente), sin estudios (61%); perciben estado de salud bueno (63,6%), padecen de media 3,28 enfermedades crónicas y consumen 3,27 medicamentos diarios. El 41% es policonsumidora. Medicamentos más consumidos: HTA (36,1%), circulación (33%), artritis (31,8%) y dolor (30,7%). En el policonsumo influyen: padecer más de tres enfermedades (OR = 8,6 IC = 4,7-16,8), regular-mala salud percibida (OR = 3,4 IC = 2,0-5,8) y ser mujer (OR = 1,7 IC = 1,0-2,9). Por grupos de fármacos en función

del sexo, destaca la razón Hombre/Mujer para tratamiento de angina de pecho es 2,5/1 ($p < 0,001$); el resto de tratamientos son más consumidos por mujeres. Los de menores estudios consumen más, sobre todo para: artritis ($p < 0,001$), insuficiencia cardiaca ($p < 0,001$), circulación ($p < 0,05$), inductores al sueño ($p < 0,05$) y estreñimiento ($p < 0,05$). El análisis factorial de los 18 grupos de medicamentos, obtiene una agrupación de 7 factores o patrones de consumo, que explican el 54,42% de la varianza total.

Conclusiones: 1. Perfil de población activa socialmente: padecen 3,28 enfermedades crónicas y consumen 3,27 medicamentos diarios. El 41% es policonsumidora. 2. Consumen más las mujeres, los de nivel de estudios más bajo, y los que perciben peor estado de salud. Hay variabilidad en cuanto a grupos de fármacos en función del sexo. 3. De los 18 grupos de fármacos, se han evidenciado 7 patrones que explican el 54% de la variabilidad de consumo y que puede constituir una herramienta sencilla y manejable en los estudios epidemiológicos y farmacológicos.

Financiación. Diputación General de Aragón Proyecto S42.

O-208. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN POBLACIÓN ADULTA DE ARAGÓN

P. Carrera, M.C. Martos, M. Esteban, F. Arribas, J.M. Abad, M.J. Rabanaque, et al

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: El gasto farmacéutico presenta una tendencia creciente en Aragón. Según la OMS el uso racional de fármacos implica que los pacientes reciban los medicamentos adecuados, con las dosis precisas y durante el tiempo apropiado. El objetivo es analizar la evolución del patrón de consumo de medicamentos con receta, automedicación y productos de medicina alternativa, en los años 2003-2006, en la población no institucionalizada, residente en Aragón, e identificar factores asociados.

Métodos: Estudio transversal en el que se obtuvieron los datos para mayores de 15 años de las Encuestas Nacionales de Salud de 2003 y 2006. Se analiza, el consumo de medicamentos en las 2 semanas previas a la entrevista para el año 2006 y la evolución en el consumo entre 2003 y 2006. Se estudia la posible relación del consumo de fármacos con variables sociodemográficas, estado de salud, morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios y hábitos de vida. Se aplican modelos de regresión logística y se estiman las odds de prevalencias y sus intervalos de confianza al 95%, la bondad de ajuste se valora mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow.

Resultados: En el año 2006 el 69,6% de los entrevistados consumió uno o más medicamentos y sólo en un 58,5% de los casos todo lo consumido había sido recetado. El consumo total de medicamentos se incrementó en un 7,6% respecto a 2003, mientras que el porcentaje de automedicación descendió ligeramente. El incremento más destacado se produjo en el grupo de edad 25-34 años: de 37,8% en 2003 a 53,5% en 2006. Los que consideran tener un estado de salud bueno aumentan su consumo en un 8%. Los medicamentos más frecuentemente consumidos con receta, en ambos años, fueron los indicados para la tensión (19%-36%). Los más frecuentes sin receta fueron para el catarro (excepto los antibióticos) y para el dolor. El consumo de medicamentos con receta fue mayor en 2006 OR = 1,30 (IC95%: 1,03-1,65), aumenta con la edad y cuando empeora el estado de salud percibido. También fue mayor en mujeres OR = 1,41 (IC95%: 1,19-1,68), en los que han requerido el servicio de urgencias o han tenido una enfermedad limitante en el último año, en los que han visitado al médico en las últimas dos semanas, en los que no fuman y en los que perciben tener sobrepeso OR = 1,33 (IC95%: 1,12-1,59). De los 2700 encuestados, 112 (4,1%) consumieron productos de medicina alternativa, sólo un 2,9% lo hizo en 2003.

Conclusiones: El porcentaje de consumo en población mayor de 15 años en Aragón es alto en 2003 (62%) y, todavía mayor en 2006 (69,6%). Destaca este incremento en los fármacos con receta.

Financiación. Proyecto ICS08/0207.

O-209. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA EL ALZHEIMER

I. Villar-Fernández, L. Bjerrum, C. Feja, M.J. Rabanaque, et al

Servicio de Farmacia, Hospital Miguel Servet; Research Unit of General Practice, University of Southern Denmark; Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer (EA) es un problema creciente dado el envejecimiento poblacional. Además de los fármacos específicos (inhibidores de colinesterasa -IC- y memantina), estos pacientes reciben otros tratamientos para la EA y para el resto de sus patologías. Se pretende analizar el grado de polifarmacia y potenciales interacciones en pacientes con tratamiento específico para la EA.

Métodos: Estudio descriptivo sobre consumo extrahospitalario de fármacos específicos para la EA (donepezilo, rivastigmina, galantamina y memantina) en Aragón, durante 2004. Los datos procedieron de las recetas facturadas por las oficinas de farmacia al Sistema Aragonés de Salud. Se analizó la existencia de polifarmacia y potenciales interacciones farmacológicas en los pacientes con tratamiento específico para la EA. Para detectar simultaneidad de fármacos en el tiempo se consideró que el consumo de cada uno se iniciaba el mes de su primera dispensación registrada en 2004, y se estimó la duración de tratamiento asumiendo la toma diaria de una DDD. El análisis de polifarmacia e interacciones se realizó por bloques mensuales con los fármacos dispensados en ese mes y aquellos dispensados en meses previos cuya duración calculada se solapase. Para el análisis de polifarmacia se tuvo en cuenta el máximo detectado en los 12 meses. Para identificar los pares de fármacos con interacción se utilizó la Hansten and Horn's Drug Interactions & Updates Quarterly, y las interacciones se clasificaron de acuerdo a la clasificación propuesta por Hansten and Horn.

Resultados: Se identificaron 5.168 pacientes con tratamiento específico para la EA en 2004. Los resultados de polifarmacia fueron: 1.098 pacientes con 1-4 fármacos, 2.841 con 5-9 fármacos, 1.229 con 10 o más fármacos. Se detectaron 1.618 interacciones que afectaron a 1.250 pacientes. En cuanto a la gravedad por niveles de las interacciones detectadas se clasificaron en 4 interacciones de nivel 1, 1408 de nivel 2 y 206 de nivel 3. Los IC estuvieron implicados en 323 casos de interacción (20%), todas ellas nivel 2. Entre las 10 interacciones más frecuentes, 5 incluían un IC. De ellas, 209 implicaron un IC y paroxetina o fluoxetina, y 110 un IC y tolterodina.

Conclusiones: Los pacientes con EA están expuestos a un alto grado de polifarmacia. En su tratamiento existen interacciones que es necesario monitorizar. Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina frecuentemente utilizados en la EA -paroxetina y fluoxetina- tienen un potencial de interacción que puede requerir ajuste de dosis del IC.

Financiación. Fondos Uso Racional del Medicamento.

O-210. REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A LA VACUNACIÓN EN CATALUNYA

I. Martínez-Pino, M. Martínez, E. Borràs, L. Urbiztondo, J. Batalla, et al

Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Si bien las vacunas ocasionan escasas reacciones adversas y en general de poca gravedad, éstas son mal

toleradas por tratarse de una medida de prevención aplicada sobre población sana. Para conocer su alcance se creó en 1999 el registro de Reacciones Adversas Vacunales (RAV) en el contexto del Programa de Vacunación del Departament de Salut (Cataluña).

Métodos: Estudio descriptivo de las RAV declaradas entre 1999 y 2007 de forma pasiva al Registro de RAV de Cataluña. Las variables estudiadas fueron las incluidas en la ficha de declaración nominal referentes a las vacunas implicadas y al acto vacunal, la clínica presentada y los datos personales. Se analizó la asociación entre variables categóricas mediante la ji-cuadrado. En todos los cálculos se aceptó como nivel significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados: En el periodo de estudio se declararon 1497 RAV en Cataluña, en las que estuvieron implicadas un total de 1849 dosis de vacuna. Girona presentó la tasa de declaración de RAV por 100.000 habitantes más alta (64). Los casos que recibieron una única vacuna (1243), fueron vacunados con mayor frecuencia con la antitetánica-diftérica de adultos (28,2%), la antimeningocócica C conjugada (14,2%) y la vacuna pentavalente de difteria, tétanos, pertusis acelular, H. influenzae y poliomeilitis parenteral (11,4%). En este grupo el 56,6% de los casos presentó sólo un síntoma por RAV declarada siendo el edema el más frecuente (37,9%) seguido de la fiebre (18,2%) y el dolor en el lugar de la inoculación (13,6%). El hecho de recibir alguna vacuna con hidróxido de aluminio como adyuvante se asoció a una mayor frecuencia de RAV locales (72,3%) frente a generales (27,7%) ($p < 0,01$). En cuanto a la conducta seguida tras la RAV, el 92% de los casos fue tratado en el mismo centro de vacunación, el 6,6% en urgencias, el 1% fue derivado al especialista y el 0,3% requirió hospitalización. La mediana de tiempo transcurrido desde la vacunación hasta la aparición de los síntomas fue de 1 día (DE = 8,1) y de 3 días desde dicho día hasta la resolución de los mismos (DE = 9,9).

Conclusiones: Las RAV, aunque en general leves y poco frecuentes, siguen ocurriendo tras la vacunación. Es necesario potenciar una declaración activa y voluntaria que mantenga un registro de RAV completo. Esto permitirá conocer la magnitud de los efectos adversos para proporcionar información más precisa a los receptores de vacunas, monitorizar la reatogenicidad de las mismas y minimizar el impacto sobre la cobertura vacunal.

O-211. INFLUENCIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LA REVISIÓN DE MEDICACIÓN EN PACIENTES POLIMEDICADOS CON RIESGO VASCULAR ALTO

J.C. Domínguez Camacho, M.O. Caraballo Camacho, D. Palma Morgado, T. Molina López, B. Merino Rico, I. Ferrer López, E. Hevia Álvarez, J.M. Galiana Auchel, H. Sánchez Monteseirín, et al

Distrito Sanitario Sevilla; Servicio de Asistencia Farmacéutica; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la modificación en la calidad de vida asociada a salud consecuencia de un procedimiento de revisión de medicación (RM) dirigido a mejorar la calidad de los tratamientos en pacientes polimedificados con riesgo vascular alto.

Métodos: Ensayo clínico multicéntrico, controlado y aleatorizado por centros. Pacientes: 268 mayores de 65, de 7 centros, con más de 5 medicamentos crónicos y riesgo vascular alto o enfermedad vascular. Criterios de exclusión: pacientes terminales; trastornos de salud mental mayores; institucionalizados. La intervención consistió en la RM realizada por un farmacéutico de atención primaria, seguida de la elaboración de un plan de mejora del esquema terapéutico por paciente y comunicación a cada médico de familia mediante entrevista individualizada. En el grupo control se realizó RM sin proporcionar información al médico de manera que el paciente seguía recibiendo la asistencia habitual. La evaluación la realizó un farmacéutico dife-

rente al que realizó la intervención. La evaluación de la calidad de vida se planteó como un objetivo secundario dentro del proyecto de investigación, cuyo objetivo principal era mostrar la efectividad de la intervención sobre el control de factores de riesgo cardiovascular (no objeto de esta comunicación). Variable: Modificación en la Escala Visual Analógica (EVA) (rango: 0-100) y descripción de las cinco dimensiones del EuroQol (EQ5D). Análisis estadístico: Comparación de medias mediante t de Student y análisis de regresión lineal simple para ajustar por datos basales.

Resultados: Tras una mediana de 10 meses de seguimiento están disponibles datos completos de 170 pacientes (87 intervención, 83 control). Edad media = 73,2 años (rango: 65-89). Un 57,6% eran mujeres. Respecto al resto de dimensiones del EQ5D, los pacientes mayoritariamente indicaban no presentar problemas en: Movilidad, Cuidado personal y Actividad cotidiana, presentaban "dolor moderado" y "sin ansiedad/depresión". No existían diferencias significativas en los datos basales entre ambos grupos. La intervención tendió a mejorar 6,05 puntos de la escala EVA ($p = 0,051$) tanto en hombres como en mujeres. Al ajustar por datos basales, se mantiene el efecto y cambia la significación estadística ($p = 0,089$). Sobre ninguna de las otras dimensiones del EQ5D, el efecto fue estadísticamente significativo.

Conclusiones: En pacientes polimedificados con riesgo vascular alto, la revisión sistemática de la medicación seguida de información personalizada al médico sobre áreas de mejora tiende a mejorar discretamente la calidad de vida asociada a la salud.

Financiación. Proyecto financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

O-212. ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS EFECTIVAS EN PACIENTES CON INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA POR DEPRESIÓN

N. Sabaté Augé, I. Plaza Espuña, R. Ruiz Riera, et al

Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: Describir la edad y género de los pacientes que sufren alguna incapacidad laboral transitoria (ILT) por depresión y la medicación prescrita. Describir las estrategias farmacológicas utilizadas durante el periodo de ILT y evaluar su influencia en el número y duración de las mismas. Determinar cuáles son los tratamientos o combinaciones con los que se consigue una recuperación más temprana de los pacientes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo a partir de la base de datos del Servei d'Atenció Primària Dreta de Barcelona. Han sido seleccionados todos los pacientes con al menos una ILT por depresión (CIE-10 = F32) en los años 2006 y 2007, y con fecha de alta entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2007. El periodo de análisis comprende desde el inicio hasta la finalización de la ILT.

Resultados: Sobre una población asignada de 286.981 personas, 1.868 (0,65%) pacientes han causado al menos una ILT por depresión. La edad media fue de $42,9 \pm 11,3$ (< 30: 14,8%, 30-45: 40,6%, > 45: 44,5%). El 65,5% fueron mujeres (edad: $42,7 \pm 11,3$) y el 34,5% hombres (edad: $43,3 \pm 10,7$). La duración media de las ILT ha sido de $125,8$ días $\pm 153,2$ (IC: 119,2-132,3). El 9,4% de estos pacientes han estado en más de una ocasión de baja (148 pacientes en 2 ocasiones, 21 pacientes en 3, 3 pacientes en 4 ocasiones, 3 pacientes en 5 y 1 paciente en 7). El 16,8% de los pacientes no ha sido tratado con ningún psicofármaco durante el periodo de ILT (psicofármacos = antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes y antipsicóticos); el 8,9% ha sido tratado con psicofármacos diferentes de los antidepresivos, y el 74,3% ha sido tratado con antidepresivos. De estos, casi la mitad (un 49,3%) han sido tratados también con ansiolíticos. En el congreso se presentarán resultados detallados de los tratamientos y combinaciones de tratamientos que se prescriben a los pacientes con ILT por depresión, así como la secuencia temporal de las diferentes opciones terapéuti-

cas durante el periodo de ILT, con especial hincapié en el consumo de antidepresivos y ansiolíticos, y en la duración del tratamiento con ansiolíticos. Asimismo, se analizará la duración de las bajas en función de la estrategia terapéutica, y cuáles son los fármacos prescritos a los pacientes al ser dados de alta, lo que permitirá determinar cuáles son los tratamientos más efectivos en la reducción de la duración de las ILT y en la recuperación de los pacientes.

Conclusiones: Este trabajo permitirá recomendar la estrategia farmacológica más efectiva en la recuperación de los pacientes que están en situación de ILT por depresión.

COMUNICACIONES ORALES XXXIII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Drogodependencias/adicciones

O-213. CONSUMO HABITUAL DE CANNABIS ENTRE JÓVENES DE SEGUNDO DE ESO

A. Pérez, C. Ariza, X. Garcia, E. Teixidó, M. Nebot, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER ESP.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de cannabis se asocia diversas patologías, como trastornos mentales y urgencias psiquiátricas. La precocidad es un indicador significativo de sus consecuencias. Este estudio tiene como objetivo describir el consumo de cannabis entre jóvenes de segundo de ESO de Barcelona en 2008.

Métodos: Estudio transversal a través del cuestionario FRESC con una sección específica de cannabis. Se dispone de datos de 1230 alumnos (50,5% chicos y 49,5% chicas) de 49 escuelas. El análisis descriptivo se realizó usando parámetros estadísticos estándares: porcentajes, medias y desviaciones estándares. Se estudió la tendencia de la prevalencia de consumo comparando con datos de años anteriores (1996,1999 y 2004).

Resultados: La prevalencia de consumo experimental de cannabis disminuye significativamente desde el 2004 al 2008 descendiendo de un 17,9% a un 11,5% en chicos y de un 16,3% a un 8% en chicas, respectivamente. En el caso del consumo habitual, se mantiene la prevalencia en los chicos (de 7% a 7,8%, en el 2004 y 2008, respectivamente) y disminuye en el caso de las chicas (de 7,2% a 3,65%). En el 2008, el 5,57% de los chicos y el 2,82% de chicas declaraba haber hecho un consumo diario en el último mes. El 4,21% de alumnos (1,66% de alumnas) decían haber fumado antes del mediodía en el último año y el 3,73% y 1,33% (de chicos y chicas, respectivamente) afirmaba haber consumido solo en este periodo. Respecto el consumo en la escuela, el 2,76% de chicos afirmaba haber consumido en el centro durante el último mes (0,66% en las chicas). Reconocían sufrir problemas de memoria debido al consumo de cannabis un 2,59% de los chicos y un 1,16% de las chicas, siendo un 2,27% y 1,33% de chicos y chicas, respectivamente, que declaraba haber sido presionado para reducir el consumo. Además, un 3,89% de los alumnos y 2,65% de alumnas habían intentado reducirlo sin conseguirlo.

Conclusiones: Aunque la prevalencia de consumo experimental de cannabis haya disminuido respecto el 2004, el porcentaje de chicos consumidores habituales se mantiene elevado y en las chicas disminuye proporcionalmente al consumo experimental. Este estudio aporta una descripción detallada de las características del consumo de cannabis en segundo de ESO mostrando que a edades tempranas existen consumidores diarios incluso dentro del recinto escolar. Un mayor conocimiento de las pautas del consumo servirá para mejorar los programas preventivos existentes.

O-214. DISEÑO DE INTERVENCIONES ESCOLARES EN DROGODEPENDENCIAS: ¿MENSAJES GLOBALES O ESPECÍFICOS?

C. Ariza, F. Martínez-Sánchez, A. Pérez, M. Diéguez, M. Nebot, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Existe la controversia sobre si las intervenciones escolares de prevención de drogodependencias deben abordar de forma integrada el consumo de todas las sustancias a las que están expuestos los sujetos de una población diana o si conviene individualizar los mensajes para cada sustancia. El objetivo de este estudio es identificar los efectos de una intervención específicamente dirigida a la prevención del consumo de cannabis sobre el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y cocaína de sus destinatarios.

Métodos: Estudio cuasi-experimental con grupo control. Se administró una encuesta antes de la intervención y a los 12 meses para estudiar la evolución del consumo habitual de cannabis (en los últimos 30 días), consumo regular de tabaco (semanal o diario), consumo de riesgo de alcohol (borracheras y varias consumiciones en una ocasión) y consumo experimental de cocaína (haber probado). El grupo intervención (GI) (1.863 escolares) fue expuesto a un programa preventivo del consumo de drogas, incluyendo dos unidades específicas sobre cannabis, y comparado con un grupo control (CG) (1.326). Se estudió la incidencia de nuevos consumidores de todas las sustancias citadas en ambos grupos. En el análisis, se utilizó el cálculo de proporciones y el test de ji cuadrado.

Resultados: A los 12 meses de la intervención el 8,3% de escolares del GI pasaron a consumir cannabis habitualmente frente al 11,6% en el GC ($p < 0,05$). La incidencia en el GI disminuyó del 8,3% al 4,3%, al seleccionar los escolares en cuyos centros la intervención se realizó correctamente (haber realizado el 60% de las actividades propuestas) ($p < 0,05$). La incidencia de nuevos consumidores regulares de tabaco al año fue de 9,5% en el GI y 8,2% en el GC, disminuyendo al 9,2% con la intervención correcta. La incidencia de borracheras al año fue de 20,5% en el GI y 19,2% en el GC, y de 21,3% con la intervención correcta. La incidencia de haber consumido cuatro o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión un año después fue de 15,2% en el GI y 17,3% en el GC, y de 15,8% con la intervención correcta. La incidencia de nuevos consumidores experimentales de cocaína al año fue de 0,9% en el GI y 2,2% en el GC, y de 1,2% con la intervención correcta. Las diferencias observadas entre ambos grupos para los consumos de riesgo de alcohol y experimental de cocaína no fueron significativas.

Conclusiones: La intervención identificó resultados efectivos sobre el consumo habitual de cannabis, pero no sobre el resto de sustancias, incluso cuando se estratificó para la calidad de la implementación realizada. Estos resultados soportan la necesidad de mensajes específicos sobre el uso de una sustancia cuando se quiere disminuir su consumo específico.

Financiación. Plan Nacional de Drogas.

O-215. ACEPTABILIDAD E IMPACTO DE LAS MEDIDAS REGULADORAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE ADOLESCENTES: EL PUNTO DE VISTA DE JÓVENES, PADRES, MADRES Y PROFESORADO

M.A. Prieto Rodríguez, J.C. March Cerdá, A. Danet, et al

EASP.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de alcohol entre menores de edad suscita un debate social importante alrededor de las estrategias preventivas y de intervención propuestas por las autoridades públicas, que contemplan la necesidad de coordinación entre todos los actores sociales pertenecientes al entorno de los menores. El objetivo de este estudio es medir la aceptabilidad y la opinión sobre el

impacto de las medidas reguladoras, desde el punto de vista de los propios adolescentes, padres/ madres y profesorado.

Métodos: Los participantes en el estudio han sido 123 alumnos (12-17 años), profesores, padres y madres de seis Comunidades Autónomas de España, muestra de un estudio cualitativo previo. La técnica cuantitativa elegida ha sido un cuestionario que pedía el acuerdo y el impacto (escala 0-10) sobre 17 medidas anti-alcohol referidas a: prohibición de venta, publicidad y promoción, consumo de alcohol y sanciones. Los resultados se analizan con el programa estadístico SPSS 15.0, realizando comparación de medias y correlación entre variables.

Resultados: El acuerdo sobre las medidas existentes es alto (superior a los 50 puntos en todas las preguntas), sin embargo el impacto normativo se considera reducido (la media de las 17 preguntas es de 34 puntos). Los adolescentes aceptan las medidas administrativas, mientras que padres/madres y educadores se decantan por la regulación de la venta, consumo y publicidad. Los tres perfiles sociales rechazan las medidas que afectan directamente su acceso personal al alcohol. Las sanciones económicas no reciben apoyo, aunque sí las de tipo social o comunitario aplicadas a los menores. La comunicación entre profesorado y progenitores genera un alto acuerdo, aunque los docentes ponen en duda su impacto real.

Conclusiones: La colaboración entre los diversos actores sociales implicados en la prevención y el control del consumo de alcohol en menores, así como las normativas basadas en impulsar la responsabilización de todos los grupos, constituyen la base de la eficiencia de la regulación anti-alcohol.

O-216. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO POR DEPENDENCIA A COCAÍNA EN BARCELONA, 2005-2007

A. Espelt, A. Guitart, Y. Castellano, I. Aibar, M.T. Brugal, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER en Epidemiologia y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Durante el último lustro, la cocaína es la sustancia psicoactiva ilegal que más problemas de morbilidad ha ocasionado y actualmente el número de admisiones a tratamiento por dependencia a cocaína supera las admisiones por heroína. El objetivo del estudio es conocer la adherencia al tratamiento por dependencia a cocaína en Barcelona así como las características socio-sanitarias que favorecen dicha adhesión.

Métodos: Estudio longitudinal de una cohorte de personas que iniciaron tratamiento por abuso o por dependencia de cocaína en los centros de tratamiento de Barcelona en el período 2005-2006 (n = 1.591). El seguimiento se realizó hasta el 31/12/2007. Se utilizó una encuesta clínico-epidemiológica al inicio que recogía variables socio-sanitarias; edad, sexo, zona de residencia, país de origen, nivel educativo, situación laboral, patrones de consumo, tiempo de consumo, tratamientos previos y VIH auto reportado. Como variable dependiente se empleó el tiempo en que dicha persona había estado en tratamiento hasta que se produjo el abandono y se censuraron todos aquellos casos en que no se produjo abandono. Se realizó un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) para determinar las probabilidades de permanecer en tratamiento en cada uno de los tiempos. Finalmente para poder determinar los factores de riesgo asociados con el abandono del tratamiento se estimaron, bajo el supuesto de riesgos proporcionales, las razones de densidad de incidencia instantánea mediante regresiones de Cox.

Resultados: Alrededor de un 20% de las personas que iniciaron tratamiento por abuso o por dependencia de cocaína lo abandonan antes de los 6 meses y menos de un 40% supera el año. En mediana las personas están en tratamiento 223 (IC95%: 206,4-239,6) días. Dependiendo de las características sociales de las personas estos tiempos varían. Por ejemplo, existen diferencias significativas en las medianas de días

en tratamiento entre los que entran por iniciativa propia [187 (IC95%: 167,7-206,3)] y los que proceden de una derivación médica [264 (IC95%: 215,1-312,9)] o entre los que están en paro [260 (IC95%: 226,2-293,8)] y los que tienen un contrato indefinido [187 (IC95%: 171,9-202,1)]. En este sentido, el riesgo de abandonar la terapia de los que tienen trabajo indefinido es de 1,27 (IC95%: 1,10-1,45) respecto a los que están en paro. Entre hombres y mujeres no se observan diferencias significativas aunque en mediana las mujeres siguen más el tratamiento.

Conclusiones: Las variables socio-sanitarias son variables clave para entender la adhesión al tratamiento. Conocer que variables socio-sanitarias influyen más en la adhesión al tratamiento es de vital importancia para diseñar protocolos de atención específicos.

O-217. RECOMENDACIONES DESDE EL MODELO DE LA EFQM PARA LA MEJORA DEL SERVICIO DE DISPENSACIÓN DE METADONA EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Millán Carrasco, J. Venegas Sánchez, C. Rodríguez Reinado, J.C. March Cerdá, J.J. Pérez Lázaro, M. Romero Vallecillos, I. Fernández Ruiz, B. Isac Martínez, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Antecedentes: La Reforma de la Salud Pública en Andalucía señala como un elemento clave la garantía de la atención sanitaria adaptada a las necesidades de personas en situación de exclusión. Un servicio de dispensación de metadona (SDM) en Atención Primaria (AP), de calidad, acerca los programas de atención sanitaria, sobre todo de prevención y promoción de la salud, a usuarios de opiáceos (riesgo de exclusión). El modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM) es el elegido para la evaluación de la calidad de los servicios públicos de Andalucía. Objetivo: Identificar oportunidades de mejora, desde el modelo de la EFQM, para la mejora del SDM en AP.

Métodos: Panel delphi con 54 profesionales del Programa de Tratamiento con Metadona (PTM) en la primera ronda, 39 en la segunda y 33 en la tercera. Se solicitó la identificación de oportunidades (áreas y acciones) de mejora, la valoración según el criterio de importancia de las áreas de mejora –en una escala de 1 (mínimo) a 4 (máximo)– y la priorización de las acciones de mejora por importancia –en una escala de 1 (mínimo) a 5 (máximo)– y factibilidad –en una escala de 1 (mínimo) y 10 (máximo)–. Se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión. Se seleccionaron los ítems con mayores puntuaciones de tendencia central y menores valores de dispersión de las últimas rondas de votación. Se analizó la distribución de los ítems totales y los priorizados según el modelo de la EFQM (clasificación realizada por investigadores).

Resultados: Se han identificado oportunidades de mejora en todos los criterios del modelo de la EFQM. En total se han señalado 48 áreas de mejora, destacando los ítems asociados a los criterios Procesos (25%) y Política y Estrategia (22,92%). Entre las 11 oportunidades mejor valoradas destaca el criterio Personas (27%), seguido del criterio Liderazgo (18%). Por su parte, se señalaron 82 acciones de mejora concentradas en los criterios Agentes (84,15%), especialmente, en Política y Estrategia (28,05%) y Procesos (19,25%). La mayoría de las 11 propuestas mejor valoradas se asocian al criterio Política y Estrategia (45,45%) y Personas (27,27%).

Conclusiones: Los problemas y propuestas de mejora relacionados con Procesos se ven postergados en la valoración por aquellos que tienen que ver con la Política de Personas y con la Política y Estrategia o el Liderazgo. Básicamente, se reclama un liderazgo en los centros de salud que sea capaz de orientar y gestionar al personal dispensador para cumplir los objetivos del PTM y la generación de estrategias que faciliten la coordinación entre niveles y agentes del PTM.

Financiación. Expte. 05/135 Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

O-218. DISPONIBILIDAD DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DE DROGAS PARA COMENZAR UN TRATAMIENTO PARA LA HEPATITIS C

J.C. March Cerdá, M. Romero Vallecillo, M.E. Oviedo-Joekes, J. Venegas, A. Danet, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; University of British Columbia, Vancouver.

Antecedentes/Objetivos: Los usuarios de drogas son el colectivo más afectado por el virus de hepatitis C (VHC), con una prevalencia del 30 al 98% entre consumidores por vía parenteral, y del 5 al 35%, entre los no inyectores. La mortalidad, morbilidad y carga económica asociada al VHC son elevadas (el gasto europeo medio anual del VHC asociado al consumo de droga será de 1,89 billones de euros). Pese a ser grupo prioritario, la publicidad negativa del tratamiento, ha alejado a estos potenciales pacientes del beneficio que les reportaría. El objetivo busca conocer la percepción sobre VHC, tratamiento y predisposición para iniciarlo desde la perspectiva de los usuarios de drogas VHC +.

Métodos: Se utilizó un cuestionario hetero-administrado en 3 capitales andaluzas, con variables sociodemográficas, percepción de riesgo, conocimiento, tratamientos previos y disposición a recibirlo, entre otras. Participaron 115 personas, que refirieron ser VHC + y consumidoras de heroína o cocaína, y/o estar en tratamiento sustitutivo. La captación se realizó por 'iguales', con el método "bola de nieve". El análisis de los resultados partió de los test chi cuadrado y Kruskal Wallis.

Resultados: A casi la mitad se les ha ofertado tratamiento para VHC (46,1%) y el 13% lo ha recibido alguna vez. Tienen un buen conocimiento sobre VHC, en cuanto a afección hepática (93%), sintomatología (78,3%), relación con el alcohol (98,3%) y tratamiento (74,8%). Aparecen dudas sobre posibilidad de vacunación y accesibilidad al tratamiento. Los hombres (83,5% del total, edad media 38,4 años) refieren conocer su diagnóstico desde hace 10,1 años. Perciben la enfermedad como grave (54,1%) o muy grave (27,5%) y sólo el 13% recibió alguna vez tratamiento, aunque un 60,9% sí estaría dispuesto a comenzar (la prueba de la biopsia aparece como único factor reductor de la predisposición en un 54,5%). Las mujeres tienden a una disposición de tratamiento inferior (OR = 2,23; CI 95% = 1-5,24), estando un 42,1% de éstas en tratamiento sustitutivo con opiáceos.

Conclusiones: Las características del tratamiento (alta adherencia e importantes efectos secundarios) han dado lugar a que los usuarios de drogas no se consideren buenos candidatos. Las razones esgrimidas se basan en una pobre adherencia al tratamiento, problemas con los efectos adversos, y probabilidad de re-infección. Sin embargo, la bibliografía disponible demuestra que la respuesta viral sostenida en usuarios de drogas oscila entre el 29 y el 53%, dependiendo, entre otras cosas, del genotipo del virus. La coordinación entre especialistas y centros de drogodependencias es fundamental para facilitar el acceso y la adherencia de los usuarios de drogas al tratamiento para la hepatitis C.

Financiación. Consejería de Salud.

COMUNICACIONES ORALES XXXIV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Medición y monitorización del estado de salud en las poblaciones

O-219. IMPACTO DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES SOBRE LA MORTALIDAD Y DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN DE LA CAPV: UNA VISIÓN COMBINADA A TRAVÉS DE LAS ESPERANZAS DE SALUD

U. Martín, S. Esnaola, E. Aldasoro, A. Bacigalupe, et al

Universidad del País Vasco; Departamento de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: Indicadores clásicos de mortalidad como los años de vida perdidos estudian el impacto que una enfermedad tiene sobre la salud de una población midiendo su efecto en la mortalidad. Este tipo de acercamiento infravalora el impacto de determinadas enfermedades que aún no siendo muy letales si provocan una merma importante de la calidad de vida. Las esperanzas de salud permiten estudiar el impacto que una enfermedad tiene sobre la discapacidad y la mortalidad de una manera conjunta, ofreciendo así una imagen más global e integrada. El objetivo de esta comunicación consiste en analizar el impacto de diferentes grupos de enfermedades sobre la salud de la población de la CAPV utilizando las esperanzas de salud.

Métodos: Análisis descriptivo. Se combinaron los datos de mortalidad del periodo 2002-2006 con los de la Encuesta de Salud de la CAPV 2007 y los datos de población de 2005. Se calculó la esperanza de vida (EV, método Chiang), la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI, método Sullivan) y la esperanza de vida con incapacidad (EVI, método Sullivan) para el total de la población de la CAPV en el periodo 2002-2007. Se seleccionaron una serie de enfermedades y grupos de éstas en base a su alta prevalencia y mortalidad y se calculó la EV, la EVLI y la EVI en el supuesto de que estas enfermedades hubieran sido eliminadas de la población. Se utilizó el método de "causas eliminadas" seguido por Rowland et al 2006 para la EV y de Bronnum-Hansen et al 2006 para la EVLI y EVI. El impacto de cada grupo de enfermedades sobre la discapacidad-mortalidad se evaluó analizando efecto de su eliminación sobre estas medidas. Los análisis se realizaron de forma separada para hombres y mujeres.

Resultados: Atendiendo a la mortalidad las enfermedades de mayor impacto fueron los tumores en los hombres y las del aparato circulatorio en mujeres. Sin embargo, la eliminación de estas enfermedades hubiera hecho aumentar la EV pero a costa de un aumento también del número de años de discapacidad. En cambio, la eliminación de enfermedades como las osteomusculares, las mentales, las nerviosas o las de los sentidos, que tuvieron poco efecto sobre la mortalidad, hubiera supuesto un aumento el número de años sin discapacidad, y por tanto una compresión de la morbilidad. Se observaron diferencias importantes entre hombres y mujeres en el impacto de diferentes enfermedades.

Conclusiones: A la hora de estudiar el impacto que una determinada enfermedad tiene sobre la salud de la población es necesario tener en cuenta tanto el impacto sobre la mortalidad como sobre la salud-morbilidad. En el caso de la CAPV, las esperanzas de salud han resultado ser una buena herramienta para este objetivo.

Financiación. Instituto Oberri.

O-220. LA CARGA DE ENFERMEDAD EN ANDALUCÍA EN EL AÑO 2006

M. Ruiz Ramos, L. Iváñez Gimeno, E. Puerto Segura, J. García León, C. Méndez Martínez, V. González Andrés, M. Bernal González, G. López Ibáñez, et al

Servicio Información y Evaluación; DG Innovación y Tecnología Sistemas; Consejería de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio es determinar las enfermedades que causan mayor carga de enfermedad en la población andaluza en el año 2006.

Métodos: La población utilizada es la proyectada para Andalucía por el Instituto Nacional de Estadística para el año 2006 del Instituto de Estadística de Andalucía para el mismo año. Se han utilizado las defunciones por causa, sexo y edad de residentes de la Comunidad Autónoma de Andalucía del año 2006. Discapacidad y estado de salud: se ha utilizado el patrón de morbilidad de la subregión Euro-A (países europeos con muy alta esperanza de vida) de la Organización

Mundial de la Salud por causa, sexo y edad procedentes del Global Burden of Disease Study, 2002. Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) atribuibles a cada enfermedad o lesión son el resultado de sumar el tiempo de vida perdido por muerte prematura, años de vida perdidos (AVP), y las pérdidas funcionales y de bienestar causadas por la discapacidad, años vividos con discapacidad (AVD). AVP se calculan multiplicando las defunciones en cada edad por la esperanza de vida a la edad de la muerte definida por una tabla de vida estándar.

Resultados: En el año 2006 se pierden en Andalucía un total de 1.073.870 AVAD, de los cuales un 53,4% corresponde a los hombres y el 46,6% restante a las mujeres. Las enfermedades no transmisibles suman ocho de cada diez AVAD (82,8%). Las causas externas suponen un 9,9% de la carga de enfermedad total, y las causas transmisibles, perinatales, maternas y nutricionales el 7,2% restante. Las enfermedades neuropsiquiátricas (26,8% del total de AVAD) son la categoría de causas que genera mayor carga de enfermedad en Andalucía, de manera muy destacada por delante de las enfermedades cardiovasculares (14%) y los tumores (12,3%). La lista de subcategorías viene encabezada por la depresión unipolar (8,7% del total de AVAD), seguida de las otras neuropsiquiátricas (5,8%), la enfermedad cerebrovascular (5%) y las isquémicas del corazón (4,4%). Los grupos principales de la clasificación de causas, con variaciones en los porcentajes, siguen el mismo orden tanto en varones como en mujeres. Igual ocurre en las categorías, sin embargo en las subcategorías ocupa el primer lugar el abuso de alcohol en los hombres y la depresión unipolar en las mujeres.

Conclusiones: La estimación de la carga de enfermedad de Andalucía muestra cómo las enfermedades más mortales no son siempre las que mayor impacto tienen sobre la salud global de la población, puesto que muchas otras cuya letalidad es baja generan una gran cantidad de años vividos con discapacidad.

O-221. ESTIMACIÓN DE LA COMORBILIDAD ASOCIADA A LA CAUSA DE DEFUNCIÓN A PARTIR DEL ANÁLISIS DE CAUSAS MÚLTIPLES

A. Freitas Ramírez, R. Gispert, M. Rué, A. Puigdefabregas, G. Ribas, J. Domènech, et al

Registre de Mortalitat. Departament de Salut; Facultat de Medicina. Universitat de Lleida.

Antecedentes/Objetivos: La prevalencia de comorbilidad es una situación cada vez más frecuente en la población y es difícil de estimar con los sistemas de información disponibles. Su conocimiento es importante puesto que está relacionada con el fenómeno conocido como "mortalidad substituta" (debido a los riesgos competitivos de muerte entre varias causas). Las estadísticas de causa de muerte se elaboran a partir de la selección de una única causa básica (CB), sin embargo los boletines de defunción incluyen otros datos relativos a la comorbilidad y a los procesos patológicos que condujeron hasta la muerte. El objetivo es describir la comorbilidad asociada a las causas básicas de muerte más comunes.

Métodos: Los datos proceden del Registro de Mortalidad de Cataluña para los años 1994, 1996-1998 en que se disponía de un sistema de codificación automático, según la 9ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se identifica la causa básica (CB) seleccionada para el análisis convencional y el resto de causas múltiples (CM) informadas, independientemente del lugar que ocupan en la secuencia causal de la muerte. Las CB y CM se agrupan en 17 grandes grupos de causas. Se analiza el número de menciones por grupos de causas según si aparecen como causa básica o causa múltiple y se estima la razón entre ambas ($R = CM/CB$). Se excluyen para el análisis las menciones en que la CB se repite entre las CM.

Resultados: El número total de boletines registrados en el periodo de estudio ha sido de 215.466 y el total de causas notificadas 645.356 (429.885 consideradas para el análisis). En promedio por cada CB se informan 2 CM. El 6% de los boletines (BED) tiene una sola mención que coincide con la CB. El 32% tienen una CM informada, el 35% dos, el 16% tres y el 11% más de 4. La distribución, según grupos de causas, de las CM comparada con la distribución de las CB muestra una mayor frecuencia de CM en los grupos de enfermedades infecciosas ($R = 2,32$), endocrinas ($R = 2,05$), de la sangre ($R = 3,74$), cardiovasculares ($R = 2,37$), genitourinarias ($R = 3,20$) y de la piel ($R = 7,10$).

Conclusiones: El análisis de la mortalidad por causas múltiples es una fuente de información importante para estudios de la comorbilidad, ya que refleja un número importante de enfermedades que no aparecen cuando se considera únicamente la CB.

O-222. SISALUT; UN SISTEMA PARA IDENTIFICAR Y MONITORIZAR EL ESTADO DE SALUD DE LOS MUNICIPIOS

L.C. Arias Abad, J. Oliván Abejer, C. Frías Trigo, E. Pont Navarro, et al

Diputació de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La información estructurada y de calidad es elemento clave en cualquier organización. La administración local no es ajena y la falta de información ordenada y sistemática constituye una de las principales limitaciones para definir y desarrollar políticas locales en salud y tomar decisiones eficientes, especialmente ante la actual limitación de recursos. La Diputació de Barcelona detectó esta necesidad e impulsó el desarrollo del SiSalut, un sistema de información dirigido a los responsables y técnicos municipales de la provincia (excluida Barcelona ciudad), con la finalidad de proporcionarles información de los principales indicadores de salud.

Métodos: La Diputació de Barcelona, en colaboración con la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), iniciaron el desarrollo del SiSalut mediante: la identificación de necesidades de información desde la perspectiva de la salud pública (modelo conceptual de Dalghren y Whitehead); constitución de un grupo de trabajo (5 municipios, Diputació de Barcelona y ASPB) para seleccionar los indicadores de salud y definir los informes; creación y desarrollo del software, obtención y carga de datos y definición de la cartera de servicios.

Resultados: Los datos disponibles actualmente son: Padrón Municipal (1998-2007), Interrupciones Voluntarias de Embarazos (1997-2005), Natalidad y Fecundidad (1996-2005), Mortalidad (1996-2005), Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales (1997-2006) y Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias (2003-2007). El SiSalut permite el cálculo de 80 indicadores: estructura poblacional, natalidad y salud reproductiva, mortalidad, morbilidad según altas hospitalarias y de salud laboral. La Diputació de Barcelona podrá proporcionar informes de salud a los municipios de la provincia de manera individualizada para los ≥ 10.000 habitantes (83% de la población de la provincia) y de manera agregada, por demarcación territorial, a los más pequeños. La versatilidad del sistema permite obtener datos para la realización de informes a medida, desarrollo de nuevos indicadores y manejo autónomo del SiSalut por municipios con recursos técnicos adecuados.

Conclusiones: El SiSalut es: fácil de utilizar y capaz de automatizar la elaboración, visualización y difusión de indicadores de salud; permite integrar diferentes bases de datos; identifica desigualdades territoriales i necesidades; permite el seguimiento de actuaciones y la evaluación de políticas de salud; reduce el tiempo de acceso a la información; ofrece un conjunto base de indicadores de salud a los municipios y es un modelo que garantiza el acceso seguro a la información.

O-223. ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE CÁNCER EN ESPAÑA EN EL AÑO 2006

M.J. Sánchez, T. Payer, E. Pérez, N. Larrañaga, C. Martínez, R. de Angelis, S. Francisci, R. Capocaccia, et al

Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza Salud Pública. Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Subdirección de Salud Pública. Guipúzcoa; Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia. Roma (Italia).

Antecedentes/Objetivos: Los indicadores del impacto de cáncer en una población aportan información relevante para la planificación de actividades preventivas, asistenciales y evaluadoras, para disminuir la mortalidad e incidencia de cáncer y para mejorar la asistencia de los enfermos oncológicos. La utilización de métodos estadísticos basados en las relaciones entre los indicadores de morbilidad y mortalidad permite, en ausencia de registros de cáncer de población de cobertura nacional, obtener estimaciones de la incidencia y prevalencia. El objetivo fue estimar la incidencia y prevalencia del total del cáncer en el año 2006 en España, según género y grupos de edad.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de base poblacional. Fuentes de información: a) Instituto Nacional de Estadística: población de España, sexo específica, para cada año de edad (0, 1, ..., 84 años), 1983-2006; y personas de 0-84 años, residentes en España, y fallecidas por cualquier causa y específicamente por cáncer entre 1981-2006; b) EURO CARE: Supervivencia relativa a 5 años estimada para Europa para el total del cáncer, sexo específica, y por grupos de edad (15-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75+ años), para los casos incidentes del período 1983-1994. Se utilizó el método MIAMOD (Mortality and Incidence Analysis MODel) para obtener, mediante modelos de edad-periodo-cohorta polinómicos, estimaciones de la incidencia y prevalencia. Se presentan número de casos, tasas brutas y estandarizadas (población europea) del total del cáncer (excepto piel no melanoma), según sexo y grupos de edad.

Resultados: En 2006 en España, las tasas brutas de incidencia del total del cáncer se estimaron en 470 y 312 por 100.000 hombres y mujeres, y las estandarizadas en 392 y 236 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente. La prevalencia del total del cáncer, excepto piel no melanoma, en 2006 en España se estimó en 1 millón de casos. La prevalencia fue más alta en las mujeres, y el mayor número de casos prevalentes correspondió a personas de 65 y más años.

Conclusiones: En el año 2006 se diagnosticaron 167.000 casos nuevos de cáncer en España. Aproximadamente, un millón de personas vivieron en España en 2006 habiendo sido previamente diagnosticadas de cáncer en algún momento de su vida. MIAMOD es un método válido para estimar los indicadores epidemiológicos de carga de cáncer, sobre todo, en países con cobertura parcial de registro y patrones de riesgo geográficamente variables, como España.

Financiación. Acción Transversal de Cáncer España-CIBERESP.

O-224. UTILIDAD DE LOS REGISTROS DE CÁNCER DE POBLACIÓN PARA LA VIGILANCIA Y CONTROL DEL CÁNCER EN ANDALUCÍA

C. Martínez, M.J. Sánchez, E. Pérez, Y. Chang, E. Molina, E. Duran, J.M. Mayoral, et al

Registro de Cáncer de Granada. EASP; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En el marco del II Plan Integral de Oncología de Andalucía, se establece la necesidad de un Sistema de Vigilancia del Cáncer y la Evaluación de Resultados en Salud Pública en Andalucía. Se definen dimensiones e indicadores específicos para cada dimensión. La información es útil para identificar poblaciones

de alto riesgo o desigualdades en salud, desarrollar políticas y programas, planificar servicios de salud y evaluar intervenciones en Salud Pública. El objetivo es presentar resultados de indicadores para la Vigilancia del Cáncer en Andalucía cuya información se genera en el Registro de Cáncer de Población (RCP).

Métodos: Fuente de información: Registro de Cáncer de Granada. Se presenta: a) incidencia y tendencias (1985-2004) del total del cáncer y otros cánceres seleccionados (piel no melanoma, pulmón, mama, próstata, colon-recto, laringe, cérvix y vejiga), b) estimaciones 2002 y proyecciones 2007 de prevalencia de cáncer, según género y edad, y c) supervivencia y relativa (%) a 5 años de casos incidentes de 1995-99, según género. La incidencia se expresa en n° casos, tasas brutas y estandarizadas (población europea) $\times 100.000$ hab. Para las tendencias, se estima el porcentaje de cambio anual (PCA) e IC95% (Joinpoint regression). Se utiliza el método PIAMOD (Prevalence and Incidence Analysis MODel) para estimar la prevalencia.

Resultados: En 2000-2004 se diagnosticaron 19.552 casos nuevos de cáncer en ambos géneros; tasas brutas y estandarizadas de 481 y 410 $\times 100.000$ hab., respectivamente. La razón de tasas hombre/mujer fue de 1.6. Los cánceres más frecuentes fueron el de piel no melanoma, mama y pulmón. Se observó un aumento de la tendencia de la incidencia para el total del cáncer (excepto piel no melanoma): PCA = 1,2% y 1,9%, en hombres y mujeres respectivamente. De los cánceres seleccionados, el de piel no melanoma fue el que presentó mayor incremento (PCA: 4,8%) en ambos géneros, seguido del de mama en la mujer (PCA: 3,2%) y el de próstata en el hombre (PCA: 5,8%). Se observó un incremento de la tendencia en todos los cánceres seleccionados, excepto el de pulmón, laringe y cérvix. En el año 2002, se estimaron 16.300 casos prevalentes del total del cáncer, excepto piel no melanoma. La prevalencia fue más elevada en las mujeres y en los de 65 y más años. Para los cánceres más frecuentes en hombres y en mujeres, pulmón y mama, la supervivencia relativa a 5 años fue de 6,3% y 77,8%, respectivamente.

Conclusiones: Los RCP proporcionan datos sobre la magnitud del cáncer y sus variaciones geográficas y temporales, de utilidad para la vigilancia y control del cáncer en un área definida.

COMUNICACIONES ORALES XXXV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Actividad física, obesidad y diabetes

O-225. ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL EMBARAZO Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DIABETES GESTACIONAL

M.C. Olvera Porcel, I. Galán Carrillo, E. González Perán, F. Hurtado Sánchez, J.J. Jiménez Moleón, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Servicio de Obstetricia y Ginecología. HU Virgen de las Nieves Granada.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes gestacional (DG) es la patología endocrina más frecuente durante el embarazo, con importantes consecuencias tanto para la madre como para el recién nacido. La identificación de factores de riesgo modificables es fundamental para la planificación de estrategias dirigidas a la prevención de la enfermedad. El objetivo del presente trabajo es analizar el efecto del nivel de actividad física de la mujer sobre el riesgo de DG.

Métodos: Se ha realizado un estudio de casos y controles procedentes del área de cobertura del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, centro de referencia del área norte de Granada, entre junio de 2004 y marzo de 2007. Los casos fueron mujeres

diagnosticadas de DG seleccionadas en el momento del diagnóstico de la enfermedad según los criterios de la Asociación Americana de Diabetes (n = 246). El grupo control se seleccionó mediante muestreo sistemático a partir de las mujeres citadas para la ecografía de la semana 20 de gestación (n = 1.047). Los criterios de selección fueron nacionalidad española, edad igual o mayor de 18 años y ausencia de patologías crónicas que limitasen la realización de actividad física. La información se obtuvo de la historia clínica, documento de salud de la embarazada y mediante entrevista personal. Se utilizó el Cuestionario de Actividad Física de Paffenbarger para recoger el tipo, frecuencia, duración e intensidad de las actividades realizadas por la mujer en su tiempo libre, en el trabajo y en el hogar. Mediante el Compendium de Actividades Físicas de Ainsworth se calculó el gasto energético medido en equivalentes metabólicos por día (MET/día). La variable gasto energético se recodificó utilizando terciles como punto de corte para el análisis. Se calcularon la OR cruda y ajustada y sus IC al 95% mediante regresión logística múltiple.

Resultados: La realización de actividad física durante el embarazo se asocia con una disminución del riesgo de DG, observándose un gradiente dosis respuesta ($p = 0,0032$). En mujeres con un gasto energético entre 45,0 y 58,7 METs d-1 el riesgo de DG se reduce un 49% (OR ajustada = 0,51, IC95% = 0,4-0,7). Esta reducción es del 54% en mujeres con un gasto superior al 54% (OR ajustada = 0,46, IC95% = 0,3-0,6).

Conclusiones: La realización de actividad física durante el embarazo disminuye el riesgo de DG. Deberían plantearse estrategias destinadas a promocionar la actividad física durante esta etapa de la vida de la mujer, lo que tendría un efecto inmediato sobre el riesgo de DG y quizás a largo plazo sobre el riesgo de diabetes tipo 2.

Financiación. Proyecto de Excelencia Junta de Andalucía P05-CTS-942.

O-226. AUMENTO DEL TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS NIÑOS EN CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA

A.B. Fernández-Revelles, M.A. Delgado-Noguera, et al

Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Partiendo del grave problema de inactividad, sobrepeso y obesidad que sufre hoy la población y en particular la infantil, nuestro objetivo es aumentar el tiempo de actividad física de los niños en clase de educación física dentro del horario escolar, como fomento de la actividad física y medida preventiva de salud pública, mediante un programa de entrenamiento de la competencia docente tiempo de profesores de educación física durante la fase de preservicio en el practicum.

Métodos: La muestra elegida fue de 300 niños/as de (6 ± 1 año a 11 ± 2 años) en la ciudad de Ceuta a los que impartían clase 6 profesores en preservicio (3º de magisterio especialidad educación física de 21 ± 2 años) que se sometieron a un programa de entrenamiento/formación que consistió en impartir 5 sesiones de educación física (en clases de primaria de 25 alumnos ± 5), 5 días/sem durante 10 semanas, y una sesión/sem de conocimiento de resultados de 15 min en las que se realizaba una estimulación del recuerdo apoyados en vídeo, y se informaba de su actuación de forma numérica y gráfica. Se realizaron 2 grabaciones en vídeo de su intervención en clase (en centros públicos de primaria) por semana, utilizadas para el registro de las variables por observadores entrenados. Observadores que con metodología observacional registraban las variables con un (software ad hoc) de 4 alumnos, 2 de cada sexo elegidos al azar. En las 2 primeras semanas se midió pretest, estableciéndose la línea base (sin tratamiento). En las 6 semanas siguientes se desarrolló el tratamiento, y en las 2 últimas se midió el test (sin tratamiento). Las variables registradas fueron: tiempo de atención (tiempo escuchando instrucciones y sin actividad física), tiempo de organización (tiempo organizando

material y alumnos y sin actividad física), tiempo de actividad motriz (tiempo en el que se realiza actividad física).

Resultados: Se produce una mejora estadísticamente significativa en porcentaje de tiempo de actividad motriz ($34,25 \pm 0,34$ vs $56,18 \pm 2,46$; $p < 0,05$) y al mismo tiempo se obtiene una reducción estadísticamente significativa en porcentaje de tiempo de atención ($21,40 \pm 3,15$ vs $17,70 \pm 2,13$, $p < 0,05$) y en tiempo de organización ($31,60 \pm 1,88$ vs $18,53 \pm 1,02$, $p < 0,05$).

Conclusiones: Un programa de intervención /entrenamiento durante el practicum en profesores de educación física en preservicio produce mejoras estadísticamente significativas en el tiempo de actividad motriz o tiempo de actividad física de los niños que reciben su docencia en dichas clases. Estos programas de entrenamiento de docentes de educación física pueden considerarse como una herramienta adecuada para aumentar la actividad física en los niños dentro del número de horas de educación física estipuladas en los planes de estudio.

O-227. TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA ENTRE NIÑOS DE DIFERENTE CULTURA Y GÉNERO

A.B. Fernández-Revelles, M.A. Delgado-Noguera, et al

Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Debido a los grandes movimientos migratorios que se viven en la actualidad, hemos querido abordar la problemática de la integración en el aula escolar de los niños de diferente cultura y género, al ser este ecosistema tan amplio nuestro objetivo se focalizó en analizar el tiempo de práctica de actividad física entre niños de primaria de diferente cultura y género, como indicador del entorno saludable en el que debe desarrollarse el niño, tanto física como psicosocialmente.

Métodos: Se registro la actividad física de 300 niños/as a través de las 120 grabaciones de sesiones de educación física durante 10 semanas en centros de primaria (de todos los cursos) en la ciudad de Ceuta, escogiendo 2 clases de 6 colegios de diferentes puntos de la localidad, cuyo requisito era que cada clase estuviese formada por 25 alumnos ± 5 , de los cuales tenía que haber 2 grupos formados uno por 12 ± 3 niños de origen musulmán y otro de origen cristiano, y a su vez cada grupo formado por 6 ± 2 niños, y otro de niñas. Para el registro de las variables en cada grabación se elegía al azar a un niño y una niña de origen musulmán y a una niña y un niño de origen cristiano, los datos eran registrados con un software ad hoc mediante metodología observacional por observadores entrenados. Las variables registradas fueron: tiempo de atención (tiempo escuchando instrucciones y sin actividad física), tiempo de organización (tiempo organizando material y alumnos y sin actividad física), tiempo de actividad motriz (tiempo en el que se realiza actividad física).

Resultados: Nos muestran como no hay diferencia significativa en porcentaje de actividad motriz en clase de educación física entre los niños/varones de cultura musulmana y cristiana ($47,88 \pm 3,09$ vs $45,38 \pm 3,31$; $p > 0,05$), ni entre las niñas de cultura musulmana y cristiana ($38,6 \pm 5,0$ vs $42,0 \pm 3,0$; $p > 0,05$), ni entre los cristianos niños/varones y niñas ($45,38 \pm 3,31$ vs $41,98 \pm 3,01$; $p > 0,05$), ni entre los musulmanes niños/varones y niñas ($47,88 \pm 3,09$ vs $38,58 \pm 5,00$; $p > 0,05$), ni entre el grupo de musulmanes y cristianos ($43,23 \pm 6,24$ vs $43,68 \pm 3,59$; $p > 0,05$), ni entre niños y niñas ($46,63 \pm 3,44$ vs $40,28 \pm 4,46$; $p > 0,05$).

Conclusiones: El tiempo de práctica de actividad física entre niños de primaria de diferente cultura y género dentro de la misma aula de educación física no muestra diferencia significativa en porcentaje. Utilizando la variable tiempo de actividad física en clase de educación física como un determinante del grado de integración de los niños de diferente cultura y género, podríamos decir que en el aula de educación física existe un alto grado de integración de

los niños independiente a su cultura y género, clima que puede favorecer un adecuado desarrollo del niño tanto a nivel físico como psicosocial.

O-228. ¿PUEDE INFLUIR EL DESARROLLO COGNITIVO A LOS 4 AÑOS EN EL SOBREPESO 2 AÑOS DESPUÉS?

M. Guxens, M.A. Méndez, E. Plana, J. Julvez, J. Forn, M. Torrent, J. Sunyer, et al

Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL).

Antecedentes/Objetivos: El aumento de la obesidad infantil es un importante problema de salud pública en España. Existe cada vez mayor evidencia de la relación entre obesidad y desarrollo cognitivo. No obstante, estos resultados están basados principalmente en estudios transversales, no pudiéndose establecer la dirección de dicha asociación. El objetivo de este estudio es determinar si el desarrollo cognitivo a los 4 años influye en el sobrepeso 2 años después a partir de una cohorte de nacimiento.

Métodos: Se reclutaron 460 mujeres durante el tercer trimestre de embarazo en Menorca en 1997. Se administraron cuestionarios en el momento de inclusión y regularmente hasta la edad de 6 años del niño (n = 421). A los 4 años, los niños fueron evaluados con el 'McCarthy Scales of Children's Abilities'. Se midió el Índice de Masa Corporal (IMC) a los 4 y 6 años. Se recogió información sobre edad, nivel educativo, clase social de los padres, IMC antes del embarazo, consumo de tabaco y dieta de la madre durante el embarazo, edad gestacional, sexo, peso y talla del recién nacido, tipo y duración de la lactancia, y dieta y actividad físico del niño a los 6 años. Se realizaron modelos lineales y multinomiales multivariantes.

Resultados: A los 6 años, la media de IMC fue de 16,2 (rango 13,5-24,9), un 16% estaban a riesgo de sobrepeso y un 11% tenían sobrepeso. En los modelos multivariantes, no se observó ninguna asociación significativa entre el desarrollo cognitivo y el IMC a los 4 años ($p > 0,2$). La capacidad cognitiva global, verbal y la función ejecutiva tuvieron una relación negativa significativa con el IMC a los 6 años ($\beta = -0,074$ ($p = 0,024$), $\beta = -0,091$ ($p = 0,004$) y $\beta = -0,060$ ($p = 0,059$) respectivamente). La puntuación de desarrollo cognitivo global disminuyó progresivamente con los estadios de IMC a los 6 años, obteniéndose una puntuación significativamente inferior en los niños con sobrepeso comparado con los de peso normal (OR = 0,87 (IC95% = 0,80-0,94)). Entre las diferentes subáreas, esta misma relación significativa se observó en la función ejecutiva, las habilidades verbales, las cuantitativas y la memoria. Los niños que se mantuvieron en los estadios de riesgo de sobrepeso o sobrepeso, o los que empeoraron de estadio entre los 4 y los 6 años, presentaron significativamente peores puntuaciones de desarrollo cognitivo a los 4 años, mientras que los que mejoraron de estadio entre ambos años presentaron significativamente mejores puntuaciones ($p < 0,05$).

Conclusiones: Un peor desarrollo cognitivo a los 4 años se ha asociado a un incremento del sobrepeso 2 años después. Es necesario un seguimiento a más largo plazo para confirmar los resultados obtenidos y el desarrollo de intervenciones preventivas en caso de ser necesarias.

O-229. PARTENARIADO PÚBLICO-PRIVADO EN EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD: PROYECTO "FOOD PRO-FIT"

M. Autonell Caldentey, M. Buades Feliu, E. Cabeza Irigoyen, A. Colom Umbert, E. Ferragut Roig, B. Galmés Santandreu, M. Moñino Gómez, Y. Vega Sanmartín, et al

Dirección General de Salud Pública. Govern de les Illes Balears; Centro Baleres Europa, Govern de les Illes Balears; Colegio Oficial Dietistas Nutricionistas de les Illes Balears.

Antecedentes/Objetivos: Las grandes empresas alimentarias generan segmentos de mercado diferenciados para vender productos con alegaciones nutricionales, que sensibilizan a los consumidores europeos, mientras los Gobiernos regulan el marco de su uso y la Salud Pública se preocupa por el entorno obesogénico. En este escenario, la Agencia Europea de Salud Pública, alineada con la OMS, propone a las PYMES europeas productoras de alimentos y de servicio de comidas, el uso de determinantes de salud en sus estrategias competitivas. En este contexto se desarrolla en siete países el proyecto FOOD PRO-FIT, liderado por la DG de Salud Pública de las Illes Balears, con el objetivo de crear una herramienta llamada HANCP (Hazard Analysis and Nutritional Control Points) para que las PYMES europeas puedan reformular o crear productos con una disminución del contenido de grasas saturadas, azúcares libres y sal.

Métodos: Diseño de la herramienta HANCP: basada en los principios del sistema HACCP de seguridad alimentaria y, teniendo como referente el estudio Eurodiet 2000, se han creado unos objetivos de reducción de ácidos grasos saturados, azúcares libres y sodio para mejorar el perfil nutricional de productos y comidas. Ejecución del proyecto piloto: Se han elegido empresas que abarcan la cadena alimentaria. Se actúa sobre alimentos y/o platos preparados cuya composición admite la reducción de los componentes citados. Se marcan objetivos, se realizan auditorias de validación y analíticas nutricionales de verificación. Se han llevado a cabo varios Focus Group para valorar la herramienta HANCP en los diferentes entornos (industria, restauración y comedor escolar) y proponer acciones específicas en las diferentes áreas de intervención.

Resultados: En Europa treinta industrias y cuarenta empresas de servicio de comidas están aplicando la herramienta HANCP en fase piloto. En Baleares siete industrias y ocho empresas de comida están reformulando sus productos. Los siete países participantes están realizando Focus group sobre la viabilidad de una dieta y/o producto saludable. En Baleares, el Focus group en el entorno escolar ha concretado 9 ideas e identificado cinco áreas de intervención.

Conclusiones: Las PYMES de la cadena alimentaria son motor de la economía de las regiones y desempeñan un papel principal en la reducción del ambiente obesogénico. No obstante, su falta de recursos hace necesaria la ayuda externa para la reformulación nutricional de sus productos, favoreciendo con ello que la elección más fácil sea la opción más saludable para el consumidor.

O-230. LA DIABETES EN LA AGENDA PARLAMENTARIA ESPAÑOLA (1979-2007)

J.C. Restrepo-Medrano, A.A. Agudelo-Suárez, Ll. González-Zapata, G.M. Ortiz-Barreda, M.T. Ruiz-Cantero, et al

Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquía; Facultad de Odontología, Universidad de Antioquía; Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquía; Grupo Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes es un problema de salud pública por su magnitud y los costos que genera como enfermedad crónica. Junto a su abordaje individual, es importante el análisis desde los determinantes de contexto sociales y políticos, en la medida que las posibilidades de cambios para el bienestar de los pacientes dependen ampliamente de decisiones políticas. Los estudios de epidemiología política utilizan al Parlamento como fuente de información para identificar las prioridades en la agenda política sanitaria, y reconocer su coincidencia con las necesidades específicas de los pacientes. Objetivos: Analizar los contenidos de la actividad parlamentaria sobre la Diabetes en España a lo largo del periodo 1979 a 2007.

Métodos: Búsqueda sistemática sobre diabetes en el buscador de Iniciativas Parlamentarias (IP) de la página Web del Congreso de los Diputados (<http://www.congreso.es>). Palabra clave: Diabetes. Aná-

lisis del contenido descriptivo de las IP según: año y legislatura de presentación, actor principal, objetivo, tema, proceso parlamentario seguido y decisión política.

Resultados: La diabetes estuvo presente en 48 IP, sobre todo a partir del año 2000 (69% en la VII y VIII legislatura). Pero, en su mayoría (83,3%) no se tomaron decisiones. El objetivo de control parlamentario es el más frecuente (71%). 62,6% fueron preguntas al gobierno (con respuestas escritas y orales) y 29,2% proposiciones no de ley. Se centraron en determinantes de acceso a servicios sanitarios: 14 IP (29,2%), estrategias de promoción, prevención y atención: 13 (27,1%), discriminación en salud, y en espacios sociales y laborales: 10 (20,8%), reglamentación de transporte: 6 (12,5%), requerimientos de información epidemiológica: 4 (8,3%), reglamentación de productos dietéticos: 1 (2,1%). Se discutieron en pleno 29 IP (70,7%) y 10,4% en la Comisión de Sanidad; siendo el Partido Popular quien presentó más IP (35,4%), seguido por el Grupo Mixto (27%) y el Socialista (23%).

Conclusiones: La defensa de las personas diabéticas, como individuos sujetos de derecho y como grupo poblacional, solo está comenzando en el Parlamento español. El acceso a servicios sanitarios, es el determinante de desigualdad en salud más presente en la agenda política estatal, no así otros determinantes socioeconómicos, como la regulación de productos dietéticos y de transporte, o la discriminación laboral, los cuales son escasamente tratados.

COMUNICACIONES ORALES XXXVI

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Sensibilidad de género en planificación, gestión y práctica clínica

O-231. SENSIBILIDAD DE GÉNERO DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

E. Briones Vozmediano, C. Vives Cases, R. Peiró Pérez, et al

Área de Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER en Epidemiología y Salud Pública; Centro de Salud Pública, Alzira. Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Para incorporar la perspectiva de género en las políticas públicas de salud es necesario que se integren los determinantes de género en su diseño, seguimiento y proceso de evaluación. El objetivo es examinar el grado de sensibilidad de género de las políticas formuladas en los planes nacionales de salud del contexto internacional.

Métodos: Búsqueda sistemática y análisis de contenido de 19 planes nacionales de salud de habla hispana (España, América Latina) disponibles en formato electrónico. Se analizó la sensibilidad de género de la parte simbólica (objetivos y valores generales) y operativa (descripción de problemas de salud general y específicos de las mujeres, entornos de salud, objetivos de apoyo al desarrollo del plan) de los planes. Se define sensibilidad de género como el grado en que se tiene en cuenta el género en el análisis del estado de salud de la población, el planteamiento de los objetivos generales y específicos por problemas de salud y entornos, y en la planificación de las intervenciones. Se construyó un índice de sensibilidad de género para la parte simbólica y operativa de los planes. El índice de sensibilidad de género simbólica contiene un rango de 0 a 4, en el que la puntuación máxima es 4. Los índices de los aspectos operativos de los planes tienen un rango de 0 a 3, en el que la puntuación máxima es 3.

Resultados: España, México, Colombia, El Salvador, Bolivia y R. Dominicana obtuvieron los índices de sensibilidad de género más altos (= 4) en la parte simbólica. En el otro extremo, con un índice

nulo, Ecuador, Perú, Argentina, Honduras, Cuba y Guatemala. Los problemas de salud más frecuentes en los planes de salud (n = 18) son nutrición, enfermedades transmisibles y no transmisibles y salud infantil. Con respecto a los problemas específicos de las mujeres, destaca la salud reproductiva (15) y violencia contra la mujer (13). Los entornos de salud más abordados fueron servicios sanitarios (18), medio ambiente (17) y doméstico (16). En los problemas de salud, la puntuación máxima corresponde a un índice de sensibilidad de género medio (Me = 2), para México y El Salvador; R. Dominicana, Nicaragua y España obtienen un índice bajo (Me = 1) y el resto de países un índice nulo. En los entornos de salud, Salvador obtuvo una mediana de 2, a continuación la República Dominicana y México (Me = 1) y el resto un índice nulo. Ningún país alcanzó la máxima puntuación.

Conclusiones: Todavía es escasa la sensibilidad de género de las políticas planteadas en los planes de salud del contexto internacional. Persiste la identificación de la salud de las mujeres con la salud reproductiva. La sensibilidad de género simbólica y operativa no se corresponde en todos los países.

O-232. LA INCLUSIÓN DEL GÉNERO EN LA FORMULACIÓN DE LOS PLANES DE SALUD MENTAL AUTONÓMICOS

M. Talavera Ortega, I. Montero Piñar, R. Peiró Pérez, et al

Universidad de Valencia; Centro de Salud de Pública de Alzira.

Antecedentes/Objetivos: Tras dos décadas del inicio de la Reforma Psiquiátrica en España, los cambios sociológicos habidos y los resultados de la investigación en torno a diferencias de género en salud, nos conducen a analizar si la información generada se traduce en políticas que promueven la equidad de género en salud mental. **Objetivos:** examinar en qué medida los planes de salud mental de las CCAA incorporan el género en las políticas formuladas y desarrollan medidas para reducir desigualdades de género en la atención y en la prestación de servicios psiquiátricos. Se pretende estudiar hasta qué punto los PSM incluyen la carga de los familiares y qué medidas se adoptan para dar respuesta a este problema.

Métodos: Se diseñó un cuestionario de estructura similar al utilizado en un trabajo previo para analizar la sensibilidad de género en los planes de salud. Los contenidos introductorios del plan fueron designados como contenidos simbólicos y las propuestas de estrategias y medidas específicas para los problemas de salud mental como sensibilidad operativa.

Resultados: En general la sensibilidad a la inequidades de género en las políticas formuladas en los planes es baja. Se observa una tendencia a una mayor sensibilidad simbólica cuanto más reciente es la implantación del Plan de Salud Mental, pero en cambio la sensibilidad operativa es escasa ó nula en gran parte de los planes de las diferentes CCAA. La formación en torno a diferencias de género en salud mental no se ve reflejada en ninguno de los 17 planes revisados.

Conclusiones: El estudio muestra que los planes de SM prestan poca atención a las desigualdades de género a la hora de su formulación, por lo que las autoridades locales y nacionales deben priorizar su inclusión en la agenda política. Los datos existentes sobre carga familiar y necesidades en España son parciales. No obstante las diferentes fuentes apuntan en la misma dirección: un alto porcentaje de la atención y cuidados se llevan a cabo en el entorno familiar, sobre todo por parte de las mujeres, sin la suficiente dotación de sistemas de apoyo. El no contemplar medidas que faciliten la incorporación de otros familiares a los servicios, dificulta un reparto más equitativo de la carga, refuerza el rol tradicional de la mujer e impide que otros familiares puedan prestar cuidados en el futuro, lo que puede suponer un riesgo para la permanencia del paciente en la comunidad.

O-233. ANÁLISIS DEL GASTO HOSPITALARIO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

J.L. Navarro Espigares, E. Hernández Torres, C. López López, et al

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: Actualmente las políticas de promoción y protección de la salud reconocen la necesidad de adaptar la prestación de servicios a las características de cada sexo, lo que implica impulsar la aplicación de medidas que permitan la atención específica a las necesidades sanitarias según género. Este trabajo aborda el análisis en clave de género de la asignación de recursos realizada en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, derivada de la prestación de servicios sanitarios hospitalarios.

Métodos: Estudio descriptivo trasversal del coste por proceso en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves en el año 2006. Variables consideradas: Edad, sexo, procedencia geográfica, tipo de proceso, especialidad, días de estancia y coste económico. El cálculo de costes se basa en la agrupación de los episodios en GRD. La fuente de datos fue el Conjunto Mínimo Básico de Datos de hospitalización (CMBD-H) y de intervenciones ambulatorias (CMBD-CMA). Se realizó un análisis descriptivo de las variables y se comprobó si existen diferencias significativas en las mismas según género. Para el análisis de datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: En el año 2006 se registraron en el HUVN un total de 45.981 episodios (10.778 ambulatorios y 35.203 con ingreso). Aunque el 55,62% de episodios se realizaron a mujeres, éstos suponen el 47% del coste total. Se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en todas las variables analizadas. La estancia media y el coste por proceso son mayores en hombres que en mujeres. Los resultados obtenidos tras excluir los servicios específicos de algunos de los sexos confirman la existencia de diferencias entre sexos.

Conclusiones: El programa presupuestario de Atención Sanitaria en el ámbito hospitalario es un programa sensible y relevante desde la perspectiva de género pues, a pesar de que los valores poblacionales para las mujeres son superiores a los de los hombres y de que estos últimos muestran una menor frecuentación en la utilización de los servicios sanitarios hospitalarios, el coste medio unitario por episodio es mayor que el de las mujeres, lo que les lleva a concentrar el 53% de los recursos totales. Falta por contrastar si dichas diferencias son el reflejo de desigualdades reales en las necesidades de atención sanitaria entre ambos colectivos.

O-234. DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO PARA TENER EN CUENTA LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

R. Rico, E. Aldasoro, M. Calvo, F. Salcedo, M. Barandiaran, E. Reviriego, M. López-Argumedeo, A. Arcelay, U. Martín, et al

Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Osakidetza; Facultad de Sociología. UPV.

Antecedentes/Objetivos: La perspectiva de equidad pretende evitar cualquier tipo de injusticia o discriminación en la atención sanitaria. La equidad es una dimensión que tiene en cuenta las diferencias socioeconómicas, culturales, étnicas, y las existentes entre hombres y mujeres, que a su vez pueden interactuar con las anteriores en la producción de desigualdad. Trabajar con perspectiva de género significa tener en cuenta este último fenómeno. El objetivo de este trabajo es desarrollar un instrumento para detectar sesgos de género en las Guías de Práctica Clínica (GPC) y en la evidencia científica en la que se basan.

Métodos: Se elaboró un cuestionario sobre la importancia de tener en cuenta la equidad y en particular la de género en las GPC. Se dirigió a profesionales que habían formado parte en grupos de elaboración de GPC en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Se realizó una

búsqueda sistemática sobre los criterios utilizados en biomedicina para identificar sesgos de género en GPC. Se llevaron a cabo talleres formativos y de discusión de los criterios identificados en la literatura para desarrollar un instrumento adaptado a la metodología de elaboración de GPC en el SNS.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 77% en mujeres y 67% en hombres. Se encontró un alto grado de acuerdo en considerar los factores sociales como causa de inequidad en salud y en el desarrollo de GPC de alta calidad. Las mujeres mostraban un mayor grado de acuerdo en tener en cuenta las diferencias por razón de sexo y de género en la elaboración de GPC y en la evaluación de su impacto. No se observaron discrepancias en la implementación. Un 72% de mujeres y un 61% de hombres estaban de acuerdo con disponer de una herramienta que facilite la incorporación de la perspectiva de género. Como resultado de la búsqueda de literatura se encontraron dos propuestas que específicamente se dirigían a evaluar la equidad y detectar sesgos de género en GPC y otra sobre el marco conceptual para una investigación libre de sesgos (Bias Free Framework). Este modelo considera tres fuentes de sesgos: el mantenimiento de la jerarquía existente, el fallo en la identificación de las diferencias existentes y el uso de estereotipos que perpetúan las diferencias. En base a este modelo de ha desarrollado un listado de 24 cuestiones distribuidas en seis etapas de elaboración de GPC.

Conclusiones: Este instrumento para detectar sesgos de género en GPC responde a una necesidad sentida por profesionales con experiencia. Para facilitar su utilización es necesario un entrenamiento específico basado en la formación y en la reflexión sobre el género como determinante de la salud.

Financiación. Ayudas Investigación Dep San. Gob Vasco (200411085).

O-235. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

C. Tomás Aznar, M.D. Ariño Martín, T. Yago Simón, M. Eguiluz López, M.L. Samitier Lerendegui, T. Oliveros Briz, G. Palacio Gavín, M.R. Magallón Botaya, et al

REDIAPP (06/018); Centro de Salud Arrabal; Centro de Salud Calatayud; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Centro de Salud San Pablo; Escuela de Ciencias de la Salud; Centro de Salud Oliver.

Antecedentes/Objetivos: La investigación en salud con perspectiva de género es la encargada de señalar e intentar solventar la ausencia de datos indispensables para el conocimiento del estado de salud de las mujeres, además de denunciar los sesgos producidos en el conocimiento científico que sólo ha sido basado en población masculina. Nuestra hipótesis es que la perspectiva de género no es incluida en las diferentes etapas de la investigación, lo que repercute de manera negativa en la salud de las mujeres. 1. Elaborar un protocolo que permita evaluar si la perspectiva de género se encuentra presente en las distintas fases de los proyectos de investigación. 2. Elaborar propuestas de formación específicas en este ámbito.

Métodos: Diseño observacional y descriptivo. Fase exploratoria: revisión bibliográfica exhaustiva; elaboración de documento previo de trabajo a cargo del grupo investigador. Sobre este documento y con metodología cualitativa, han trabajado un Panel de Expertas, seleccionadas a nivel nacional, en reunión presencial en mayo de 2008. Transcripción de datos mediante programa informático de análisis textuales ATLAS.ti. Propuesta de protocolo definitiva. Fase de comprobación de su aplicabilidad en base a su utilización en los proyectos de investigación adscritos a un Instituto de Investigación.

Resultados: Se han leído y revisado más de 100 documentos y publicaciones relativas a la investigación desde la perspectiva de género. No se ha encontrado en ninguno de ellos un protocolo de evaluación que contenga perspectiva de género en todas las fases de evaluación.

Con este material y el aportado por el Panel de Expertas, se ha elaborado una propuesta justificada de ampliación de los protocolos habituales de evaluación de proyectos, con cuestiones a tener en cuenta por los evaluadores de los mismos, para que se valore la perspectiva de género en todas las fases de un proyecto. Se ha elaborado igualmente un glosario de términos específico y se preparan actividades formativas y de difusión de los resultados de este estudio.

Conclusiones: 1. La perspectiva de género no se incluye de manera normalizada en las distintas fases de un protocolo de evaluación de proyectos. 2. La presentación de esta propuesta de protocolo corrige este déficit y aporta al conocimiento científico una nueva herramienta que disminuya las desigualdades de género en el campo de la investigación.

Financiación. Ayudas a proyectos de Evaluación de Tecnologías del Instituto Carlos III. MD07/00215.

O-236. GUÍA METODOLÓGICA PARA INTEGRAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PLANES INTEGRALES DE SALUD

M. Amo Alfonso, et al

Secretaría General de Salud Pública y Participación; Consejería de Salud de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Los Planes Integrales de Salud (PII) plantean una metodología de abordaje de determinados problemas de salud a través de estrategias globales que, con criterios de equidad, calidad y eficiencia, integran las intervenciones más adecuadas sobre todos aquellos aspectos de importancia en el manejo de dichos problemas, desde aspectos preventivos y asistenciales hasta formativos, de investigación u otros. Según las directrices de la OMS y del III Plan Andaluz de Salud, un requisito para alcanzar la equidad en salud es introducir la Perspectiva de Género (PG). Esto supone reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud de mujeres y hombres (y también en sus necesidades de intervención) que trascienden las causas biológicas y que son debidas a factores construidos socialmente. Con este trabajo se pretende suministrar una herramienta metodológica a profesionales y personas implicadas en la elaboración y desarrollo de PII que facilite la incorporación de la PG de forma transversal.

Métodos: 1) Búsqueda documental y priorización de documentos procedentes de publicaciones de orientación feminista y/o elaborados por instituciones u organismos nacionales e internacionales involucrados con el mainstreaming de género. 2) Elaboración preliminar de recomendaciones a partir de aquellas que se identificaron como comunes en varios documentos o que eran ampliamente reconocidas en distintos ámbitos relacionados con el mainstreaming de género y que se adaptaban mejor al formato y necesidades de los PII. 3) Elaboración de las recomendaciones definitivas con las aportaciones de profesionales con experiencia en los ámbitos del género y la salud y de los PII.

Resultados: Elaboración de una guía metodológica de orientación práctica para elaborar e implantar PII con PG, que incluye recomendaciones concretas relacionadas con: equipos de trabajo, redacción de documentos (lenguaje e imágenes), análisis de situación (análisis epidemiológico, de recursos de expectativas), formulación de objetivos y de líneas de acción (comunicación, promoción de salud, prevención, detección precoz, asistencia sanitaria, adecuación de recursos, participación ciudadana, formación, investigación, calidad, sistemas de información y evaluación).

Conclusiones: Además de contar con el compromiso político explícito y la aportación de los recursos y medios necesarios para poder llevarlo a cabo, otra condición necesaria para incorporar la PG es contar con profesionales conscientes de su necesidad de aplicación y con formación para realizarla. Esta herramienta resulta de utilidad para ayudar a los colectivos profesionales involucrados.

COMUNICACIONES ORALES XXXVII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Infancia y medio ambiente

O-237. NIVELES DE COMPUESTOS ORGÁNICOS VOLÁTILES EN LOS DOMICILIOS DE EMBARAZADAS DE VALENCIA Y SABADELL. PROYECTO INMA

S. Llop, F. Ballester, I. Aguilera, M. Estarlich, J. Sunyer, A. Esplugues, C. Iñiguez, R. Fernández-Patier, et al

Escola Valenciana d'Estudis en Salut (EVES); CIBERESP; Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL); Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La exposición a Compuestos Orgánicos Volátiles (COV) puede representar un riesgo para la salud. El embarazo es un periodo crítico debido a que los fetos, en comparación con los adultos, son más vulnerables a la exposición de tóxicos ambientales. El objetivo de este estudio es describir la exposición exterior (E), interior (I) y personal (P) a Benceno (B), Tolueno (T), Etilbenceno (Et), o-Xileno (oX) y mp-Xileno (mpX) en embarazadas de Valencia y Sabadell.

Métodos: La población de estudio es una submuestra de embarazadas pertenecientes a las cohortes del proyecto INMA de Valencia (n: 50) y Sabadell (n: 57). Las submuestras de ambas cohortes fueron seleccionadas siguiendo criterios geográficos y poblacionales con el fin de obtener una adecuada representación. Se instalaron captadores pasivos durante 48 horas en el exterior e interior de los domicilios, así como personales. Tras las 48 horas las mujeres cumplimentaron un cuestionario sobre las actividades realizadas durante este tiempo. Durante el embarazo, las mujeres cumplimentaron otros dos cuestionarios, de donde se obtuvo información sociodemográfica y ambiental. Se realizó un análisis descriptivo de los niveles de estos compuestos, estratificando por su lugar de residencia. Se calculó los coeficientes de correlación de Spearman entre los niveles exteriores, interiores y personales de cada compuesto.

Resultados: Las medianas de los niveles de B en Valencia (E: 1,39; I: 2,40; P: 3,05 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) fueron más altas que en Sabadell (E: 0,01; I: 0,32; P: 1,01 $\mu\text{g}/\text{m}^3$). Se encontró el mismo patrón para el resto de los contaminantes, excepto para el T, cuyos niveles fueron similares en ambas ciudades. Los niveles personales resultaron ser más altos que los interiores, y éstos más altos que los exteriores. Las correlaciones entre los niveles E, I y P de los cinco contaminantes resultaron ser positivas y significativas. La mejor correlación fue hallada entre los niveles personales de mpX y Et (0,896; $p < 0,01$).

Conclusiones: Los niveles personales fueron más altos que los niveles interiores y exteriores. Los niveles de COV encontrados en Valencia y en Sabadell son inferiores a los encontrados en otros estudios ya publicados. Es el primer estudio realizado en España donde se describe los niveles exteriores, interiores y personales de estos compuestos en población vulnerable como son las mujeres embarazadas.

Financiación. G03/176, FIS-FEDER: 03/1615, 04/1112, 04/1509 y 06/1213, Conselleria de Sanitat: p024/2007 y p021/2008.

O-238. DETERMINANTES DE DIÓXIDO DE NITRÓGENO (NO₂) INTERIOR Y EXTERIOR EN DOMICILIOS DE NIÑOS DE 1 AÑO DE LA COHORTE INMA VALENCIA

A. Esplugues, M. Estarlich, C. Iñiguez, S. Llop, E. Mantilla, F. Ballester, et al

EVES, Valencia; CIBERESP; CEAM, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Los niños pequeños son especialmente vulnerables a los efectos de la contaminación atmosférica. El dióxido

de nitrógeno es uno de los contaminantes atmosféricos más estudiados. En el exterior está relacionado con el tráfico mientras que en el interior la producción de NO₂ está relacionada con el uso de aparatos de gas. Este estudio examina la concentración de NO₂ y la contribución de sus determinantes más importantes.

Métodos: La población son 360 niños de 1 año de la cohorte INMA-Valencia. El área de estudio consta de 4 zonas diferenciadas: urbana (U), metropolitana (M), semiurbana (SU) y rural (R). En los domicilios estudiados se instalaron captadores pasivos de NO₂ durante dos semanas, tanto en el interior como en el exterior. Los valores exteriores se han corregido estacionalmente. Además se recogieron variables de exposición ambiental mediante un cuestionario y también provenientes de sistemas de información geográfica. Con las variables recogidas se realizaron modelos de regresión logística múltiple.

Resultados: Las concentraciones de NO₂ exteriores fueron superiores que las interiores, siendo las medianas (P10-90) 26,2 (9,6-45,9) y 18 (7,5-34,6) µg/m³ respectivamente (p < 0,01). En el análisis de regresión múltiple se obtuvo como principales determinantes de la concentración exterior el tipo de zona, la frecuencia de vehículos, la altura de la vivienda, la distancia a una calle con más de 50.000 vehículos diarios y el porcentaje de suelo urbano. Para el interior los determinantes son la estación del año en la que se realizaron las mediciones, el país de origen, la zona del municipio, la concentración de NO₂ exterior, ventana del comedor interior o exterior, el tipo de cocina y la calefacción. Estos determinantes pueden explicar el 45% de la variación de la concentración exterior y el 59% de la interior.

Conclusiones: Los resultados muestran que en el 19,8% las concentraciones de NO₂ en el exterior de las viviendas de los niños fueron superiores a 40 µg/m³, límite promedio anual fijado en la legislación vigente. La concentración exterior determina la mitad de la interior, lo cual indica la importancia de las medidas de control de estos niveles. Además, los resultados podrían ser tenidos en cuenta al promover la salud en relación a estilos de vida domésticos.

Financiación. G03/176, CIBERESP, FIS-FEDER: 03/1615, 04/1112, 04/1509 y 06/1213.

O-239. EXPOSICIÓN A CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA DURANTE EL EMBARAZO Y TAMAÑO DEL RECIÉN NACIDO EN LA COHORTE INMA VALENCIA

F. Ballester, M. Estarlich, C. Iñiguez, S. Llop, R. Ramón, A. Esplugues, M. Rebagliato, et al

EVES; CSISP; CIBERESP; UMH.

Antecedentes/Objetivos: La exposición a contaminación atmosférica durante el embarazo puede representar un compromiso para el crecimiento fetal. El objetivo del estudio es evaluar la asociación de la exposición a contaminación atmosférica de las embarazadas en el estudio INMA en Valencia con el tamaño al nacimiento de sus hijos.

Métodos: La población a estudio son 785 mujeres de la cohorte INMA Valencia y sus hijos recién nacidos en 2004-06. Utilizando técnicas de geoestadística (kriging, regresión de sus del suelo) se obtuvo la predicción de niveles de NO₂ para cada punto del área. A partir de las coordenadas georeferenciadas de la residencia de cada mujer y de la información temporal de niveles de NO₂ de las estaciones de la Red de Calidad del Aire se asignó un estimador de exposición individual a cada mujer correspondiente al periodo de su embarazo. Con el fin de examinar ventanas de susceptibilidad se construyó también un estimador de exposición en cada uno de los trimestres de embarazo de cada mujer. Las variables a estudio fueron el peso y la talla al nacimiento ajustadas para edad gestacional en cada uno de los sexos. Se definió pequeño para edad gestacional (PEG) a los niños cuyo peso o talla se situó por debajo del percentil 10 de tablas poblacionales españolas. La asociación de la exposición a NO₂ con las medidas en continuo se analizó mediante regresión lineal simple y mediante re-

gresión logística para las medidas de PEG. Se controló por las características familiares y exposiciones de la madre relacionadas con el tamaño al nacimiento.

Resultados: El promedio de los niveles de exposición individual fue de NO₂ 36,8 µg/m³. El 43% de las mujeres desarrollaron su embarazo en un ambiente con niveles de NO₂ exterior superiores a 40 µg/m³ (valor límite anual en la Unión Europea). La exposición a NO₂ durante el primer trimestre de embarazo aparece asociada más negativamente a las variables de peso y talla, aunque no alcanzó la significación estadística. La exposición a niveles por encima de 40 µg/m³ durante el primer trimestre de embarazo se asoció con una disminución de la talla al nacer de 0,13 cm (IC 95%: 0,01-0,26).

Conclusiones: Un porcentaje importante de mujeres embarazadas están expuestas a niveles por encima de los contemplados en la legislación. Los resultados sugieren una asociación entre la exposición a contaminación atmosférica durante el embarazo y el crecimiento fetal. Las exposiciones tempranas parecen jugar un papel más relevante.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III (G03/176), FIS-FEDER 03/1615, 04/1509, 04/1112 y 06/1213.

O-240. EXPOSICIÓN AMBIENTAL A METALES PESADOS Y TOXICIDAD NEUROCONDUCTUAL EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS. UN ESTUDIO EXPLORATIVO

R. Capelo, J. Alguacil, D. Rohlman, V. Navarro, M. Contreras, J. Anglada, M. González, F. Navarro, B. Pérez, et al

Universidad de Huelva (Huelva); Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva); Oregon University (EEUU); CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Contaminantes industriales como el plomo, metilmercurio y arsénico son causas reconocidas de toxicidad neuroconductual (autismo, hiperactividad, déficit de atención, dificultad en el aprendizaje y retraso mental). Los niños son más vulnerables a dichas exposiciones debido a que sus mecanismos de desintoxicación y muchas funciones complejas del sistema nervioso central aun están desarrollándose. El objetivo del presente estudio fue explorar si existen diferencias en la función neuroconductual de niños residentes en áreas geográficas con diferente exposición ambiental a metales pesados.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal. Se reclutaron 30 niños y 30 niñas nativos españoles de entre 9 y 11 años de edad y escolarizados en colegios públicos de diferentes poblaciones de la provincia de Huelva en las que existe contaminación ambiental potencial por metales pesados. Los niños se emparejaron por edad (± 4 meses) y sexo con 15 niños y 15 niñas de otras provincias andaluzas (Sevilla y Jaén). La neurotoxicidad se evaluó mediante una batería de seis pruebas que forman parte de la versión en español del test BARS (Behavioral Assessment and Research System). Las funciones evaluadas con cada prueba fueron velocidad de respuesta y coordinación, función mental compleja, aprendizaje y memoria, atención y memoria, atención sostenida, y velocidad de respuesta. La asociación entre residir en una población onubense potencialmente contaminada por metales pesados y cada una de las funciones mentales evaluadas se realizó mediante un análisis de regresión lineal ajustado por edad y sexo. Las medias se compararon mediante el test t de Student.

Resultados: No se encontraron diferencias en las pruebas de evaluación del desarrollo neuroconductual entre los niños escolarizados en poblaciones onubenses potencialmente contaminadas por metales pesados y los niños escolarizados en otras provincias sin dicha contaminación. Si bien los niños escolarizados en zonas potencialmente contaminadas presentaron una velocidad de respuesta más lenta (427 mseg) en la prueba de reacción simple que el resto de niños (408 mseg; p = 0,171); el tiempo de latencia en la prueba de

atención sostenida fue mayor en los niños no expuestos (382 mseg) que en los expuestos (348 mseg; $p = 0,013$).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que no existen diferencias en las pruebas de evaluación de toxicidad neuroconductual entre niños escolarizados en poblaciones con exposición ambiental potencial a metales pesados y los niños escolarizados en otras poblaciones.

Financiación. Universidad de Huelva; CIBERESP.

O-241. EXPOSICIÓN A CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA EN GRANADA (SURESTE PENINSULAR) Y DESARROLLO COGNITIVO INFANTIL

C. Freire, R. Ramos, R. Puertas, M.J. López-Espinosa, M.F. Fernández, L.D. Rosado, N. Olea, et al

Hospital Universitario San Cecilio, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Un gran número de estudios han demostrado la asociación de la exposición a contaminación atmosférica por partículas, principalmente derivada del tráfico, con problemas cardiorrespiratorios en niños y en adultos, pero la evidencia de su posible efecto neurotóxico es escasa. La concentración de NO_2 en ambientes exteriores es un indicador aceptado de la contaminación relacionada con tráfico, ya que existe una buena correlación entre NO_2 y otros componentes de las emisiones de los vehículos. El objetivo de este estudio es investigar la asociación entre exposición a NO_2 y desarrollo cognitivo en niños de la provincia de Granada, en el contexto de la red Infancia y Medio Ambiente (INMA).

Métodos: Se realizó el seguimiento de la cohorte de niños INMA-Granada a los 4 años de edad, durante el periodo 2005-2006. Se recogió la información necesaria para el análisis de 210 niños, que residían zonas tanto urbanas como rurales. La exposición a NO_2 fue estimada mediante modelos Land Use Regression (LUR). Se usó una versión estandarizada del test McCarthy Scales of Children's Abilities (MSCA) para evaluar las habilidades cognitivas y motoras de los niños. Mediante análisis multivariante se evaluó la relación entre la exposición a NO_2 y las puntuaciones del MSCA, ajustando por las posibles variables confusoras.

Resultados: Se observó un efecto negativo de la exposición a NO_2 en todas las sub-escalas del test MSCA después de ajustar por las variables físicas del niño, y las características sociodemográficas y psicológicas de los padres, a pesar de que los niveles estimados de exposición fueron bajos ($5\text{-}36 \mu\text{g}/\text{m}^3$). La exposición a concentraciones más altas de NO_2 ($> 24,75 \mu\text{g}/\text{m}^3$) resultó asociada con una disminución de 4,19 puntos en el índice general cognitivo, y disminuciones de 6,71, 7,37 y 8,61 puntos en las áreas cuantitativa, memoria de trabajo y motora gruesa, respectivamente. Excepto para la función motora gruesa ($p \leq 0,10$), las asociaciones no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: Aunque las asociaciones no alcanzaron la significación estadística en algunos parámetros, la magnitud de las asociaciones entre la exposición a NO_2 y las funciones cognitivas es considera-

ble, lo que sugiere que la contaminación atmosférica de tipo urbano puede afectar adversamente al neurodesarrollo, especialmente en los primeros años de vida, incluso a niveles de contaminación moderados. Se sugiere, por tanto, la necesidad de su incorporación en los Programas de Monitorización.

O-242. ASISTENCIA A PISCINAS Y SALUD RESPIRATORIA EN NIÑOS

L. Font-Ribera, C.M. Villanueva, J.P. Zock, M.J. Nieuwenhuijsen, D. Heederik, M. Kogevinas, et al

Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL), Barcelona; IMIM-CIBERESP; Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS), Utrecht.

Antecedentes/Objetivos: El ambiente de las piscinas es irritante debido a la presencia de cloro y subproductos de la cloración, especialmente de la tricloramina en el aire. Algunos estudios en Bélgica sugieren que la asistencia a piscinas incrementa el riesgo de padecer asma en niños, pero los resultados no son concluyentes. Este tema es relevante, especialmente en España donde la asistencia a piscinas es muy común. El objetivo del estudio es evaluar la asociación entre la asistencia a piscinas y la presencia de síntomas respiratorios y alérgicos en niños.

Métodos: La población de estudio fueron los niños de 4^o a 6^o de primaria (9-12 años) de Sabadell (Barcelona). Mediante un cuestionario cumplimentado por los padres obtuvimos información sobre asistencia a piscinas cubiertas y descubiertas actualmente y desde el nacimiento, síntomas respiratorios en los últimos 12 meses (sibilancias, medicación para el asma, rinitis y rinitis alérgica) y asma y eczema alguna vez en la vida. La edad, el IMC, otra actividad física y el asma y nivel educativo de los padres se recogió como variables confusoras. Para evitar causalidad inversa se preguntó si la asistencia a la piscina se debía a motivos de salud y los niños que respondieron afirmativamente fueron excluidos del análisis. Se calcularon las odds ratio (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95% de tener síntomas respiratorios asociados con índices de asistencia a la piscina, ajustando por factores de confusión. La tasa de respuesta fue del 58% ($N = 3.201$).

Resultados: El 56,2% de los niños empezó a ir a la piscina antes de los 4 años. La asistencia a piscinas no se asoció con asma alguna vez en la vida, tampoco entre los niños con eczema. Por el contrario, la asistencia a piscinas tiende a disminuir la prevalencia de asma actual, rinitis y rinitis alérgica. Los niños que asistieron a piscinas antes de los 2 años tienen una OR de tener rinitis alérgica actualmente de 0,68 ($\text{IC}_{95\%} = 0,48\text{-}0,95$). Hemos encontrado un aumento de riesgo de eczema alguna vez ($\text{OR} = 1,66$; $\text{IC}_{95\%} = 1,33\text{-}2,07$, entre las categorías de más y menos exposición).

Conclusiones: La asistencia a la piscina no se asoció con asma alguna vez, sino con menos síntomas respiratorios actualmente y con más eczema. El beneficio de la actividad física podría contrarrestar en parte la exposición al ambiente irritante de las piscinas sobre la salud respiratoria de los niños. Serían necesarios estudios longitudinales para asegurar que se evita la causalidad inversa.

XIII Congreso SESPAS

Sevilla, 4-6 de marzo de 2009

PÓSTERES I

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

Acción local en salud e intersectorialidad

P-001. PROGRAMA INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN DE BRUCELOSIS EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA DE OSUNA PERIODO 1997-2008

F. Palos Calero, J.M. Navajas Llamas, C. Pérez Lozano, F. Sánchez Rodríguez, E. Torres Butrón, C. Sánchez Peña, J.M. Giraldez Martínez, E. Gómez Reina, R. López Pérez, et al

Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla).

Antecedentes/Objetivos: En el periodo especificado se fue constituyendo a lo largo de los años una red intersectorial en el ámbito del Área de Gestión Sanitaria de Osuna, con participación de Ayuntamientos, Consejería de Agricultura, Consejería de Educación (Colegios, Institutos), Asociaciones, Policía Local, Guardia Civil, Profesionales sanitarios, medios de comunicación y población en general, debido al problema de un alto número de casos de Brucelosis. Objetivo fue "Disminución de la prevalencia de Brucelosis humana a través de medidas de promoción de la salud, acercándonos todo lo posible a la tasa de incidencia del II Plan Andaluz de Salud, de 6 afectados por 100.000 habitantes.

Métodos: Reuniones y presentación del Programa a todos los intervinientes. Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar de Salud, formado por Veterinarios, Médicos, Trabajadoras sociales. Elaboración de mensajes del programa dirigido a ganaderos y población en general, para su difusión a través de televisiones locales, radio, soportes divulgativos, prensa local y comarcal. Programación de actividades a desarrollar a los distintos segmentos de la población, en primavera y otoño fundamentalmente. Jornadas con Policía Local, Colegios, Ganaderos, Guardia Civil, Industrias Alimentarias, Asociaciones. Organización de II Jornadas científicas de Brucelosis a nivel de Andalucía. Actuaciones de control oficial a nivel de industrias lácteas.

Resultados: Disminución de la tasa de incidencia por debajo de 6 casos por 100000 habitantes. Cambios conductuales de hábitos alimentarios en cuanto a consumo de quesos sin etiqueta o leche sin pasteurizar y sobre manejo con animales por parte de los ganaderos. Experiencia de una red intersectorial de salud, como antesala de la creación de una Red de Promoción de Salud en el Área Sanitaria de Osuna.

Conclusiones: Dificultad en cuanto a la intersectorialidad, pero da como fruto una experiencia enriquecedora, participativa, y de mejora de salud de la población, en un problema clásico en salud pública. Una red interdisciplinar es dinámica, dado los cambios de los distintos actores.

P-002. EL AYUNTAMIENTO, SOCIO ESTRATÉGICO EN POLÍTICAS DE SALUD: COMEDORES ESCOLARES COMO MARCO EDUCATIVO DE SALUD.

J.M. Capitán, A.B. Gallego, M.A. García, A. Morales, A.M. Rueda, M.D. Martínez, G. Garrucho, et al

Observatorio de la Salud; Delegación de Salud y Consumo; Ayuntamiento de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: El Plan Municipal de Salud Alimentaria responde a la necesidad de promocionar hábitos y actitudes saludables; tiene como objetivo favorecer la salud de los sevillanos en general y la de los escolares en particular. En 1984 se inicia en los colegios el Programa de Educación para la Salud. En 2002 se realiza el Estudio sobre el Comportamiento Alimentario de los Jóvenes Sevillanos cuyos resultados impulsa entre otras acciones la intervención en los comedores escolares. En 2004 culmina el primero de los tres estudios realizados sobre la calidad nutricional del menú escolar.

Métodos: La acción conjunta con la Delegación Provincial de Educación permite la elaboración e inclusión de un protocolo nutricional con carácter prescriptivo en el pliego de contratación de las empresas de catering con lo que quedan definidos los menús en los centros educativos de Sevilla y resto de Andalucía. En 2007 se insta a la creación de la mesa intersectorial para el seguimiento de los comedores escolares en la que participan todos los organismos implicados: Delegación de Educación, Servicio de Infraestructuras, Consejería de Salud y Ayuntamiento de Sevilla. Se trabaja en el control de calidad, seguimiento y evaluación de los menús en los centros públicos gestionados por catering: aprobación mensual de la propuesta de menú que realiza cada catering, visitas periódicas a los centros escolares para supervisar el cumplimiento del protocolo nutricional y realizar tests organolépticos "in situ", cuestionarios de satisfacción a escolares y monitores dos veces al año y formación de escolares, padres, profesores, monitores y personal hostelero.

Resultados: Desde que a las empresas de catering se les exige el cumplimiento del protocolo nutricional, ha supuesto para los escolares pasar de un consumo de menús poco saludables en el 100% de los colegios sevillanos en 2004 al consumo de menús saludables en el 78.2% de los colegios públicos en junio de 2008. El 68% de los escolares con un menú saludable declararon que la comida era de su agrado y la calificación media obtenida en los 128 test organolépticos realizados fue de 8 sobre 10.

Conclusiones: Se mejora la calidad nutricional de los menús escolares en centros públicos. Debemos seguir optimizando los menús de los comedores escolares, extendiendo el trabajo a la totalidad de los centros educativos de Sevilla y continuar realizando un trabajo directo con los padres, profesores y hosteleros para que la alimentación global de los escolares mejore, obteniendo resultados reales en la disminución de las posibles consecuencias de la malnutrición infantil: obesidad, diabetes o hipercolesterolemia entre otras.

P-003. TEATRO Y SALUD: TRAS LA BÚSQUEDA DE UN ESPACIO COMÚN

M.A. García, J.M. Capitán, A.B. Gallego, A. Morales, R. Muñoz, L. Ruíz, G. Garrucho, et al

Observatorio de la Salud; Delegación de Salud de Consumo; Ayuntamiento de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Una de las líneas de trabajo del Observatorio de la Salud consiste en la apertura de nuevas puertas de entrada para el desarrollo de programas de actuación con los jóvenes, proponiéndose el teatro como un elemento, espacio e instrumento idóneo para el trabajo en promoción de salud, suponiendo además un escenario excelente donde abordar el trabajo con jóvenes desde la idea de “desde el joven, para el joven”, utilizando la llamada estrategia de mediación. Se propone el programa “Teatro y Prevención del SIDA”. Los objetivos son facilitar que los jóvenes aprendan a gestionar positivamente las situaciones de riesgo que se les presenten en relación con el VIH/SIDA y favorecer el uso del teatro como espacio común para promoción de salud con la población joven.

Métodos: El programa se dirige a jóvenes de 15 a 24 años de la zona de necesidad de transformación social Tres Barrios de Sevilla. Se oferta a Institutos de Educación Secundaria, Escuelas-Taller y Talleres Prelaborales. Como recursos humanos intervienen una compañía de teatro, dos psicólogos expertos en sexología y un médico. Consta de una actividad previa en el aula, participativa, donde se trabajan contenidos teóricos sobre VIH/SIDA y se introduce el argumento de la obra, a continuación se representa la obra “La Bendita Pureza” tras la que hay un coloquio con los actores, y se finaliza realizando una actividad posterior en el aula, para reforzar mensajes y valores transmitidos por la obra.

Resultados: Del total de alumnos teóricos, 143, han participado 125 (87,4%), con una edad media de 17 años, 56% hombres y 44% mujeres. En adquisición de conocimientos (cuestionarios pre y post actividades), el porcentaje de alumnos con todas las respuestas correctas ha pasado del 39,2% al 65,4%. Para un 86,3% la información ha quedado muy clara, y para un 35,4% hay mucha diferencia entre la información que tenían y la recibida. En las preguntas abiertas se repiten las ideas de haberles gustado en general; haber recibido mucha y buena información; el deseo de repetir actividades similares; y la consideración del teatro como medio interesante para recibir información y aprender.

Conclusiones: La alta participación en el programa en relación al número de centros donde se realizó la oferta, el aumento de conocimientos de los alumnos, la valoración positiva del teatro y el interés en realizar más actividades en esta línea, indican que se ha considerado una intervención útil y eficaz. El teatro, novedoso y desconocido como recurso en promoción de salud, facilita la transmisión de los contenidos, y la relación entre jóvenes actores y espectadores constituye una excelente estrategia de mediación. Se recomienda extender la oferta al resto de jóvenes de la ciudad de Sevilla.

P-004. PROGRAMA SALUD ESCOLAR 2008: CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO

L. Plaza Piñero, F.J. Moreno Castro, J.J. Navas Corbacho, et al

SAS Distrito Jerez Costa Noroeste.

Antecedentes/Objetivos: La Ley 28/05 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, consumo y publicidad de los productos del tabaco se desarrolla en Andalucía mediante el Decreto 150/06 que establece en su art. 4.1 los requisitos técnicos que deben cumplir las señalizaciones que anuncian la prohibición de fumar colocados, obligatoriamente, a la entrada de los

centros y dependencias que establece la Disposición adicional 3ª de la Ley 28/05. La revisión entorno escolar (Programa Anual de Salud Escolar) incluye la observación del cumplimiento de la citada normativa. Objetivos: conocer el grado de cumplimiento de la normativa vigente en el Medio Ambiente Escolar en lo referente a la señalización de prohibición de fumar.

Métodos: Método analítico descriptivo tomando una muestra aleatoria de 40 centros escolares de distintas localidades del Distrito Sanitario Jerez-Costa Noroeste. Como material se ha utilizado el cuestionario higiénico-sanitario de control de medio ambiente escolar del Programa de Salud Escolar 2008, actas de inspección del año 2008 e informes evacuados.

Resultados: -Centros señalizados: 82,5%. -Señalización ajustada a normativa: 60,6%. -Señalización no ajustada a normativa: 39,4%. Centros no señalizados: 17,5%.

Conclusiones: Se concluye del estudio realizado que, aunque los porcentajes obtenidos de Centros señalizados sean elevados, el incumplimiento de la normativa es alto, teniendo en cuenta el tiempo que lleva en vigor (la legislación nacional y autonómica sobre medidas sanitarias frente al tabaquismo lleva en vigor desde el año 2006). Siendo el Medio Ambiente Escolar un elemento fundamental para el aprendizaje intelectual, para adquirir conductas sociales correctas y hábitos saludables sería necesario implicar a todos los agentes actuantes en el cumplimiento de la normativa para que, desde una temprana edad, los escolares adquieran conocimientos sobre esta normativa y sean conscientes de la importancia del respeto a los espacios libres de humos.

P-005. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

A. Pons Tubío, E. Lara Quesada, R. Campuzano Fernández-Colima, M. Tapia Chacón, M.J. Macías Domínguez, M.E. Ruiz Chaguaceda, M. Martín Olmos, S. Moya Fernández, C. Orgado Pérez, et al

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; Delegaciones Provinciales de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. La Consejería de Salud ha puesto en marcha el Proceso de AT siendo necesario establecer mecanismos de coordinación intersectorial que permitiesen la correcta atención de los menores objeto de AT y sus familias.

Métodos: Reuniones de coordinación entre las tres Consejerías fundamentalmente implicadas (Salud, Educación, Igualdad y Bienestar) a diferentes niveles de decisión. Realización de Jornadas Intersectoriales con la presencia de los referentes provinciales para AT.

Resultados: Unificación de criterios, documentos y circuitos de derivación entre los profesionales del Servicio Andaluz de Salud y de los Centros de Atención Infantil Temprana (CAITs). Planificación conjunta de la escolarización en Educación Infantil y Primaria de menores procedentes de Atención Temprana. Derivación desde los Centros de Atención Socioeducativa a los profesionales del SAS de menores con sospecha de trastornos del desarrollo Cursos de formación intersectorial Formación de un equipo intersectorial provincial (Equipo Provincial de Atención Temprana) que favorezca el cumplimiento de los protocolos establecidos, constituido por las Consultoras Provinciales de Salud para AT y los referentes provinciales de Educación e Igualdad. Se ha unificado un lenguaje sobre el diagnóstico de los trastornos del desarrollo para todos los sectores (Organización Diagnóstica de Atención Temprana) Se ha elaborado una Guía de Estándares de Calidad para los CAITs.

Conclusiones: La sensibilización y formación de los profesionales ha incrementado la detección y derivación de menores con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos pasando de 2.978 menores en 2005 a 5.754 en 2008. La figura de las consultoras provinciales de AT ha facilitado la planificación de nuevos CAITs en las provincias pasando de 94 en 2005 a 129 en 2008. El EPAT ha favorecido la continuidad asistencial y la optimización de los recursos. Es preciso seguir avanzando en la coordinación intersectorial para alcanzar el desarrollo completo de la AT en nuestra Comunidad que permita conseguir la equidad tanto en la accesibilidad geográfica a la atención como en el tratamiento de estos menores y su familia.

P-006. EPS Y LEY ORGÁNICA DE EDUCACIÓN: EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL EN ALCORCÓN

A. Deza, S.F. Rodríguez, M. Palop, P. González, P. Cristóbal, C. González, P. Pérez, C. Zamorano, L. Sánchez, et al

Consejería de Educación; Consejería de Sanidad; Concejalía de Salud y Mercados; Concejalía de Educación y Deportes; Cruz Roja; Concejalía de Recursos Humanos, Seguridad y Circulación.

Antecedentes/Objetivos: Entre los objetivos de la "Escuela Promotora de Salud", se haya integrar de manera coherente la Educación para la Salud (EpS) en el proyecto curricular. La Mesa de Salud Escolar de Alcorcón durante el curso escolar 2007-08, se propuso integrar aquellas actividades de EpS que se oferta a los centros escolares, a la Ley Orgánica de Educación (LOE) y los Decretos 17/2008, 22/2007 y 23/2007 de la Comunidad de Madrid, por los que se establece el currículo de educación infantil, primaria y secundaria obligatoria (ESO) respectivamente.

Métodos: Se revisaron uno a uno los distintos contenidos curriculares de la LOE y de los Decretos para cada etapa, ciclo y curso, seleccionando los objetivos y contenidos que tenían relación con temas de prevención y promoción de la salud. Posteriormente, se asignaron a cada uno las distintas actividades de EpS (cursos, talleres, charlas, exposiciones, etc.) y/o recursos bibliográficos de apoyo que se ofertan a colegios e institutos, diferenciando los destinatarios (profesorado, familias y/o alumnado), la duración de la actividad y la institución organizadora.

Resultados: Entendiendo la salud como un concepto holístico (bienestar bio-psico-social), para educación infantil se seleccionaron un total de 7 objetivos de etapa. El número de contenidos distintos fue de 21 a los que se les pudo asignar 20 actividades/recursos bibliográficos ofertados. Para educación primaria se seleccionaron 8 objetivos de etapa, 30 contenidos curriculares con 52 actividades/recursos. En el caso de ESO, se eligieron 9 objetivos de etapa y 129 contenidos relacionados con salud de todas las asignaturas impartidas, a los que se relacionaron 118 actividades distintas. Si agrupamos por temas, destacan la prevención del consumo de drogas, tabaco y alcohol; prevención de accidentes/primeros auxilios, habilidades sociales, violencia de género, anatomofisiología del cuerpo humano y cuidado del medio ambiente.

Conclusiones: La EpS está presente en todo el currículo de la LOE sin diferenciar ciclos, cursos y/o asignaturas. Desde las distintas instituciones que prestan servicios en Alcorcón, se ofertan recursos de calidad que pueden contribuir a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud de toda la comunidad educativa. Se debe transmitir a los docentes las posibilidades de utilizarlos, y su doble aplicación tanto para EpS como para cumplir objetivos docentes, con el fin de rentabilizar los recursos, objetivo prioritario de la Mesa de Salud Escolar.

P-007. RESULTADOS DE UN MODELO DE COOPERACIÓN Y ALIANZAS PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

A. Lozano Olivar, F. Martínez Moreno, C. López Alegría, F. Pérez Riquelme, D. Torres Chacón, F. Pagán Martínez, J. Gutiérrez García, et al

Consejería de Sanidad y Consumo; Consejería de Educación.

Antecedentes/Objetivos: Las conferencias mundiales de promoción de la salud coinciden en afirmar que las políticas y alianzas destinadas a emponderar a comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional. En nuestra Región, desde 1986, se han desarrollado estrategias de colaboración conjuntas entre Sanidad y Educación que culminan con la elaboración del Plan de Educación para la Salud en la Escuela. El objetivo es presentar los resultados obtenidos tras definir un marco conjunto, estructurado, sistemático y continuado para la promoción de estilos de vida saludables en los distintos ámbitos de intervención.

Métodos: Se constituye una Comisión de Coordinación formada por políticos y técnicos de los sectores educativo y sanitario para elaborar un plan de educación para la salud (EpS) en la escuela, su puesta en marcha, desarrollo, seguimiento y evaluación, que posteriormente se apoya en un Comité Técnico. Se realiza un análisis de situación. Se forman grupos de trabajos multisectoriales y multidisciplinares para definir los objetivos, que se organizan en tres estrategias: curricular, participativa y formativa. A la vez se diseñan evaluaciones intermedias y final.

Resultados: Tras su diseño, en 2005 se pone en marcha el Plan al que, hasta el 31 de octubre de 2008 se han adscrito 250 centros docentes (35%). Los principales resultados por estrategias de intervención son: Curricular: Creación del Centro de Recursos de EpS. Elaboración de materiales curriculares: Intervenciones de EpS en las etapas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria... Participativa: Promulgación de normativa: Orden para la regulación de actividades de EpS ofertadas a centros docentes no universitarios... Revisión del servicio de EpS en la Escuela de la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nombramiento de coordinadores de salud en las estructuras de referencia: gerencias y equipos de atención primaria (EAP), centros docentes, CPR, ayuntamientos (100%) Formación de 12 Grupos de Participación Social con coordinadores de salud de centros docentes, EAP, ayuntamientos y asociaciones (26,6%) Formativa: Elaboración del Plan de formación del profesorado en EpS. Realización de actividades formativas en EpS, 517 horas para 2348 profesionales docentes y sociosanitarios. Se han iniciado actividades con las familias.

Conclusiones: La cooperación y alianzas entre instituciones facilitan el desarrollo de la EpS en la escuela y consigue optimizar los recursos y la unificación de los mensajes para la promoción de estilos de vida saludable en los ámbitos escolar, comunitario y en Atención Primaria.

P-008. ESTRATEGIA INTERSECTORIAL DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE MOVILIDAD SEGURA SALUDABLE Y SOSTENIBLE

R. Peiró, F. Messeguer, P. López, A.B. Cruz, C. Herrero, et al

CSP Alzira; CIBERESP Madrid; Agencia Energética de la Ribera; Asociación Policía Local, Ajuntament de Carcaixent; Hospital de la Ribera; Salud Ribera, Departamento 11.

Antecedentes/Objetivos: Dentro de las actividades que se llevan a cabo en el departamento 11 relacionadas con la prevención de lesiones por tráfico, en la semana de la movilidad se hizo una campaña de sensibilización haciendo hincapié en la movilidad segura saludable

sostenible. El objetivo de esta presentación es describir la experiencia de trabajo intersectorial y las actividades realizadas.

Métodos: La agencia energética de la ribera hizo una petición al grupo intersectorial del departamento de salud 11 para realizar actividades de sensibilización coincidiendo con la semana europea de la movilidad. Se plantearon actividades de discusión con 5 mesas redondas con el objetivo de sensibilizar con la seguridad de las bicicletas, en relación a una iniciativa de poner servicios de bicicletas municipales en 5 municipios. Se diseñó una estrategia intensiva, con apoyo de un colegio, para dar a conocer la iniciativa que se lleva a cabo con el proyecto de potenciar que los niños vayan andando al colegio de forma segura. Se propuso diseñar un póster y folletos dirigidos a los centros de atención para hacer visible que también están implicados en este proceso.

Resultados: Se consiguió organizar las 5 mesas redondas con resultados de participación muy bajos. En el colegio los niños con la policía local y el profesorado realizaron actividades de identificación de la situación de seguridad alrededor del colegio como actividad inicial del proyecto andando al colegio. Se invitó a los concejales de seguridad y educación y a los medios de comunicación locales. Se discutió la falta de seguridad alrededor del colegio y las dificultades de ir andando al colegio. La concejalía se comprometió a apoyar el proyecto. Esta actividad salió en los medios locales, en algunos como noticia de primera página. Se pusieron pósters en todos los centros de atención primaria aproximadamente 40 repartiendo también 2.000 folletos entre ellos. El título del póster era: caminar es la mejor receta, con una descripción de la necesidad de andar más y dejar el coche aparcado por cuestiones relacionadas con mejor salud para reducir los accidentes, la contaminación y mejor la actividad física. Contribuyó a hacer visible que se trabaja con objetivos comunes en este tema en las instituciones implicadas.

Conclusiones: Las actividades de sensibilización ayudan a que se entiendan mejor las propuestas de intervención relacionadas con los temas de reducción de lesiones, uso del coche privado y la mejora de la actividad física.

P-009. PROMOCIÓN DEL OCIO, DEPORTE Y ALIMENTACIÓN SALUDABLES: EL RESULTADO DE UN TRABAJO INTERSECTORIAL

R. Moncada Díaz, J. Montoya Vergel, A. Abad Ros, A. García Suarez, A. Baraza Cano, B. Santos Navarro, et al

Distrito Sanitario Poniente.

Antecedentes/Objetivos: Cada vez es más necesario abordar los problemas de salud de nuestras poblaciones desde una perspectiva de Salud Pública, tal y como refleja III Plan de Salud, que establece entre sus líneas prioritarias el "Mejorar la salud mediante el fomento de hábitos de vida saludables". Desde este marco, y por iniciativa de la Unidad de Tabaquismo del PITA, integrada en el modelo de Salud Pública del distrito Sanitario Poniente de Almería, nos planteamos fomentar hábitos y conductas saludables entre la población adolescente y sus familiares y también, sensibilizar a los distintos sectores nuestra población para trabajar en Red y de forma intersectorial en esta y otras iniciativas futuras de Promoción de Salud.

Métodos: Jornada de un día, coincidiendo con el día mundial sin tabaco, para todos los institutos de secundaria del municipio de El Ejido, implicándose las Delegaciones de Salud y Educación, ONGs, Ayuntamiento del municipio y empresas privadas. Las diferentes actividades fueron: zona de stands (promoción de la alimentación saludable y el ejercicio físico; degustación de fruta fresca y abordaje del tabaquismo); competiciones deportivas de fútbol y baloncesto; actividades de ocio y convivencia; entrega de premios del concurso "A No Fumar Me Apunto" y exhibiciones de las escuelas municipales de esgrima y bailes latinos.

Resultados: Acudieron a las Jornadas 1.200 personas entre adolescentes, familiares, profesores; participaron 16 equipos de fútbol y baloncesto para un total de 130 jugadores y 800 personas participaron en las diferentes actividades de ocio. Colaboraron 15 entidades en la realización de las Jornadas de lo que se desprende los siguientes acuerdos de colaboración en otras iniciativas de Promoción de Salud: 2ª Edición de estas Jornadas para el año 2009; I Encuentro de Escuelas Saludables en el Poniente de Almería, colaborando con el Centro de Estudios de Profesorado del Poniente de Almería; Convenio de colaboración con la Asociación Contra el Cáncer; Intervención en zonas de transformación social junto con Servicios Sociales del Ayto. de El Ejido; Aplicación del programa Empresa Libre de Humo en el Ayto. de El Ejido.

Conclusiones: Es necesario Trabajar la Promoción de la Salud de forma intersectorial, fomentando el trabajo en Red. Implicar a las administraciones, ONGs. y empresas hace más fácil y accesible las colaboraciones mutuas en otras propuestas de Promoción de Salud. Implicar a los institutos que van a formar parte de las Jornadas es fundamental para que haya una buena asistencia a las mismas. De las entrevistas con los participantes e implicados se desprende un elevado nivel de satisfacción.

P-010. ABORDAJE INTERINSTITUCIONAL PARA MEJORAR LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN UN DISTRITO CON ELEVADA POBLACIÓN EXTRANJERA

M. Sánchez Benítez de Soto, R. Jiménez Fernández, M. Peñafiel Escámez, S. Vallejo Godoy, R. Fernández Fernández, J. Montoya Vergel, et al

Distrito Poniente de Almería; Servicios Sociales Roquetas de Mar.

Antecedentes/Objetivos: La problemática social asociada a la enfermedad tuberculosa influye de manera negativa al completar un tratamiento complejo con múltiples de larga duración y que requiere una vivienda con medidas adecuadas de aislamiento respiratorio, una alimentación completa y equilibrada, controles clínicos, radiológicos y microbiológicos. En caso de abandono de tratamiento puede haber riesgo de aparición de resistencias a fármacos, empeoramiento clínico y transmisión de la enfermedad. En este contexto nos planteamos mejorar los indicadores de adherencia al tratamiento mediante el trabajo coordinado entre las distintas instituciones.

Métodos: Aplicación del protocolo de tuberculosis del distrito, junto con entrevistas con agentes clave, Ayuntamientos, servicios de salud, servicios sociales y ONGs. Ante el diagnóstico de un caso de tuberculosis se realiza valoración de riesgo social y se contacta con las instituciones implicadas que abordan distintas problemáticas socio-sanitarias. Se analizó información demográfica, aspectos económicos y salud (forma clínica, aislamiento, IMC, etc.). Tras la fase de análisis se diseñó un plan de intervención dirigido a mejorar la aplicación interinstitucional de recursos.

Resultados: 140 pacientes incluidos en el programa durante el periodo 2007-2008. Más del 80% de curaciones, 14% traslados coordinados a otras comunidades, 1% abandonos. El perfil clínico es un hombre subsahariano de 30 años de edad con barrera idiomática y tuberculosis pulmonar bacilífera. No tienen vivienda en propiedad, viven en cortijos diseminados en la periferia de los núcleos urbanos. El domicilio no reúne condiciones mínimas de habitabilidad, hacinamiento y sin posibilidades económicas para conseguir alimentos básicos, productos para la higiene del hogar y personal. El gasto medio por paciente son 450 euros más alojamiento.

Conclusiones: El trabajo coordinado desde las distintas instituciones con un mismo objetivo rentabiliza los recursos existentes consiguiendo mejores resultados en salud. Este abordaje tiene especial relevancia en las enfermedades con gran repercusión en la salud pública como es la tuberculosis.

P-011. FUERZAS DE SEGURIDAD Y SALUD PÚBLICA UNA ALIANZA NECESARIA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

J. Pacheco Calvente, V. Díaz del Val, J. Santoyo González,
G. Moya Fernández, L. Tijeras Bonillo, M. Cervantes Villalobos, et al

Distrito Poniente de Almería.

Antecedentes/Objetivos: La participación conjunta de sanitarios y agentes de la seguridad pública en la atención a ciudadanos en situaciones de violencia, pacientes psiquiátricos, detenciones, etc. es fundamental. Con el fin de mejorar la atención que prestamos a los ciudadanos y ciudadanas de nuestra comarca celebramos unas jornadas para mejorar la coordinación, intercambiar conocimientos, aclarar dudas y elaborar protocolos conjuntos.

Métodos: Jornada de un día, dirigida a profesionales sanitarios, policías locales, policía nacional, guardia civil, jueces, subdelegación de gobierno, personal de prisiones y del instituto andaluz de la mujer. Durante el encuentro, se desarrollaron cuatro mesas debates: 1) Actuación ante la violencia de género, 2) Procedimientos administrativos y responsabilidades legales, 3) Seguridad ciudadana: Atención al paciente agresivo y 4) Medidas de protección de la salud de los profesionales. Para valorar la satisfacción de los asistentes se elaboró un cuestionario donde también se recogían los aspectos positivos, los que eliminarían o modificarían, así como los temas que consideran de interés para futuras ediciones.

Resultados: El encuentro contó con un total de 20 ponentes y 120 asistentes, agrupados en las siguientes categorías profesionales: 6 Auxiliares administrativos, 11 trabajadores sociales, 24 enfermeros, 30 médicos, 5 técnicos de salud y 41 personal de los cuerpos y fuerzas de seguridad. Se valoró la satisfacción de los participantes a través de un cuestionario (puntuación del 1 al 5) en el que se recogían ítems relativos a la organización, y contenidos, estos últimos desagregados por las diferentes mesas. Los resultados fueron muy satisfactorios en todas las mesas, siendo la mesa de Medidas de protección de la salud de los profesionales la más valorada. Entre los aspectos más destacados se encontró el reunir a todos los agentes sociales, el enfoque multidisciplinar, el formato utilizado para las ponencias y mesas de debate, la variedad de los temas tratados y la importancia de la coordinación entre los distintos agentes implicados. También se adquirió el compromiso de formar mesas de trabajo intersectoriales para analizar y consensuar protocolos de actuación conjunta.

Conclusiones: Es necesario trabajar en Salud Pública de forma intersectorial, implicando a diferentes administraciones. De las entrevistas con los participantes e implicados se desprende un elevado nivel de satisfacción.

P-012. ESTRATEGIA DE EMACSA (EMPRESA MUNICIPAL) Y SALUD PARA EVITAR LEGIONELOSIS POR FUENTES ORNAMENTALES DE CÓRDOBA

A. Rubio García, J.M. de la Cruz Azor, J.A. Durán Molina,
M. Fernández Pérez, M.T. Gallego Quevedo, A. Gómez Martínez,
R. Marín Galvín, et al

*Empresa Municipal de Aguas de Córdoba; Distrito Sanitario Córdoba;
Delegación P. Salud Córdoba.*

Antecedentes/Objetivos: Evaluar el riesgo de contaminación por legionella pneumophila (LG), asociado a las fuentes ornamentales de la ciudad de Córdoba.

Métodos: Estudio transversal realizado en la ciudad de Córdoba al total de fuentes ornamentales censadas por EMACSA Evaluación según algoritmo contemplado en la Guía Técnica publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Se utilizan como factores de riesgo asociados a cada instalación: factores estructurales, de manteni-

miento y de operación calculándose un índice total para cada uno de ellos. Con la valoración total de estos factores se determina un Índice global ponderado. El Índice global permite la visión conjunta de todos los factores y facilita la decisión sobre la necesidad y la eficacia de implantar acciones correctoras adicionales en función de las características propias y específicas de cada instalación.

Resultados: De 86 fuentes censadas, 66 fueron objeto de estudio por posibilitar la formación de aerosoles que son capaces de dispersar legionella si en algún momento estuvieran colonizadas por esta bacteria. 63 no presentan riesgo asociado según el algoritmo de la Guía Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo. 2 Presentan un riesgo que hace necesario realizar algunas acciones correctoras. 1 Puede considerarse necesario proceder a su clausura o modificaciones considerables en su funcionamiento inicial.

Conclusiones: Del total de fuentes ornamentales de la ciudad de Córdoba, la mayoría tienen capacidad de aerosolización y por tanto posibilitan la dispersión de legionella. A pesar de ello no presentan en su gran mayoría riesgo asociado como foco contaminante debido a sus características estructurales, de mantenimiento y operaciones que se realizan. Actualmente la desinfección exigida en la normativa vigente de la Comunidad Autónoma Andaluza para este tipo de instalaciones es de 1-3 ppm de Cloro Residual Libre. Estos niveles son difíciles de conseguir por la Empresa Municipal de aguas de Consumo debido al deterioro que producen y la volatilidad de este biocida. Los resultados obtenidos deberían de servir para replantearse la exigencia de desinfección con esta elevada concentración de cloro, y en todo caso aplicarla a aquellas instalaciones que realmente puedan ser foco de contaminación de legionella. La minimización en el uso de cloro y sus derivados es actualmente un reto medioambiental que debe de verse reforzando. El estudio y valoración del riesgo en este trabajo, pone de manifiesto la necesidad de priorizar la vigilancia, supervisión y control de las instalaciones sobre la adición de los niveles de desinfectante exigidos.

P-013. EL INFORME SANITARIO COMO GARANTÍA DE PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA CONCESIÓN DE LICENCIAS MUNICIPALES DE APERTURA

S. Villegas Pérez, M.D. del Águila Giménez, M.I. Montes Escudero,
A. Martínez Tortosa, et al

Distrito Sanitario Poniente de Almería.

Antecedentes/Objetivos: El Distrito Poniente de Almería está integrado por 14 municipios, con una población de 225.731 habitantes, entre los que destacan por crecimiento socioeconómico los de El Ejido, Roquetas de Mar y Vícar. El desarrollo económico y poblacional de la comarca se ha visto reflejado en la proliferación de nuevos establecimientos alimentarios (EA) que han solicitado licencia municipal de apertura, no existiendo un criterio homogéneo por parte de los ayuntamientos a la hora de solicitar informe previo al inicio de la actividad al Distrito Poniente. El Objetivo de este trabajo es evaluar los requisitos higiénico-sanitarios municipales en la apertura de EA en el Distrito Sanitario Poniente de Almería y su repercusión sobre las actuaciones de control oficial para garantizar la seguridad alimentaria como elemento de protección de la salud.

Métodos: Se han valorado las solicitudes de autorizaciones sanitarias de funcionamiento de EA presentadas en Distrito durante los años 2006, 2007 y 2008. Se han clasificando las solicitudes por municipio y por actividad, sin incluir los establecimientos sujetos a inscripción en Registro Sanitario. Se ha consultado a cada Ayuntamiento si exige el Certificado Sanitario emitido por el Distrito como condición indispensable para obtener la licencia municipal de apertura.

Resultados: De los 14 municipios del Distrito en 6 de ellos se exige Informe Sanitario previo a la apertura, mientras que en 8 no se ha establecido este requisito, aunque todos estos son de interior con

poca población, a excepción de Adra (costero y con más de 23000 hab). En el periodo analizado se han solicitado en el Distrito 703 informes sanitarios, correspondiendo el 89% de los mismos a 3 municipios que aglutinan el 78% de la población (Roquetas de Mar, El Ejido y Vícar). Estos 703 establecimientos se han censado, se ha evaluado el cumplimiento de la normativa higiénico-sanitaria de aplicación y de a prevención del tabaquismo y se han clasificado en función del riesgo como parte de las actividades de control oficial en el ámbito de protección de la salud.

Conclusiones: La emisión de un informe sanitario para la apertura de establecimientos alimentarios ha permitido censarlos, comprobar la adecuación a la normativa sanitaria de aplicación y clasificarlos en función del riesgo. Esta exigencia no es común a todos los ayuntamientos del Distrito, sería necesario articular un mecanismo que homogenice criterios ya que la inclusión de este requisito es una garantía de protección de la salud. Proponemos la Red Local de Acción en Salud de Andalucía (RELAS) como marco para articular el mecanismo que haga extensiva a todos los municipios la exigencia de informe sanitario en establecimientos alimentarios.

P-014. UNIDAD DE ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL EN EL PONIENTE ALMERIENSE

A. Sánchez Vázquez, M.D. López Barranco, M.J. Muñoz Vilches, R.A. Montoya Muñoz, M. Álvarez Segura, A. Calcerrada Labrador, E. Martín Medina

Hospital de Poniente, El Ejido. Almería; Centro de Salud El Ejido. Distrito Poniente.

Antecedentes/Objetivos: Nos encontramos con mucha frecuencia en nuestra práctica diaria con situaciones sociales que repercuten en la salud de la población infantil, ante la necesidad de responder a ellas de forma integral, decidimos crear un equipo multidisciplinar cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida de la población infantil y juvenil de nuestra área durante todo su proceso de crecimiento y desarrollo, considerando a la familia y el contexto social como determinantes de salud. Objetivos específicos: mejorar la coordinación intrahospitalaria, interniveles (AP y Especializada) e intersectorial.

Métodos: La población de referencia son todos los menores de 0-18 años de nuestra zona geográfica de referencia. Nuestra metodología se basa en un abordaje integral de la patología biopsicosocial del menor, mediante un trabajo multidisciplinar y multisectorial coordinado en red con orientación a metas comunes en la que los recursos se intercambian, se comparten y se generan. Destacamos la importancia de la familia como centro de la intervención y consideramos que los saldos migratorios originan una serie de cambios en la sociedad que deben tenerse en cuenta.

Resultados: -Diseño y definición de funciones de la Unidad a través de la creación de un proyecto participativo -Elaboración de protocolos consensuados y conjuntos ante diferentes situaciones de riesgo en el menor -Creación de grupos de trabajo y coordinación interniveles e intersectorial -Mayor Sensibilización ante las situaciones de riesgo social por parte de los profesionales que contactan con el menor -Elaboración de proyecto de investigación para promocionar la salud materno infantil en nuestra área.

Conclusiones: Debemos afrontar nuevos retos ante las situaciones sociales que se nos plantean en nuestra práctica diaria. Además de nuestra labor de promoción, prevención y atención a la salud, debemos asumir las nuevas patologías sociales. Para ello es necesario la implicación de todas las áreas que se relacionan con los menores en la comunidad, mediante la puesta en marcha de un trabajo en red. La creación de una Unidad de atención integral infanto-juvenil con estas características, aseguraría un abordaje biopsicosocial que daría respuesta a las nuevas necesidades de esta población.

P-015. ESPACIOS “LIBRES DE HUMO” EN EL SECTOR DE RESTAURACIÓN DEL ÁREA SANITARIA “NORTE DE ALMERÍA”

M.A. Martín Linares, M. Torres Morales, F. Molina Cano, J.B. Bosques Sánchez, M.L. Delgado Muriel, F. de Haro García, B. Alférez Callejón, A. Gullón González, et al

Veterinarios A4; Área Sanitaria “Norte de Almería”; Hospital “La Inmaculada”; Avda. Dra. Ana Parra s/n; Huércal-Overa (Almería).

Antecedentes/Objetivos: La Constitución Española reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, y encomienda en su apartado 2 a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas. El consumo de tabaco constituye uno de los principales problemas para la salud pública, al suponer la principal causa de morbimortalidad evitable; de ahí, pues, la necesaria adopción de medidas que incidan sobre el consumo y la venta, con el aumento de los espacios sin humo, la limitación de la disponibilidad y accesibilidad a los productos del tabaco, especialmente a los más jóvenes y la garantía de que el derecho de la población no fumadora a respirar aire no contaminado por el humo del tabaco prevalece sobre el de las personas fumadoras. Conocer la disponibilidad y características de los “espacios libres de humo” en los establecimientos de restauración del Área de Gestión Sanitaria “Norte de Almería”.

Métodos: Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Decreto 150/2006, de 25 de julio, por el que se desarrolla la Ley 28/2005. El tipo de locales evaluados son hoteles, restaurantes, bares y cafeterías. El censo es de 1138 establecimientos. Los datos se han obtenido mediante visitas de control oficial realizadas durante el año 2008.

Resultados: De un total de 283 establecimientos visitados, 213 son menores de 100 m² y 67 de más de 100 m². El porcentaje total de establecimientos libres de humo es 29,29%. De un total de 213 establecimientos < 100 m², sólo 27 han optado por la opción de no permitir fumar, lo que representa el 12,68% de establecimientos libres de humo. El total de establecimientos > 100 m² libres de humo es de 55 de un total de 67 visitados lo que representa el 82,09%. De un total de 67 establecimientos > 100 m², habilitan zona para fumar 21, lo que representa el 31,34%. Hay 13 establecimientos > de 100 m² que prohíben fumar en todo el establecimiento, representando un 19,40% de los visitados.

Conclusiones: Los titulares de la mayor parte de establecimientos menores de 100 m² han optado por permitir fumar en sus locales, por lo que la Ley de medidas frente al tabaquismo no ha generado en éste sector, en la actualidad, un elevado número de espacios libres de humo como sería deseable. En los establecimientos de más de 100 m², se constata un incremento considerable de espacios libres de humo como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley.

PÓSTERES II

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

Cáncer

P-016. EVALUACIÓN DE LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE SCREENING DE CÁNCER DE MAMA EN EL PROCESO ASISTENCIAL

R. Perea Rafael, F. Pozo Muñoz, J.I. Blanco González, J.A. Moreno Ramírez, M. Gallardo Montoro, A. Mantero Muñoz, J. Pinazo Luque, et al

Área Sanitaria Norte de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: El programa de detección precoz de cáncer de mama (DPCM) empezó a aplicarse en el Área Sanitaria Norte de Málaga en el mes de julio del año 2001. Incluye a todas las mujeres de entre 50 y 69 años de edad residentes en los distintos municipios, las cuales, una vez integradas en el programa, deberán realizarse exploraciones cada 2 años. Al mismo tiempo, van apareciendo en el área sanitaria nuevos casos de cáncer de mama que no son detectados en el DPCM. En esta última vuelta se ha intentado integrar el PAI cáncer de mama en la base de datos del DPCM. Por lo tanto al tener agregados los casos de cáncer provenientes tanto del screening como del proceso nuestro objetivo es analizar las diferencias existentes entre ambos tipos de detección.

Métodos: Se obtuvo un listado de todos los tumores incluidos en la base de datos del DPCM entre el 1/10/2007 y el 1/10/2008, es decir la última vuelta del programa. De estos casos se investigaron una serie de variables, siendo las más importantes: el tipo de detección (screening o no), el estadio del tumor, la edad de la mujer y la demora diagnóstico-tratamiento. Para todas estas variables se realizó un análisis bivariante tomando como variable independiente el tipo de detección.

Resultados: Obtuvimos información de 28 casos de cáncer de mama en el periodo de estudio. El 42,9% de los casos fueron detectados en el DPCM y el 46,4% eran estadio IIA. La edad media fue de 56,6 años. No se encontraron diferencias significativas entre el estadio de los tumores detectados por programa de los que no ($p = 0,43$), sin embargo si existen diferencias en la media de edad de ambos grupos y estas son significativas ($p = 0,05$).

Conclusiones: No parece que existan diferencias en la gravedad de los tumores detectados por DPCM frente a los detectados fuera de él, aunque las mujeres con cáncer detectado fuera de programa son más jóvenes, razón por la que no entran en programa, algunos casos si cumplen criterios de screening y no entraron a través del DPCM. Sería necesario ampliar la integración screening-proceso a vueltas anteriores, como se ha hecho con esta, para así obtener una visión más completa que abarque además un estudio de supervivencia de estos dos grupos de estudio.

P-017. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MALIGNA PERITONEAL (CARCINOMATOSIS PERITONEAL) MEDIANTE TÉCNICAS DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA (CC + HIPEC). PROTOCOLOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL DEL HOSPITAL TORRECÁRDENAS DE ALMERÍA

J. Torres Melero, P. Reche Molina, E. Yagüe Martín, M.C. Robles Aguilera, M. Mar Rico Morales, V. Maturana y A. Morales

Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal. Servicio de Cirugía. Hospital Torrecárdenas, Almería.

Antecedentes/Objetivos: Las opciones de tratamiento de los pacientes con carcinomatosis peritoneal (CP) o también llamada enfermedad maligna peritoneal (EMP), independientemente de su origen, son extremadamente limitadas. La quimioterapia sistémica se asocia, en muchos casos, a resultados desalentadores y en la mayoría de ellos con intención paliativa. Hoy por hoy, debemos considerar a la carcinomatosis peritoneal como un estadio locorregional de la enfermedad, existiendo importantísimas razones para intentar, en un grupo seleccionado de pacientes, un abordaje quirúrgico agresivo combinado con quimioterapia directa regional. Creemos que es sumamente importante no sólo la selección de los pacientes sino también el diseño y establecimiento de unos rigurosos diagramas de actuación clínica o protocolos de actuación. Propósito: presentar en un orden cronológico, los protocolos diagnóstico-terapéuticos y de seguimiento de los

pacientes con carcinomatosis peritoneal (de origen gastrointestinal y ginecológico) empleados en nuestra Unidad-Programa de Enfermedad Maligna Peritoneal y que han sido consensuados por el Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal (GECOP, diciembre 2007; Abril 2008), así como los resultados obtenidos por nuestro equipo de Cirugía Oncológica Peritoneal del Hospital Torrecárdenas de Almería (enero 2004-octubre 2008).

Resultados: En base a la aplicación de nuestros protocolos de actuación (preoperatorios-intraoperatorios-postoperatorio y seguimiento) en pacientes diagnosticados de carcinomatosis de origen ca. colon-recto; ovárica, mesotelioma, ca. apendicular, ca. gástrico y sarcoma que serán presentados también es esta comunicación, hemos obtenido los siguientes resultados: Han sido intervenidos desde que iniciamos nuestro programa de CC + HIPEC (enero 2004) 47 pacientes (20H/27M, X = 54 años). Las localizaciones de los tumores malignos intervenidos son: 17 ca de colon, 16 ovarios, 6 pseudomixomas; 3 sarcomas; 3 mesoteliomas, 1 adenocarcinoma apendicular y una ascitis debilitante (ca. gástrico). El grado de diferenciación tumoral fue: 23 casos (bien diferenciados); 16 (moderados) y 8 (pobremente diferenciados). El índice de carcinomatosis peritoneal (ICP) ha sido: < 10 en 19 pacientes; < 20 en 21 y > 20 en 7 pacientes. El grado de citorreducción ha sido completo (CC0-CC1) en 41 casos (87,23%) -incluidos para HIPEC-. Se aplicó EPIC en 28/41 (68%) y quimioterapia postoperatoria diferida en 37/41 (90%). El estado actual (5 meses-4 años y medio): 22 (53,6%) pacientes siguen vivos libre de enfermedad; 13 (31,7%) vivos con progresión de la enfermedad y 4 (9,75%) han fallecidos con progresión. La mortalidad postoperatoria es del 4,25% (2 enfermos); la morbilidad (I-II): 37%. 6 pacientes (CC2-CC3, citorreducción incompleta) en los cuales no se realizó CC + HIPEC/EPIC han fallecido a los 3 y 11 meses de la intervención. En el 76,7% encontramos supervivencia superior a 2 años. Se presentan por medio de gráficas y tablas, los diversos evolutivos en relación a las patologías intervenidas así como los protocolos de actuación seguidos.

Conclusiones: En un grupo seleccionado de pacientes, consideramos la carcinomatosis de origen colónica, ovárica, apendicular y mesotelioma como potencialmente curativa. Estos pacientes deben ser valorados por equipos con experiencia en citorreducción y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria. Los resultados obtenidos en nuestros pacientes son equiparables a los publicados por otros equipos a nivel mundial.

P-018. SUBPROCESO DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA: MEJORAS DE CALIDAD

M.L. Gayo Loredó, V. Carreño José, A.P. Águila Soto, A.I. Gómez Ortega, M. Acosta Ferrer, et al

Distrito Sanitario Almería.

Antecedentes/Objetivos: El Programa de screening de cáncer de mama ha demostrado una clara reducción de mortalidad y una mejora en la calidad de vida. Para aumentar la recaptación de mujeres que han dejado de acudir al subproceso de Detección Precoz de Cáncer de Mama se implantó en el año 2006, a nivel de distrito, dos medidas de intervención: en zonas rurales el contacto telefónico con las mujeres que no habían acudido al control y en zonas urbanas el contacto directo en la consulta (facilitándoles la cita en ambos casos). **OBJETIVOS:** Analizar el Programa Detección de Precoz de Cáncer de Mama en un Distrito Sanitario. Valorar la recaptación de mujeres tras medidas de intervención. Evaluación de normas de calidad del subproceso.

Métodos: Estudio de intervención. Muestra: Todas las mujeres entre 45 y 65 años pertenecientes a Distrito Sanitario Almería. Unidades: tasa de participación, captación y detección antes y después de las medidas de intervención adoptadas La prueba de cribado es la mamografía bilateral con intervalo bienal. Criterios de evaluación:

indicadores de rendimiento, según la Guía Europea de Garantía de Calidad en cribado mamográfico.

Resultados: La tasa de captación a nivel de Distrito ha sido del 83,69%. La tasa de participación es del 81,30%. El 9,25% de las mujeres exploradas han sido derivadas al hospital y se han detectado 254 tumores (7,46%). Por Zonas Básicas: la participación y la captación han aumentado en todas las zonas, en menor medida en las urbanas con respecto a las rurales (partían, excepto Nijar y Carboneras, con tasas más elevadas). La tasa de detección ha aumentado en todas las zonas excepto en Carboneras, que partía de la tasa más elevada. El 70,31% han sido tumores invasivos, en sus diferentes grados, y el 14,84% Ca. in situ. El 57,78% no ha presentado afectación ganglionar. Normas de calidad: Se cumplen Tasa de Participación (deseable > 75%): 81,30% y el porcentaje de Tumores invasivos < 2 cm (deseable > 50%): 58,99%. Han mejorado el Porcentaje de Tumores Estadio II: ha descendido del 31,81% (1995-2005) al 28,9% (actual), y los tumores invasivos < 1 cm: del 19,32% al 27,35%. El porcentaje de tumores ganglios negativos ha empeorado.

Conclusiones: Alta tasa de Participación global superando lo deseable por la Guía Europea, mayor en zonas rurales respecto a urbanas y alta tasa de detección en dos zonas como son Carboneras y Tabernas. La tasa de captación ha aumentado de forma global y por zonas básicas tras las medidas de intervención adoptadas, lo que nos hace pensar que ambas son válidas y eficaces. Según normas de calidad tenemos un elevado número de T. Invasivos en estadios avanzados, mayor de lo deseable. Sin embargo las normas de calidad han mejorado al aumentar las tasas de captación y participación.

P-019. APORTACIÓN CLÍNICA DE MARCADORES TUMORALES EPIGENÉTICOS EN CÁNCER DE PULMÓN

B. Torres, B. Hortal, M.I. Núñez, V. de Araújo, D. León, S. Ríos, M. Villalobos, et al

CIBERESP; LPGA F.E. Neumología. Montilla. Córdoba; Departamento de Radiología y Medicina Física. Universidad de Granada; IBIMER.

Antecedentes/Objetivos: La inactivación epigenética de genes supresores de tumor por hipermetilación del promotor parece jugar un papel importante en las primeras etapas de la carcinogénesis. Estudios recientes han demostrado que la metilación aberrante de promotores en numerosos genes puede ser detectada en el epitelio bronquial de fumadores sin cáncer hecho que sugiere que la hipermetilación podría considerarse como marcador de riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, en su caso, proporcionar una señal positiva de la presencia del tumor, capaz de permitir su identificación en muestras biológicas. **Objetivos:** Desarrollar la técnica RTqPCR para estudiar simultáneamente en muestras de broncoaspirado y suero de pacientes con enfermedad pulmonar, tumoral o no, el estado de metilación del promotor en determinados genes. Contrastar los resultados obtenidos entre sí y, en su caso, con los hallazgos histopatológicos del tumor y valorar la utilidad individual o asociada como marcador de cada promotor.

Métodos: Revisada la literatura científica referente a los promotores de genes metilados implicados en cáncer de pulmón y la que relaciona con más fiabilidad la expresión de estos promotores de cáncer de pulmón con factores de riesgo como tabaco, hemos seleccionado 9 genes atendiendo a su función dentro del ciclo celular y/o participación en procesos como apoptosis y reparación del ADN. Hemos construido las rectas patrón para cada pareja de primers con DNA metilado universal y, para abaratar costos, con las líneas celulares Sultán y RKO ya que presentan parte de estos genes metilados. Así, los genes puestos a punto han sido: PTEN; E-Cad; Sigma; RAR beta y p16 con SULTAN; RASS; WIF y hMLH1 con RKO y MGMT con DNA metilado universal por no encontrarse metilado en las citadas líneas celulares. Las temperaturas de hibridación oscilaron entre 54,5 °C para PTEN y

66,1 °C para WIF. Se verificó mediante electroforesis submarina en gel de agarosa el tamaño de los fragmentos amplificados.

Resultados: Se ha extraído el ADN de las muestras de broncoaspirado y suero de 120 pacientes del servicio de broncoscopias del Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Tras tratamiento con bisulfito y posterior amplificación por RTqPCR se ha determinado el estado de metilación de los genes, estando pendiente el análisis de resultados.

Conclusiones: Cualquier estudio molecular epigenético que pretenda relacionar el estado de metilación con carcinogénesis, deberá procurar una extracción no invasiva de las muestras biológicas y proceder a una selección exhaustiva de sus marcadores, atendiendo a una motivación funcional ya que las posibilidades son numerosas, la puesta a punto laboriosa y los recursos limitados.

Financiación. Fundación Benéfica Anticáncer San Francisco Javier y Santa Cándida y SAF 2004-00889.

P-020. ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA RESPECTO AL CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

M. Ramos Monserrat, E. Cabeza Irigoyen, M. Esteva Cantó, M. Llagostera Español, M. Martín Rabadán, G. Artigues Vives, M. Taltavull Aparicio, J. Vanrell Berga, D. Puente Baliarda, et al

Conselleria de Salut i Consum; Gerencia Atención Primaria Mallorca; Gerencia Ibiza; Àmbit Costa de Ponent; Fundació Jordi Gol.

Antecedentes/Objetivos: Conocer las actitudes de médicos y enfermeras de atención primaria (AP) sobre el cribado poblacional del cáncer de colon y recto (CCR).

Métodos: Estudio descriptivo. Los profesionales de AP de Baleares y del área Costa de Ponent de Barcelona respondieron un cuestionario.

Resultados: Se han recogido 886 cuestionarios, 615 de Baleares y 271 de Barcelona. El 52,5% médicos y 47,5% enfermeras. La mayoría cree que el cribado poblacional del CCR es efectivo, tanto con el test de sangre oculta en heces (SOH) (81,4% médicos; 84% enfermeras) como con colonoscopia (97% médicos; 95% enfermeras), aunque reconocen la escasa sensibilidad del SOH (42% médicos; 30% enfermeras) y el riesgo de la colonoscopia como prueba de cribado (32% médicos; 24% enfermeras). Recomendarían un programa de cribado de CCR basado con test SOH y colonoscopia en los casos + (71% médicos; 67% enfermeras); sólo el 0,3% de profesionales no lo recomendaría. Sin embargo, sólo el 32% de médicos y el 26% de enfermeras creen que la participación de usuarios sería mayoritaria debido a la falta de conocimientos de la población sobre el CCR (58% médicos; 72% enfermeras) y al miedo a hacerse una colonoscopia (70% médicos y 63% enfermeras) o al hallazgo de un CCR (58% médicos y 56% enfermeras). Las resistencias para animar a sus usuarios se debe a que la colonoscopia es una prueba invasiva (53% médicos; 63% enfermeras), seguido de la ansiedad que generarían los casos + (40% médicos y 45% enfermeras). Su papel consistiría en sensibilizar a los usuarios sobre CCR y cribado y asesoramiento individual ante dudas. Entre los obstáculos para la participación de los profesionales están falta de tiempo (91% médicos; 81% enfermeras), burnout (66% médicos; 47% enfermeras), desconocimiento sobre programas de cribado (25% médicos; 39% enfermeras), dificultades para informar a usuarios (38% médicos y 27% enfermeras) y desconocimiento sobre el CCR (16% médicos y 32% enfermeras). Para obtener su colaboración más del 90% de médicos y 80% de enfermeras reclaman formación sobre CCR y programas de cribado, información sobre la organización del programa, retroalimentación periódica sobre resultados y más tiempo de consulta por paciente. El 34% y 50% de médicos y enfermeras respectivamente reclaman compensación económica.

Conclusiones: Antes de poner en marcha un programa de cribado poblacional de CCR, parece conveniente formar a los profesionales de

AP y conocer las actitudes de la población, especialmente las barreras para la realización de una colonoscopia.

Financiación. ETES PI 07/905.

P-021. POTENCIAL IMPACTO DE LOS CANNABINOIDES EN EL CÁNCER DE VEJIGA

I. Ballesteros-García, E.B. Hevilla-Cucarella, E. García-López, F. de Miguel-Pedrero, J.M. Martín-Moreno, et al

Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana; Department of Urology, University of Pittsburgh; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universitat de Valencia; Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, EVES.

Antecedentes/Objetivos: España posee un lugar destacado en el entorno Europeo respecto a la incidencia de cáncer de vejiga (1er país) y mortalidad (2º lugar con tasas más elevadas). El tipo histológico más frecuente es el de células transicionales (93%). Recientemente se ha comprobado que los cannabinoides son capaces de evitar o inducir la muerte de determinados tipos de células y experimentos realizados en cultivos celulares y en modelos animales de cáncer sugieren su potencial en el arsenal de agentes terapéuticos antitumorales. Nuestro estudio busca caracterizar, cuantificar y estudiar la funcionalidad de los receptores cannabinoides CB1 y CB2 en tejidos celulares uroteliales y examinar el efecto de la administración de agonistas y antagonistas sintéticos del receptor CB1 sobre la proliferación celular tumoral. Se exploran las consecuencias potenciales con perspectiva de salud pública.

Métodos: Tras revisar magnitud y potencial, se han puesto en marcha técnicas de laboratorio: -La detección de receptores cannabinoides se hace mediante técnicas de inmunohistoquímica e inmunocitoquímica en líneas celulares, Western Blotting, Transcriptasa Inversa y PCR cuantitativa a tiempo real. -Estudio de funcionalidad del receptor CB1 en células uroteliales -Estudio de proliferación celular: Ensayo MTT en cultivo celular T24 Se complementa lo anterior con una estimación poblacional de las consecuencias que estas alternativas terapéuticas pueden conllevar.

Resultados: El receptor cannabinoide CB1 posee actividad en células uroteliales de vejiga. Muestra una mayor expresión a medida las células uroteliales se diferencian y malignizan, al contrario que la expresión de los receptor cannabinoide CB2. Por otro lado, la administración de agonistas CB1 desempeñan una función inhibitora en la proliferación celular tumoral de carcinoma de células transicionales. Se muestra el impacto que puede conllevar esta intervención en nuestra población.

Conclusiones: La posible acción inhibitora del crecimiento de las células neoplásicas en urotelio podría fijar las bases para futuros ensayos dirigidos a evaluar la posible actividad antitumoral de los cannabinoides. Se concluye sugiriendo que una quimioterapia para cáncer de vejiga basada en la activación de CB1, puede constituirse en herramienta terapéutica eficaz y semi-específica ideal, ya que este receptor está sobre-expresado en células tumorales.

P-022. ANÁLISIS DEL ESTUDIO PILOTO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL DEPARTAMENTO 4 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (CV)

P. Casares Badia, I. González Serrano, S. Castán Cameo, M. Alcaraz Quevedo, Grupo Diagnóstico Precoz Cáncer Colorrectal Comunidad Valenciana

Centro Salud Pública de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: El Plan Oncológico de la CV 2007-10 recoge la implantación progresiva del Programa de Diagnóstico

precoz de Cáncer Colorrectal. Objetivos: Medir la participación en el programa y evaluar las variables que influyen en la misma en mujeres y hombres. Calcular la positividad del test y la posterior adecuación de la confirmación diagnóstica de los positivos en mujeres y hombres.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Sujetos: todas las mujeres y hombres entre 50-74 años del Dpto. 4 de la CV (N = 36.553). Ámbito temporal: noviembre 2005-marzo 2008. La invitación se realizó mediante una de las 2 estrategias: tarjeta-participación o envío directo material. Se utilizó el TSOH como prueba de cribado y la colonoscopia como prueba de confirmación diagnóstica. Variables utilizadas: edad, sexo, nacionalidad, misma unidad de convivencia, participación, estrategia de invitación, resultado TSOH, tipo colonoscopia (diagnóstica o diagnóstica/terapéutica) y resultado, nivel alcanzado (completa/incompleta), sedación y tolerancia a la misma y diagnóstico final.

Resultados: La tasa de participación global alcanzó un 38,9%. La estrategia 2 refleja una mayor participación (39,1% vs 37,4%) aunque fue utilizada sólo en un 11,5% de la población. La participación fue superior en mujeres que en hombres (40,5% vs 37,2%) ($p < 0,001$), independientemente del tipo de invitación utilizado. La participación por grupos de edad es desigual, siendo los grupos de mayor participación lo de 55-59 años (23,1%) y de 60-64 años (23,1%), con el mismo comportamiento en los 2 sexos. La participación es mayor en individuos de nacionalidad española que en individuos con otras nacionalidades (39,2% vs 22,4%). La tasa de positividad global del TSOH fue 1,3%, 1,5% en hombres y de 1,2% en mujeres. ($p > 0,05$). Las colonoscopias realizadas en los casos positivos fueron incompletas en el 17,5% ($n = 14$) de las mujeres y el 3,4% ($n = 3$) de los hombres ($p < 0,05$). Las colonoscopias diagnóstico-terapéuticas fueron 56,3% en hombres y 35% en mujeres ($p > 0,05$). Los resultados clasificados en no patológico, de riesgo y cáncer invasor, fueron en hombres de 35,3%, 52,9% y 11,8% respectivamente y en mujeres de 59,5%, 32,9% y 7,6% ($p = 0,008$). El resto de variables no presentaron diferencias significativas. Queda pendiente el análisis de la influencia de la variable unidad de convivencia en la participación. El 50,3% de la población convive en una misma unidad de residencia.

Conclusiones: Es de interés profundizar en el análisis de las diferencias detectadas para recomendar las estrategias y acciones específicas que sirvan para la mejora en la participación y evitar situaciones de desigualdad que repercutan en el proceso de salud.

P-023. ANÁLISIS DEL RETRASO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

C. Mejías Márquez, E. Benítez Rodríguez, A. Escolar Pujolar, M.D. Gutiérrez López, et al

Registro de Cáncer Poblacional de Cádiz. Delegación Provincial de Salud de Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de mama constituye un importante problema de salud siendo la primera causa de muerte por neoplasia y el tumor más frecuente en las mismas. El cáncer de mama exige un abordaje multidisciplinar, tanto en las actividades de detección precoz como en el diagnóstico y tratamiento, al estar implicados una gran variedad de profesionales del ámbito de Atención Primaria y de Atención Especializada siendo, además, imprescindible una perfecta coordinación que garantice la continuidad asistencial. Identificar las distintas fases del retraso de pacientes atendidas por cáncer de mama en un hospital público, desde el inicio de los síntomas hasta su diagnóstico y tratamiento.

Métodos: Estudio prospectivo de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en el periodo de un año (2007) en un hospital público. Se recogieron datos referentes a las distintas fases del pro-

ceso de atención al cáncer, desde su entrada en el hospital por una sospecha diagnóstica hasta su diagnóstico definitivo y tratamiento. Se analizaron los siguientes intervalos: 1) entre la primera consulta a un médico y la realización de la mamografía; 2) entre la mamografía inicial y la realización de la paaf; 3) entre el resultado de la paaf y el primer tratamiento. Se calcularon las medianas para estos tiempos de retraso. Se compararon estos tiempos entre pacientes sintomáticas y aquellas diagnosticadas a través del programa de detección precoz.

Resultados: Se diagnosticaron a 149 mujeres durante el periodo de estudio, el 24,8% a través del programa de detección precoz de cáncer de mama. 112 mujeres fueron sintomáticas, con predominio de bulto en mama (72,3%). El 58,1% eran casadas, el 12,2% no sabían leer ni escribir. El primer médico que visitaron para consultar por su sintomatología fue un médico general (55,7%). La mediana del tiempo de retraso entre la primera consulta médica y la realización de la mamografía fue de 14 días, entre la mamografía y la realización de la paaf de 5 días, y entre el diagnóstico del cáncer y el primer tratamiento de 20 días. La demora en la realización de mamografía fue mayor en pacientes sintomáticas, pero no se encontraron diferencias en el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el tratamiento.

Conclusiones: Los tiempos hasta la realización de la primera prueba diagnóstica (mamografía) y entre el diagnóstico y el primer tratamiento se sitúan por encima de los indicadores de calidad establecidos para el proceso asistencial del cáncer de mama. La mamografía y la paaf no se realizan en un mismo acto asistencial.

P-024. EVALUACIÓN DE LAS NORMAS DE CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL DE CÁNCER COLORRECTAL EN CÓRDOBA

N.R. Rodríguez Vedia, D.P. Pablo Vázquez, E. Ortega Limón, J. García Sánchez, F. Orea, et al

Delegación Provincial de Salud de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo era evaluar el cumplimiento de las normas de calidad del proceso de cáncer colorrectal (CCR) en los 4 Hospitales de Córdoba.

Métodos: Para su evaluación se utilizó la guía del proceso de cáncer colorrectal de la Consejería de salud de Andalucía, y se auditaron 50 historias clínicas del proceso de enfermos diagnosticados en 2006, en los H de Reina Sofía, H de Cabra, H de Montilla y H de Pozoblanco, comprobando: la existencia de informe de derivación desde atención primaria, exploraciones realizadas por el servicio de digestivo (tacto rectal, colonoscopia, biopsia, CEA, TAC, ecoendorectal) y tiempo de respuesta a la cirugía desde el diagnóstico.

Resultados: -En los 4 hospitales existían comisión de coordinación del proceso CCR. Los resultados de cumplimiento de las normas de calidad son: -76 enfermos tenían informe de derivación desde atención primaria (38%) aunque incompletos. -Tacto rectal se realizó a 178 (89%) -Colonoscopia a 175 (87,5) -Biopsia 175 (87,5%) -TAC 136 (68%) -CEA 166 (83%) -Ecoendorectal 29 (14,5%) El tiempo de respuesta para la cirugía fue: -151 enfermos (75,5) se intervinieron en menos de 4 semanas. -35 (17,5) en más de 4 semanas. -14 no procedía intervenir.

Conclusiones: 1-Todos los hospitales tienen comisión de coordinación del proceso de CCR. 2-Los informes de derivación desde atención primaria sólo existen en el 38% de los enfermos y todos están incompletos. 3-El 87,5% de los pacientes tienen un estudio de diagnóstico completo por digestivo. 4-El 68% tiene realizado TAC previo. 5-El 14,5% tienen ecoendorectal, dado que esta prueba sólo existe en el H. Reina Sofía.

P-025. VALIDEZ DEL CMBD PARA DETECTAR CASOS INCIDENTES DE CÁNCER DE MAMA, PRÓSTATA Y PULMÓN EN LA PROVINCIA DE GRANADA

M.J. Sánchez, C. Martínez, Y. Chang, M. Rodríguez, E. Bernal, E. Durán, J.M. Mayoral, et al

Registro de Cáncer de Granada. EASP; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Dirección General de Salud Pública. Consejería Salud Andalucía; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: Las altas hospitalarias son una fuente de información básica para identificar casos incidentes de cáncer en los Registros de Cáncer de Población (RCP). La mejor calidad de los sistemas de información sanitaria actualmente facilita la automatización de los procedimientos de trabajo en los RCP. Esto implica validar previamente la información procedente de las diferentes fuentes. El objetivo fue evaluar la capacidad del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) para detectar casos incidentes de cáncer de mama, próstata y pulmón en la provincia de Granada.

Métodos: Estudio transversal. Definición de caso: Primer episodio de alta en el año 2000 con diagnóstico de cáncer de mama (CIE-9: 174), próstata (CIE-9: 185) o pulmón (CIE-9: 162) y/o procedimientos relacionados, en residentes en Granada. Se excluyeron los casos con hospitalización previa por el mismo cáncer en 1998-99. Se ejecutaron 4 algoritmos (STATA 9) combinando códigos diagnósticos y procedimientos: a) D1: cáncer en primer diagnóstico, b) D1D5: cáncer en alguno de los 5 primeros diagnósticos, c) D1P1P5: cáncer en el primer diagnóstico y procedimiento asociado entre los 5 primeros, y d) D1D5P1P5: cáncer entre los 5 primeros diagnósticos y/o entre los 5 primeros procedimientos. Los casos identificados en CMBD, tras ejecutar los algoritmos, se compararon mediante cruce determinístico con la base de datos del Registro de Cáncer de Granada (RCG, gold estándar). Se calculó sensibilidad y valor predictivo positivo (VPP) e IC95%, para cada uno de los algoritmos.

Resultados: En el 2000, en el RCG se registraron 341 casos nuevos de cáncer de mama femenina, 231 de próstata y 303 de pulmón. En cáncer de mama, las 4 estrategias presentaron sensibilidad similar (64-68%). El VPP mejoró al incluir los procedimientos (81% vs 63%). La mejor estrategia fue D1P1P5, con sensibilidad de 64% (IC95%: 58,8-69,2) y VPP de 81% (IC95%: 75,7-85,4). Para cáncer de próstata, la sensibilidad fue muy baja en todas las estrategias (9-20%). El VPP también fue bajo, incluso en las que se incluían procedimientos (40-60%). En cáncer de pulmón, la mejor estrategia fue D1D5, con sensibilidad de 59% (IC95%: 53,0-64,3) y VPP de 74% (IC95%: 67,8-79,3). La sensibilidad y el VPP disminuyeron al incluir procedimientos.

Conclusiones: El CMBD es de gran utilidad para identificar casos incidentes de cáncer de mama y de pulmón (VPP elevado), si bien su valor es limitado en otras localizaciones como la próstata, en que el número de casos prevalentes y atendidos de forma ambulatoria, sin ingreso hospitalario, es muy elevado.

Financiación. FIS PI04/2142.

P-026. BIOMARCADORES DE EXPOSICIÓN Y SUSCEPTIBILIDAD A RADIACIÓN IONIZANTE

E. Amaya, B. Torres, M. Fernández-Rodríguez, L. D-Rosado, J.M. Molina-Molina, N. Olea, M. Villalobos, et al

Hospital Universitario San Cecilio, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Se ha relacionado de forma clara exposición a radiación ionizante (RI) con riesgo de cáncer (International Agency for Research on Cancer, y series de Hiroshima y Nagasaki, de exposición ocupacional y de pacientes sometidos a exploraciones radiológicas). La carcinogénesis por RI ocurre en múltiples etapas, con

origen en modificaciones de ADN en una o varias células, transmitidas a las células hijas. Existen mutaciones génicas (diferentes polimorfismos) que aumentan la susceptibilidad a RI o a cáncer. Hipótesis: La Población Ocupacionalmente Expuesta (POE) a RI sufre daño biológico cuantificable mediante técnicas citogenéticas. Objetivos: Establecer biomarcadores de daño citogenético y susceptibilidad a RI en POE que relacionen cuantitativamente exposición y daño citogenético que pueda, de manera probable, producir cáncer, y permitan una rápida y fácil monitorización.

Métodos: Se hizo una revisión bibliográfica (PubMed y organismos oficiales) con los criterios de inclusión: Biomarcadores de exposición, susceptibilidad y efecto a RI. Técnicas de determinación de daño biológico por RI, estimación de dosis absorbida. Estudios epidemiológicos de POE y pacientes de radioterapia. Técnicas citogenéticas (chromosomal aberration, micronucleus, FISH, SCE, DNA adducts, EPR, GPA, HPRT, comet assay, polimorfism, p53, NAT, ATM, PCC, PCR).

Resultados: Con los 438 artículos seleccionados se construyó el documento: descripción de riesgos de exposición a carcinógenos, ventajas/inconvenientes de las técnicas citogenéticas, relación entre RI y daño biológico, exposición/riesgo de enfermedad.

Conclusiones: Muchos de los estudios relacionan claramente daño citogenético y riesgo de cáncer, asociando biomarcadores tempranos a mayor riesgo. Los mejores biomarcadores de exposición a RI son: Ensayo de micronúcleos (en linfocitos o en células epiteliales de mucosas). Recuento de aberraciones cromosómicas, por búsqueda de deleciones y dicéntricos, por intercambio de cromátidas hermanas o aplicando métodos de citogenética molecular (FISH) para buscar inversiones, translocaciones concretas, o identificar el origen cromosómico de los micronúcleos. Los biomarcadores de susceptibilidad más utilizados son polimorfismos de genes que intervienen en la regulación del ciclo celular o en la reparación de ADN. Sería recomendable incluir en la evaluación periódica del estado de salud de POEs, la determinación de marcadores precoces de riesgo para un correcto seguimiento. La detección de modificaciones de los niveles de éstos, permitiría proteger más eficazmente al trabajador, pudiendo disminuir el riesgo y la incidencia de cáncer profesional.

P-027. MORBILIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN ANDALUCÍA: EFECTO DE LA DETECCIÓN PRECOZ

M. Álvarez Benito, P. Ruiz Esteban, E. Hernández Martínez, M.C. Muñoz Villanueva, M. Acebal Blanco, R. Fernández Echegaray, C. Escalera de Andrés, et al

HU Reina Sofía; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Valorar si las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama a través del programa de detección precoz de cáncer de mama (pdpcom), se acompañan de un estadio más precoz y tratamiento menos agresivo que las mujeres diagnosticadas fuera del programa.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, basado en el análisis de historias clínicas. Se incluyen todas las mujeres con cáncer de mama diagnosticadas y tratadas en el año 2006 en los hospitales públicos de nuestra comunidad autónoma, con edad comprendida entre 50 y 65 años. En función de su relación con el programa de detección precoz, las mujeres se dividirán en dos grupos: participantes y no participantes. Se recogen antecedentes personales y familiares, sintomatología, técnica diagnóstica, diagnóstico anatomo-patológico, estadio, tipo de cirugía y otros tratamientos recibidos. Se presentarán las proporciones de prevalencia de estadios precoces y de tratamiento poco agresivo, con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Se comparan resultados entre mujeres participantes y no participantes en el pdpcm.

Resultados: Se han revisado 1.186 historias. Las mujeres participantes han demostrado mayor proporción de carcinomas in situ, mayor proporción de tumores infiltrantes < 2 cm, mayor proporción de cirugía conservadora, y mayor proporción de ausencia de tratamiento sistémico. Estas diferencias han sido estadísticamente significativas ($p < 0,05$). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre participantes y no participantes en la proporción de tumores con ganglios negativos.

Conclusiones: Los cánceres de mama diagnosticados a través del programa de detección precoz, se acompañan de un estadio más precoz que los detectados fuera del programa y permiten opciones terapéuticas menos agresivas.

Financiación. Proyecto financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, expediente 0041/2006.

P-028. EFECTO DE LA EDAD EN LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

R. Fernández Echegaray, M.S. Alonso Humada, M.L. Gómez Mata, B. Carmona Azurmendi, J. Nieto Vera, R. Martín Cañete, C. Escalera de Andrés, et al

SS.CC. SAS; D. América; D. Jaén; D. Huelva; D. Cádiz; D. Condado.

Antecedentes/Objetivos: Ante la controversia sobre la edad a la cual debiera comenzar el cribado mamográfico, el presente estudio plantea valorar los indicadores de participación, derivación, detección, falsos positivos así como las características de los tumores detectados en el programa de detección precoz (PDP), en un grupo de mujeres con edades comprendidas entre 45-49 años frente al grupo de mujeres con edades comprendidas entre 50-65 años.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. Se estudian los cánceres de mama de las mujeres participantes en el PDP durante el periodo 1997-2005 y residentes en los distritos de atención primaria de Almería, Bahía de Cádiz, Condado, Huelva y Jaén. Según la edad al diagnóstico, se dividirán a las mujeres en dos grupos < 50 y ≥ 50 años. En cada grupo se analizará la tasa de participación en el programa, derivación hospitalaria, detección, tamaño del tumor y tratamiento quirúrgico realizado. Fuente de datos: la aplicación específica del PDP para identificar a las mujeres diagnosticadas e Historia Clínica hospitalaria. Se realizará estadística descriptiva y se completará con análisis bivalente entre los dos grupos de mujeres, usando pruebas de comparación de proporciones. Se consideran diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$.

Resultados: Se revisaron 604 historias clínicas de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama por el PDP, de las que 88 corresponden a mujeres menores de 50 años y 516 a mujeres de 50 a 65 años. No se han encontrado diferencias significativas en el tamaño de los tumores ni en el tratamiento quirúrgico, sin embargo, sí existe diferencia en los indicadores de participación en el programa, derivación hospitalaria, detección de tumores y porcentaje de falsos positivos, observándose que en el grupo de menor edad la derivación hospitalaria es el doble y la detección de cánceres casi la mitad.

Conclusiones: Los hallazgos del presente estudio no permiten fijar con claridad la edad de las mujeres para el inicio del cribado, porque aunque las características de los tumores diagnosticados son similares en los grupos, la tasa de derivación y los falsos positivos son mayores en las mujeres de menor edad, con los consiguientes efectos que esto ocasiona, tales como punciones, biopsias y cirugías innecesarias, así como las repercusiones psicológicas derivadas de éstas. Será el impacto de la mortalidad lo que nos permita discriminar con mayor evidencia la edad de inicio para el cribado.

Financiación. Consejería de Salud.

P-029. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN CUANTO A LA CALIDAD ASISTENCIAL RECIBIDA EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PULMÓN Y COLORRECTAL EN HOSPITALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

E. Vizuete Rebollo, E. Mayoral Sánchez, C. Jiménez Rodríguez, C. Lama Herrera, C. Escalera de Andrés, et al

Servicio Andaluz de Salud; Servicios Centrales.

Antecedentes/Objetivos: El Plan Integral de Oncología de Andalucía se plantea como prioridad el abordaje de la calidad asistencial que reciben las personas con cáncer. Como análisis preliminar se ha realizado este trabajo con datos disponibles a la fecha que serán el objetivo de una investigación más general. Objetivo Principal Identificar la influencia de posibles desigualdades de género en salud en la atención sanitaria a las personas enfermas adultas con cáncer de pulmón y colorrectal, en hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Objetivos específicos: -Realizar un análisis de las diferencias de atención al proceso de cáncer en cuanto a demoras, según sexo. -Describir la utilización de pruebas complementarias realizadas según sexo. -Analizar el estadije del tumor al diagnóstico según sexo. -Plantear si procede, la necesidad de considerar otros determinantes que identifiquen mejor las diferencias de género en salud en los procesos estudiados.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se ha recogido la información de historias clínicas de personas diagnosticadas de cáncer de pulmón y cáncer colorrectal en 2005 de tres hospitales del SAS. N: 410 casos de cáncer de pulmón y colorrectal.

Resultados: Se han analizado todas las variables por sexo para analizar posibles diferencias. En cuanto a las características socio demográficas la edad presenta diferencias ya que es el las mujeres de nuestro estudio la media está por encima de la de los hombres. No se recoge adecuadamente la profesión ni el nivel de instrucción. Los antecedentes de tabaquismo están sólo recogidos en los casos de Cáncer de pulmón y peor recogidos en los casos de mujeres. Tampoco se refleja la exposición al humo del tabaco ambiental. Se ha analizado también los tiempos de demora desde los primeros síntomas a la primera consulta, de ésta al diagnóstico y desde que se realiza el mismo hasta el inicio del tratamiento. No se han hallado diferencias significativas entre hombres y mujeres. Tampoco se han hallado diferencias por sexo en el número de pruebas realizadas hasta llegar al diagnóstico. También se estudiaron las diferencias en cuanto al estadio del tumor en el momento del diagnóstico.

Conclusiones: 1. Se ha hecho un análisis desagregado por sexos de las variables 2. Para poder completar el análisis con perspectiva de género han de recogerse otras variables que no están actualmente disponibles. 3. Las mujeres en general enferman de cáncer de pulmón y colorrectal algo más tarde que los hombres como media. 4. La historia clínica hospitalaria de los pacientes estudiados refleja información clínica y biomédica sobre la enfermedad. 5. Los determinantes socio demográficos que están influyendo de manera importante en el desarrollo de los procesos de enfermar, no son tan valorados en las historia clínicas hospitalarias. 6. Los antecedentes sobre tabaquismo no se han considerado más que con el cáncer de pulmón. 7. Considerar una posible línea de investigación la exposición pasiva al humo del tabaco, sus influencias según sexo y los determinantes de género. 8. Así mismo plantear la pertinencia de investigar con un número mayor de casos las influencias y las diferencias por sexo del tiempo de exposición al hábito tabáquico así como del tiempo de ex fumador o ex fumadora. 9. Las demoras en cuanto a tiempos de espera no indican diferencias significativas entre hombres y mujeres así como en número medio de pruebas diagnósticas ni tampoco diferencias en cuanto al estadio en el que se realiza el diagnóstico. 10. Habría que realizar esta investigación separada por hospitales cuando los datos para el estudio estén dis-

ponibles. 11. Estas conclusiones deben ser consideradas como resultados preliminares y contrastadas cuando la totalidad de los casos estén disponibles.

P-030. CÁNCER DE PRÓSTATA, EJERCICIO FÍSICO Y CALIDAD DE VIDA

B.C. Serdà i Ferrer, R. Marcos Gragera, et al

Universidad de Girona; Instituto Catalán de Oncología.

Antecedentes/Objetivos: En Europa, el cáncer de próstata es el segundo cáncer más frecuente después del de pulmón. El porcentaje de supervivencia relativa a los 5 años de los afectados es alrededor del 76,5%. En este contexto, el concepto calidad de vida del hombre mayor con cáncer de próstata cobra un enorme interés en el continuo de la enfermedad. La Calidad de Vida es un concepto multidimensional que considera la experiencia subjetiva de la enfermedad, en relación a sus expectativas, valores e intereses. En este punto se plantea la necesidad de implementar un programa de terapia complementaria ajustada a los síntomas más significativos relativos a la enfermedad y al tratamiento. La propuesta se basa en un programa de fuerza-resistencia muscular. Los resultados esperados contribuirán a paliar los principales efectos secundarios. Un aspecto fundamental del programa es el estudio de la adherencia a largo término. Objetivos Identificar los síntomas más frecuentes relativos al cáncer de próstata, y el impacto sobre la CdV del afectado. Evaluar, la eficacia cardiovascular, así como la fuerza y la resistencia muscular.

Métodos: El programa tiene una durada de 16 semanas y una frecuencia de 2 sesiones semanales. El estudio es de diseño prospectivo cuasiexperimental. La muestra corresponde a 33 participantes en fase de tratamiento. Se aplica el cuestionario sociodemográfico, estudio antropométrico, medida de la tensión arterial, cuestionario de toxicidad del tratamiento, escalas visuales analógicas del dolor y la incontinencia urinaria, el hábito previo al ejercicio físico, la prueba de esfuerzo submáximo, test de fuerza submáxima y resistencia. Los cuestionarios de Calidad de Vida y Fatiga.

Resultados: Perfil de hombre casado, jubilado de 71,78 años de edad con hipertensión sistólica aislada. Disminución significativa de los síntomas de incontinencia urinaria y dolor. La fatiga disminuye de forma no significativa. Las seis variables antropométricas disminuyen de forma significativa. La frecuencia cardíaca de reposo y la presión arterial disminuyen de forma significativa; este efecto es más evidente en el grupo de hombres hipertensos. Las variables de esfuerzo submáximo disminuyen de forma significativa. La fuerza y resistencia muscular aumentan de forma significativa. El cuestionario de calidad de vida FACT-P aumenta de forma significativa. Con el análisis multivariante se comprueba que la mejora de la Calidad de vida viene mediada con la mejora de la incontinencia urinaria.

Conclusiones: Este estudio, demuestra como el ejercicio de fuerza resistencia mejora claramente la Calidad de Vida. Este resultado viene mediado indirectamente por la mejora del síntoma de la incontinencia urinaria y del fitness muscular.

Financiación. IdIBGI (Instituto de investigación biomédica de Girona).

PÓSTERES III

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

Exposición ambiental a plaguicidas y otros productos químicos

P-031. EVALUACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERÍA EN EL AÑO 2007

M.D. Guerrero Haro, R. López Domínguez, G. Romera Soler, M.I. Caparrós Jiménez, C. de Oña Baquero, A. Cayuela Pérez, I. Lázaro Jiménez de Cisneros, J.M. de la Fuente Nogales, S. Bo Cadena, et al

Unidad de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Antecedentes/Objetivos: En el Proyecto de Inspección Europeo ECLIPS llevado a cabo en países de la Unión Europea (UE) en 2003-2004, se pone de manifiesto que el 60% de los productos químicos (PQs) comercializados presentan deficiencias en el contenido y formato de la etiqueta de peligrosidad y el 70% de los mismos presentan deficiencias en sus Fichas de Datos de Seguridad (FDS). La inspección del mercado debe servir para detectar la calidad y la cantidad de información que la población recibe sobre estos productos, así como para vigilar el cumplimiento de las restricciones impuestas a los PQs de mayor riesgo. El objetivo del presente estudio es determinar el grado de cumplimiento de los sistemas de información (FDS y etiquetas) de los PQs evaluados por los agentes de control oficial del Área de Gestión Sanitaria (AGS) Norte de Almería en cuanto a la legislación que les es de aplicación.

Métodos: Tipo de estudio: observacional descriptivo. Periodo de estudio: año 2007. Población de estudio: se evaluaron 57 productos (productos para tratamiento de piscinas, lejías, detergentes, disolventes, biocidas, desincrustantes, pinturas y barnices) usando como fuente de información los protocolos de inspección del Programa de Seguridad Química 2007 de la Dirección General de Salud Pública y Participación, (actualmente Secretaría General de Salud Pública y Participación) una vez volcados en la Base de Datos de Seguridad Química. Cada producto se evalúa tipificando las deficiencias presentadas en la etiqueta y FDS como leves, medias o graves según las instrucciones de dicho programa.

Resultados: En el 100% de los casos se encontraron deficiencias, bien en la etiqueta o en la FDS. Sólo 1 de las etiquetas no presentaba deficiencias. El 54,39% de las etiquetas presentaban deficiencias de gravedad media, el 22,81% presentaban deficiencias leves y el 12,05% graves. Sólo 2 FDS no presentaban deficiencias, el 61,40% presentaban deficiencias de gravedad media, el 26,31% graves y el 8,77% leves.

Conclusiones: Cabe destacar que ninguno de los productos estudiados presentaba un sistema de información correcto y completo. Se observan importantes incumplimientos en las informaciones recogidas tanto en las etiquetas como en la FDS. De los datos obtenidos se puede concluir que es necesario seguir controlando dichos sistemas para mejorar esta situación, al objeto de disminuir riesgos para la salud pública y comprobar el cumplimiento de la legislación de aplicación.

P-032. PROGRAMA DE VIGILANCIA ESPECIAL DE INTOXICACIONES AGUDAS POR PLAGUICIDAS EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA: ANÁLISIS DE RESULTADOS

T. Parrón Carreño, R. Alarcón Rodríguez, M. Requena Mullor, J. Guillén, P. Marín, J. Serrano, A. Hernández, A. Pla, C. Gómez, et al

Consejería de Salud; Universidad de Almería; Hospital La Inmaculada; Delegación de Salud Almería; Universidad de Granada; Empresa Pública Hospital de Poniente; Delegación Salud Málaga; Universidad de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: En el año 2000 se pone en marcha por la Consejería de Salud un programa que se desarrolla a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA), cuyos objetivos eran conocer el número de casos y la epidemiología de las intoxicaciones agudas por la exposición ocupacional a plaguicidas, "Programa de vigilancia especial de intoxicaciones agudas por plaguicidas".

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo, desarrollado sobre las declaraciones de intoxicaciones por plaguicidas recogidas en el SVEA y acaecidas en la provincia de Almería desde la puesta en marcha de dicho programa hasta el 30 de octubre del año 2008.

Resultados: Se han recogido un total de 637 casos de intoxicaciones existentes entre los años 2000-2008, con 128 casos en el año 2000, 157 en el 2001, 118 en el 2002, 62 en el 2003, 85 en el 2004, 21 en el 2005, 24 en el 2006, 18 casos en el 2007 y 24 casos a 30 de octubre de 2008. Por Distritos sanitarios correspondió: el 85,2% al Distrito Poniente (zona con mayor nº Ha. Invernadas, 22.781 Ha), el 13,2% al Distrito Almería (6.685 Ha) y el 1,6% al Distrito Levante (zona con menor nº de Ha. invernadas, 402 Ha). El mes de mayor número de intoxicaciones fue octubre seguido del mes de septiembre. La edad media de los individuos intoxicados era de 37,4 años, con una desviación típica de 14,84, si bien se aprecia un incremento a lo largo del periodo de estudio de 35 años en el año 2000 a 45,2 años en el 2008. Por sexo, el 88% eran varones frente al 12% que eran mujeres. La principal ocupación era la agricultura con un 66% del total. Los principales productos implicados en las intoxicaciones fueron los N-metil carbámicos (37,5%) seguido de los organofosforados (10,1%). La principal vía de absorción es la cutánea (298 casos) seguida de la cutáneo-respiratoria (117 casos). El 31,1% de los intoxicados había tenido al menos una intoxicación anterior.

Conclusiones: El Programa de Vigilancia Especial de Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas es una importante herramienta para realizar el seguimiento de las intoxicaciones laborales a plaguicidas. Según los datos recogidos en este programa durante el periodo de estudio, el perfil del individuo intoxicado es varón, de 37 años de edad, agricultor, que se intoxica durante la fumigación y que usa protección. La principal vía de entrada del tóxico en el organismo fue la vía cutánea. Así mismo se evidencia un descenso progresivo del número de intoxicaciones a lo largo de los años.

P-033. ALTERACIONES DE LA FERTILIDAD EN ZONAS DE USO INTENSIVO DE PLAGUICIDAS VERSUS BAJO USO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

T. Parrón, R. Alarcón, M. Requena, J. Guillén, P. Marín, J. Serrano, A. Hernández, A. Pla, F. Laynez, et al

Consejería de Salud; Universidad de Almería; Hospital La Inmaculada; Delegación de Salud Almería; Universidad de Granada; Empresa Pública Hospital del Poniente; Delegación Salud Málaga; Universidad de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: En Andalucía el uso de plaguicidas ha aumentado de forma muy importante a lo largo de las últimas décadas, algo que no se observa en otras regiones europeas. La comunidad andaluza, en el año 2005, contaba con una superficie invernada de 57.662,85 Ha De Cock (1995), encontró un descenso en la tasa de fecundidad en los trabajadores de cultivos de frutales expuestos a altos niveles de pesticidas en Holanda. Whorton (1979), observó en el espermiograma de trabajadores de las plantaciones de banana en Costa Rica expuestos al dibromocloropropano, niveles más bajos de fertilidad así como esterilidad.

Métodos: Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo de corte, entre los años 1998-2005. Las patologías seleccionadas para el estudio son disfunción ovárica, disfunción testicular, abortos y amenaza de parto. Los casos se han recogido en el CMBDA (Conjunto mínimo básico de datos de Andalucía). Se han seleccionado 10 zonas de

la geografía andaluza, clasificadas como Áreas de elevada utilización de plaguicidas (alta exposición) a los distritos Poniente almeriense, Costa granadina, Costa occidental onubense, Axarquía (Málaga), La Rinconada (Sevilla). En segundo lugar, Áreas de bajo utilización de plaguicidas (baja exposición): Las Lomas de Úbeda (Jaén), Levante almeriense, Almería Centro, Valle de los Pedroches (Córdoba), Jerez de la Frontera.

Resultados: Al analizar los distritos de alta exposición frente a los de baja, encontramos una OR para la disfunción ovárica de 1,12 (IC: 0,9-1,4) $p = 0,3$, para los abortos una OR de 1,43 (IC: 1,37-1,49) $p < 0,01$ y para la amenaza de parto una OR: 1,44 (IC: 1,40-1,48) $p < 0,01$. Al analizar los distritos de baja exposición frente a los de alta, encontramos una OR para la disfunción testicular de 1,38 (IC: 0,6-3,2) $p = 0,4$.

Conclusiones: Al comparar los distritos de alto nivel de exposición con respecto bajo nivel de exposición, obtenemos que existen diferencias estadísticamente significativas en patologías como abortos, amenaza parto. No encontrándose diferencias estadísticamente significativas en patologías como disfunción ovárica. Cuando comparamos distritos de baja exposición frente a los de alta exposición, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en disfunción testicular. Al tratarse de un estudio ecológico es necesario interpretar estos resultados con la debida cautela. No obstante, estos estudios podrían llevar al desarrollo de estudios epidemiológicos más específicos que aportarían información más detallada.

P-034. PUESTA EN MARCHA DEL REGISTRO OFICIAL DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS BIOCIDAS EN CÓRDOBA

F. Cano Campos, M.T. Gallego Quevedo, M.A. Fernández Fernández, et al

Delegación Provincial de Salud de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: La publicación del Decreto 298/2007 establece un cambio de adscripción del Registro Oficial de Establecimientos y Servicios en sus ramas de plaguicidas para uso ambiental o en industria alimentaria de la Consejería de Agricultura y Pesca a la de Salud. El objetivo de este trabajo es dar a conocer como se ha implementado esta nueva competencia en la Provincia Córdoba.

Métodos: Previo a la publicación del Decreto 298/2007 se reciben y revisan todos los expedientes de los establecimientos y servicios plaguicidas afectados que nos envían desde la Delegación de Agricultura y Pesca de Córdoba junto con la Base de Datos correspondiente que se coteja con los expedientes. Los resultados, que incluyen actualizaciones y completar datos, se trasladan a la Consejería de Salud. Tras la publicación de la norma, desde la Consejería de Salud se imparte formación sobre los aspectos recogidos en el Decreto. Desde la Delegación Provincial se reúne los responsables de los Distritos Sanitarios para actualizar información y coordinar las actuaciones de cara a los nuevos registros. Por escrito, se informa a los afectados sobre la nueva normativa y su aplicación y se solicita, a aquellos que manejan productos tóxicos (T) o muy tóxicos (T+) que elaboren, según modelaje propuesto, un Libro Oficial de Movimiento de Biocidas de Andalucía (LOMBA). Se facilita persona y teléfono de contacto para dudas y consultas.

Resultados: En el antiguo registro había 59 inscripciones distribuidas de la siguiente forma: 1 fabricante/formulador y comerciante, 5 aplicadores y comerciantes, 9 comerciantes y 44 aplicadores siendo un total de 15 establecimientos y 49 servicios. 16 de ellos utilizan biocidas clasificados como T o T+. 15 de los aplicadores son empresas para la prevención y control de legionella. Actualmente el Registro está actualizado. Hasta el momento, se han recepcionado 17 nuevos expedientes: 3 solicitudes de baja (2 servicios y 1 establecimiento), 4 de autorización y 10 de renovación. Actualmente hay 2 expedientes resueltos y 15 en trámite. Los cambios en la normativa han generado numerosas consultas que han sido debidamente atendidas.

Conclusiones: El sector ha sido informado del cambio de adscripción y modificaciones correspondientes. Se ha puesto en marcha el LOMBA. Se ha formado al personal implicado en el Procedimiento de Registro de Establecimientos y Servicios Biocidas. Se ha puesto a punto el ROESBA que supone un mejor control sanitario de los establecimientos y servicios inscritos.

P-035. CONTAMINACIÓN POR TERBUTILAZINA EN EL EMBALSE DE IZNAJAR (CÓRDOBA) DURANTE EL VERANO DE 2005 Y ACTUACIONES DERIVADAS

M.T. Gallego Quevedo, F. Antón Muñoz, V. Tejedor Garrido, M.A. Romero Paredes, et al

Delegación Provincial de Salud de Córdoba; Distrito Sanitario Guadalquivir; Área Sanitaria Norte.

Antecedentes/Objetivos: El uso de diversas sustancias en las labores agrícolas, provoca la contaminación de suelos, aguas superficiales y subterráneas que posteriormente son captadas para el consumo humano. La contaminación por el plaguicida terbutilazina en las zonas de abastecimiento Lucena y Córdoba Sur Occidental cuyas aguas proceden del embalse de Iznajar produjo una serie de acontecimientos y actuaciones por parte de diferentes administraciones que describiremos cronológicamente así como los efectos sobre la salud de los consumidores y repercusión mediática. También se analizarán las actuaciones que a partir de este suceso y hasta la fecha han tenido lugar para evitar que hechos similares volvieran a producirse.

Métodos: Teniendo como base la normativa de aplicación, las instrucciones de la Consejería de Salud y bibliografía consultada se ha trabajado en equipo entre técnicos y empresas abastecedoras, utilizando el SINAC, revisando y elaborando informes periódicos varios.

Resultados: Se declara no aptitud para el consumo de esta agua para 50 núcleos de población viéndose afectadas casi 200.000 personas. Se organiza el transporte móvil para suministro a la población e industrias. La no aptitud del agua para el consumo duró 5 días. Hay en la provincia 11 embalses, de los cuales en estos momentos 9 suministran aguas de consumo humano a través de 10 ETAPs gestionadas por 6 empresas abastecedoras cuyas aguas llegan a casi 200.000 habitantes. En las ETAPs se ha instalado carbón activo. Se realiza un seguimiento exhaustivo sobre actuaciones de los gestores y las determinaciones de plaguicidas totales y plaguicidas individuales que han sido indicadas desde la Administración Sanitaria comprobándose en el SINAC. Las Confederaciones Hidrográficas han notificado superación de plaguicidas.

Conclusiones: Es imprescindible concienciar y controlar sobre las buenas prácticas agrícolas. Es fundamental la actuación coordinada y conjunta de los implicados así como transmitir a la población una información clara y precisa sobre la situación y riesgos sanitarios. Sería conveniente revisar las instrucciones sanitarias en relación a la declaración de aguas no aptas para el consumo para aquellos parámetros que incumplen la normativa y según bibliografía consultada no causan efectos perjudiciales para la salud a corto plazo. Se ha conocido el nivel de plaguicidas en embalses de la provincia. Se ha logrado coordinación de actuaciones entre Confederaciones Hidrográficas, Consejería de Salud, Delegaciones Provinciales, Distritos Sanitarios y Gestores. Se han establecido los mecanismos necesarios para evitar que estos hechos vuelvan a producirse.

P-036. INTOXICACIÓN AGUDA POR PLAGUICIDAS A TRAVÉS DEL AGUA DE BEBIDA EN UNA ZONA NECESITADA DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

A. García Suárez, P. Mayol Goitre, F. Huertas, B. Santos Navarro, A. Martínez Tortosa, S. Vallejo Godoy, et al

Distrito Poniente de Almería.

Antecedentes/Objetivos: Almería y, particularmente la Comarca de Poniente utilizan masivamente los plaguicidas. Desde el año 2000 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVEA) desarrolla el objetivo 24 del II Plan Andaluz de Salud ha sido especialmente eficaz en el control de las intoxicaciones agudas por plaguicidas. La llegada masiva de población inmigrante que acude a trabajar a esta zona está cambiando el perfil de estas intoxicaciones. El objetivo de esta comunicación es incidir en que esta población, que se dedica fundamentalmente a la agricultura bajo plástico, requiere un abordaje distinto en la investigación de brotes de intoxicaciones agudas por plaguicidas.

Métodos: Estudio transversal a partir de los datos recogidos en las encuestas epidemiológicas individualizadas. Esta información se completó con la revisión de las historias clínicas de urgencias hospitalarias y con los seguimientos realizados en atención primaria de los casos, en los que se incluía un control analítico de función hepática. La unidad de gestión de salud pública del distrito y en concreto la unidad de alimentaria y ambiental realizó inspecciones de la red de abastecimiento de agua del domicilio. Por otra parte, los trabajadores sociales valoraron las posibles situaciones de riesgo social de las familias implicadas.

Resultados: De los 14 expuestos (6 adultos y 8 niños) han resultado afectados 9 y todos leves. Se han detectado 2 problemas importantes de salud en dos adultos no relacionados con la intoxicación y que requerían intervención médica y se han detectado deficiencias en el abastecimiento de agua potable por parte del dueño de la casa que mantenía cortada la toma del aljibe y derivada el agua al domicilio desde una balsa de riego. El olvido al cerrar la llave de la estación de tratamiento de los plaguicidas permitió que el herbicida (METAN SODIO 50) pasara a la red de abastecimiento del domicilio.

Conclusiones: No deben conectarse en ningún caso las redes destinadas a regadío con las destinadas a consumo humano. La población de los diseminados agrícolas de Poniente constituye una población con dificultades en la accesibilidad a los servicios sanitarios, ya que a raíz de la alerta sanitaria, se ha detectado una diabetes avanzada de un padre de familia, una anemia crónica de una adolescente y una infección urinaria de una mujer adulta no diagnosticadas. La vigilancia de las intoxicaciones por plaguicidas en estas zonas debe reforzarse con el trabajo desarrollado por los trabajadores sociales.

P-037. BROTE DE INTOXICACIÓN AGUDA POR PLAGUICIDAS DEBIDO A EXPOSICIÓN AMBIENTAL

A. Rubio García, I. Olaya Caro, A. Rodríguez Torronteras, A. Varo Baena, A. Jodral Segado, A. Blázquez Rojas-Marcos, M.T. Gallego Quevedo, et al

Distrito Sanitario Córdoba. Servicio Andaluz de Salud.; Delegación Provincial de Salud de Córdoba; Distrito Sanitario Córdoba Sur. Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Los principales plaguicidas implicados en las intoxicaciones lo hacen por exposición laboral, no ambiental como este caso. Objetivo: determinar el origen de la intoxicación producida en los trabajadores (no manipuladores) de una empresa de tratamiento de datos en Córdoba en la que casi simultáneamente se habían realizado un tratamiento de desinsectación y manipulación de gran volumen de químicos en las inmediaciones. Además de las personas afectadas, se detectaron gran cantidad de crustáceos y gasterópodos muertos en los alrededores.

Métodos: 1. Diagnóstico de la alerta (por parte del equipo de alerta). 2. Definición de caso. 3. Medidas de intervención y control: -Visitas de inspección a la empresa -Toma de muestras (cangrejos, caracoles y polvo blanco) -Estudio de químicos -Encuestas epidemiológicas 4. Formulación de la hipótesis. 5. Análisis de resultados.

Resultados: De un total de 90 expuestos se diagnosticaron 8 casos (3 hombres y 5 mujeres), con una media de edad de 32,37 años.

Los síntomas fueron muy variables de unos afectados a otros, siendo los más frecuentes la cefalea (100%) y el prurito (87,5%) y con menor frecuencia se presentaron síntomas neurológicos. Aparecieron a los pocos minutos de la exposición y duraron de 1 a 9 días. 7 afectados estaban sentados cerca de puertas y ventanas próximas al lugar de manipulación de los químicos. Otro caso fue la limpiadora de las instalaciones. Se determinaron 9 posibles productos químicos pero sólo 2 de ellos son compatibles con la intoxicación (en base a los síntomas, a las concentraciones y al estado físico de los productos): carbaril y piretroides. El resultado de las muestras fue negativo para cangrejos y caracoles. El polvo blanco se identifica como carbaril.

Conclusiones: La exposición medio ambiental fue la causante del brote aunque ni de los resultados obtenidos de las encuestas epidemiológicas ni de la toma de muestras se pueda concluir cual de los dos productos fue la causa del brote.

P-038. VALORACIÓN DEL PROYECTO EUROBIOCIDAS 2008 EN EL D.S. DE CÓRDOBA

A. Blázquez Rojas-Marcos, M.C. Núñez Gutiérrez, J. Garabito Durán, A. Rubio García, M.A. Carmona González, R.M. Miñarro del Moral, R. López Pérez, et al

Distrito Sanitario Córdoba. Servicio Andaluz de Salud; Hospital U. Reina Sofía. Servicio Andaluz Salud; Área Sanitaria de Osuna. Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: En el año 2008 se desarrolla un proyecto a nivel de la EU de acuerdo con la Directiva de Biocidas (DB), cuyos objetivos son armonizar las inspecciones en los estados miembros, conocer la manipulación de biocidas, producir información de mejor calidad para los usuarios de estos productos, (industrias y minoristas que los comercializan) y planificar condiciones de mercado similares en el ámbito nacional y comunitario. En este proyecto ha colaborado el Distrito Sanitario Córdoba, (DS).

Métodos: A través de Internet se hizo una selección de empresas ubicadas en el ámbito del DS susceptibles de fabricar, comercializar o utilizar biocidas. Se seleccionaron 15 productos en 3 empresas, una con perfil de fabricante, otra que los usa como ingredientes en sus formulados (productos cosméticos) y otra usuaria con uso desinfectante. De los 15 productos sólo 10 eran productos biocidas, de los que se estudió su composición, etiquetado, ficha de datos de seguridad (FDS), Ficha Técnica, Publicidad y tipificación según DB y normativa de sustancias y preparados peligrosos.

Resultados: De los 10 productos estudiados 9 se clasificaron como peligrosos El tipo de biocida según DB: Desinfectantes Tipo 2 = 6, Conservantes para productos envasados Tipo 6 = 4. Infracciones relacionadas con envasado: 1, Clasificación: 3, Etiquetado: 10, FDS: 10, ilegalidad de sustancias activas: 4 Casos frontera valorados: 3 conservantes de cosméticos y 1 detergente.

Conclusiones: La mayoría de los productos valorados se usan con una finalidad desinfectante, bien sea de superficies, material, etc., solamente 4 de ellos se utilizan como conservantes para productos elaborados que no son ni alimentos ni pienso. Las infracciones en la clasificación suponen un riesgo para la salud de todos los usuarios de estos productos. A esto hay que sumar que aunque todos los productos eran de uso profesional en ninguno se especificaba constituyendo un riesgo añadido. Las deficiencias detectadas en etiquetado y FDS para todos los productos, ponen de manifiesto un desconocimiento generalizado de la normativa vigente por parte de las empresas fabricantes, envasadoras y distribuidoras biocidas. Este estudio preliminar se ha hecho con la información disponible por las empresas. Es necesario conocer con detalle la composición de las sustancias y preparados para hacer una valoración exhaustiva de los riesgos y proceder a las medidas cautelares necesarias.

P-039. PROYECTO EUROBIOCIDAS 2008: RESULTADOS EN EL DISTRITO SANITARIO GUADALQUIVIR

E. Fuentes-Guerra, D. Galán, E. Gómez-Villalva, M.T. Álvarez de Sotomayor, M.D. Luna, M.T. Sánchez, R. Toscano, J.A. Muro, V. Tejedor, et al

Distrito Sanitario Guadalquivir; Servicio Andaluz de Salud; Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En octubre de 2004 en la Reunión CLEEN de La Haya, se acordó el desarrollo de un proyecto europeo de cumplimiento centrado en la Directiva 98/8/CE (DB) relativa a la autorización y comercialización para el uso de biocidas en los Estados miembros. El objetivo es profundizar en el conocimiento del grado de cumplimiento de la DB, los Anexos I y II del Reglamento 1451/2007/CE y de la Decisión 2007/565/CE de los biocidas empleados por empresas pertenecientes al Distrito Sanitario Guadalquivir. Así como, que estén clasificados, etiquetados y envasados y tengan Fichas de Datos de Seguridad (FDS) completas, correctas y actualizadas.

Métodos: Estudio de etiquetas y Ficha de datos de seguridad (FDS) de 10 biocidas empleados por 2 empresas aplicadoras ubicadas dentro del Distrito. Los biocidas objeto del estudio pertenecen: 1 al tipo de producto (TP) 8, 3 al TP 14 y 5 al TP 18, conforme se estableció en la 7ª reunión CLEEN de los países participantes en este proyecto.

Resultados: 1. Todos los productos estudiados tienen la FDS incorrecta o incompleta. Las deficiencias se encuentran en: 0 Apartados 2 y 3 en un 90% o Apartado 1 en un 70% o Apartado 16 en un 60% o Apartado 15 en un 50% 2. Tres productos presentan deficiencias en su etiquetado. 3. Las empresas objeto de estudio son aplicadoras de biocidas, cuentan con una plantilla de 2 a 9 personas, no son miembros de asociación de productos químicos o biocidas, no se encuentran acreditadas y sólo una tiene un buen conocimiento de legislación de biocidas. Estos resultados se reflejarán en gráficas.

Conclusiones: 1. Las industrias estudiadas han adaptado sus productos a la normativa vigente. 2. Las etiquetas de los productos cumplen la legislación en mayor grado que las FDS. 3. Dos productos modificaron la composición de su fórmula para adaptarse a la Decisión 2007/565/CE. 4. Uno de los productos seleccionados para su estudio tuvo que ser sustituido por otro ya que dejó de comercializarse por no adaptarse a la Decisión.

P-040. EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE PLAGUICIDAS EN AGUA DE CONSUMO HUMANO DE UNA ZONA DE ABASTECIMIENTO DEL DISTRITO SANITARIO JAÉN

J.A. Gata Díaz, M. Mariscal Ortiz, M.L. Gómez Mata, et al

Unidad de Gestión de Salud Pública. Distrito Sanitario Jaén; Atención Primaria, Distrito Sanitario Jaén.

Antecedentes/Objetivos: El programa de Vigilancia Sanitaria y Calidad del Agua de consumo de Andalucía se sustenta en el artículo 19 del RD 140/2003. Independientemente de los parámetros fijados para los análisis de control y completos, cada Delegación Provincial, como Autoridad Sanitaria, tiene la potestad de incluir la determinación de otros parámetros, como medida de precaución, durante un periodo de tiempo determinado, en aquellas zonas en las que se sospeche o se tenga constancia de la existencia de un riesgo de contaminación del agua. Además la Dirección General de la Producción Agraria de la Consejería de Agricultura y Pesca de la Junta de Andalucía, ha elaborado un listado que incluye materias activas de productos fitosanitarios impactantes por su empleo en los cultivos agrícolas mayoritarios, y que pueden afectar a cada cuenca y a las aguas superficiales que sirven de abastecimiento para el consumo humano. Analizar el seguimiento analítico de los plaguicidas simazina, terbutilazina, diurón, oxifluorfen, diflufenican, tebuconazol, clorpirifos durante el pe-

riodo de enero a septiembre del 2007 en una zona de abastecimiento del Distrito Sanitario Jaén.

Métodos: Se valoraron resultados de 43 análisis de plaguicidas antes del tratamiento y de 56 determinaciones después del tratamiento, a la salida de planta, sobre los parámetros indicadores citados. Tomando los resultados de los boletines analíticos de seguimiento realizados por el gestor de la zona de abastecimiento durante los primeros nueve meses del 2007. Se analizaron los resultados sobre la base de la superación de los valores límite, a nivel individual por plaguicida o a nivel de plaguicidas totales, según se define en el RD 140/2003. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo mediante el uso del paquete estadístico SSPS® para Windows versión 15.0, obteniéndose el valor de la media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo.

Resultados: Los resultados del agua bruta antes del tratamiento mostraron 12, 35, 17 y 8 superaciones del valor paramétrico para los plaguicidas a nivel individual (0,10 µg/l) en los casos de la Simazina, Terbutilazina, Diurón y Diflufenican respectivamente. Al analizar los resultados agregados sólo se detectaba una superación del valor medio por plaguicida en la Terbutilazina (0,592 ± 0,228 µg/l) y Diurón (0,173 ± 0,043 µg/l). Sólo se observó una superación, análisis después del tratamiento, para la Terbutilazina (0,224 µg/l). Si se sumaban los siete plaguicidas investigados se obtenía que en sólo 13 análisis de agua bruta fue superado el valor de referencia (0,50 µg/l), con un máximo de 11,655 µg/l y un mínimo de 0,559 µg/l.

Conclusiones: El uso irracional y no sostenible de los fitosanitarios en las áreas rurales impacta directamente sobre la calidad de las aguas a medio y corto plazo, hecho que conlleva la aplicación de unas medidas de especial vigilancia de los plaguicidas como contaminantes de origen antrópico. No obstante el tratamiento de filtración por carbón activo se ha mostrado como un tratamiento eficaz para eliminar los residuos de plaguicidas en aguas de consumo, aunque se eleven considerablemente los costes de explotación de una zona de abastecimiento. Sin lugar a dudas la mejor estrategia para evitar episodios de contaminación de aguas de consumo humano debe ser aquella que se sustente en no impactar al medio ambiente, y que defina actuaciones de uso responsable y adecuado de los fitosanitarios por parte del aplicador agrícola.

P-041. ¿ES POSIBLE SELECCIONAR CON CRITERIO CIENTÍFICO LOS COMPUESTOS QUÍMICOS EN UN PROGRAMA DE BIOMONITORIZACIÓN DE LA EXPOSICIÓN HUMANA?

N. Olea, J.M. Molina, M.F. Fernández, et al

Hospital Universitario San Cecilio. CIBERESP. Granada.

Antecedentes/Objetivos: Los programas internacionales de vigilancia de la exposición química ambiental que se centran en la cuantificación de los niveles en sangre y tejidos humanos de los residuos, han puesto de manifiesto la enorme dificultad en la decisión sobre que compuesto(s) debería ser evaluados. La información existente sobre presencia y persistencia ambiental, junto con el efecto tóxico sobre la salud y la rutina en la medida, condicionan la selección para estudio. Estos criterios parecen ser insuficientes ya que la evidencia científica sobre efectos nocivos y la demostración de la presencia ambiental de muchos compuestos van muy por detrás de que la exposición haya ocurrido. Es objetivo de este trabajo revisar la información existente sobre los niveles residuo de compuestos químicos en la población del Sureste peninsular y orientar en el establecimiento de un Programa de Biomonitorización.

Métodos: Revisión de las publicaciones del grupo multidisciplinar de Medicina Medioambiental del Hospital Univ. S. Cecilio&UGR que describen la exposición química de diferentes poblaciones radicadas en el Sureste peninsular (Granada y Almería). Rango de edad, recién

nacido a 80 años. Cuantificación en sangre/suero, sangre cordón umbilical, placenta, tejido adiposo, orina y pelo.

Resultados: Se tiene información cualitativa y cuantitativa son los siguientes grupos de compuestos químicos, incluidos los isómeros y metabolitos: 17 pesticidas organoclorados, 37 bifenilos policlorados, 10 bifenilos ploclorados hidoxilados, incluidos los bifenilos policlorados dioxin-like, 15 dioxinas y furanos, 8 bifenilos polbromados, 11 ésteres de bifenilos bromados, 5 bisfenoles y bisfenoles clorados, 2 alquilfenoles y un grupo de metales (Hg y Pb). Para cada uno de los grupos se han identificado aquellos de presentación más frecuente y/o más abundantes en cada sustrato y para cada grupo de edad y sexo. Además dado que el reclutamiento de los individuos se ha hecho siempre dentro del contexto de un diseño epidemiológico concreto, se dispone de la información antropométrica, sociodemográfica y clínica que permite la estimación de las variables asociadas a la exposición.

Conclusiones: La evaluación pormenorizada de los datos existentes sobre residuo químico en fluidos y tejidos indica que la exposición de la población general del Sureste es frecuente y es debida a múltiples residuos de cada grupo químico. Además, sugiere que la decisión de cuantificación química limitada a unos pocos residuos debe ser definida con precaución y que el uso de biomarcadores de efecto combinado es una opción complementaria en cualquier programa de monitorización.

Financiación. CONTAMED FP7-ENV-07-212582 y FIS 07/0252.

P-042. NONILFENOL Y OCTILFENOL EN TEJIDO ADIPOSO DE MUJERES DEL SURESTE PENINSULAR. CRITERIOS PARA SU INCLUSIÓN EN UN PROGRAMA DE BIOMONITORIZACIÓN

N. Navea, C. Freire, M.J. López- Espinosa, J.P. Arrebola, R. Prada, J.M. Molina-Molina, N. Olea, et al

Hospital Universitario San Cecilio, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Los alquilfenoles (APs) y AP etoxilados son un grupo de contaminantes ambientales con capacidad de disrupción endocrina. Están presentes mayoritariamente en plásticos y detergentes y son ampliamente usados en la industria, la agricultura y en productos de uso doméstico. La principal vía de exposición humana a APs es la dieta. Aunque en los últimos años ha crecido el interés y preocupación por estas sustancias, hay escasa información disponible sobre concentraciones de APs en poblaciones humanas y sus posibles implicaciones en la salud. El objetivo de este estudio fue determinar la concentración de nonilfenol (NP) y octilfenol (OP) en tejido adiposo de mujeres de Granada (sureste de España) no expuestas laboralmente a estos compuestos y definir los estándares para su inclusión en un programa de biomonitorización humana.

Métodos: Se recogieron muestras de 20 mujeres intervenidas quirúrgicamente por diversas patologías en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada durante 2003. Las sustancias químicas se extrajeron de muestras de tejido adiposo mediante una técnica sólido-líquido y la presencia y los niveles de NP y OP fueron determinados mediante cromatografía de gases. Mediante análisis de regresión lineal se evaluó el posible efecto de la edad y el índice de masa corporal (IMC) de las mujeres en las concentraciones de APs.

Resultados: La edad media (desviación estándar [DE]) de la población de estudio fue de 59,7 (14,1) años, en el rango 24-81 años, y el IMC fue de 31,9 (11,5) kg/m², en el rango 19,1-65,0 kg/m². El contenido lipídico de las muestras estuvo entre 61 y 89%, con un valor medio de 80%. NP y OP fueron detectados en 100 (n = 20) y 23,5% (n = 4) de las

muestras y la media aritmética (DE) fue de 81,8 (127) ng g⁻¹ lípido (n = 20/20) para NP y de 5,51 (2,1) ng g⁻¹ lípido (n = 4/20) para OP. El IMC resultó ser un determinante de la exposición, ya que estaba asociado significativamente con la concentración de NP ($\beta = 1,5$; p = 0,033).

Conclusiones: Los niveles de NP y OP en tejido adiposo de estas mujeres granadinas son similares a los descritos previamente en otros países, aunque la información disponible es muy escasa. Debido a la frecuencia de exposición a NP y sabido su efecto disruptor endocrino, la cuantificación de este residuo debería ser incluido en los programas de vigilancia de la exposición humana.

P-043. VALORACIÓN DE LA EXPOSICIÓN A ALQUILFENOLES EN POBLACIÓN INFANTIL DE GRANADA EN EL SURESTE PENINSULAR

R. Prada, J.P. Arrebola, M. Fernández, N. Navea, E. Amaya, M.F. Fernández, N. Olea, et al

Hospital Universitario San Cecilio, CIBER de Epidemiología y Salud Pública CIBERESP, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Los alquilfenoles y sus derivados etoxilados son compuestos químicos usados como surfactantes en formulaciones de productos domésticos e industriales (detergentes). Los principales productos de degradación son p-nonilfenol (NP) y p-octilfenol (OP), se ha comprobado que actúan en los organismos vivos como disruptores endocrinos, modificando la acción de las hormonas naturales. Las etapas precoces del desarrollo embrionario-fetal y la infancia son más sensibles a la disrupción endocrina, por lo que la exposición de la población infantil presenta un interés especial, pero la información existente a este respecto es exigua. El objetivo del presente estudio es cuantificar los niveles de p-nonilfenol y p-octilfenol en tejido adiposo de población infantil y determinar los posibles factores asociados a dicha exposición.

Métodos: En el año 2006 se recogieron 79 muestras de tejido adiposo de niños y niñas, de recién nacidos hasta 12 años de edad, atendidos en los servicios de cirugía del Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Para la recogida de la información se empleó un cuestionario, previamente validado. Las muestras fueron sometidas a un proceso de extracción química. El análisis se llevó a cabo mediante cromatografía de gases con espectrometría de masas. Para el análisis estadístico se usaron las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney y de Kruskal Wallis. También se hizo un análisis multivariante de los factores predictores mediante modelos de regresión logística multivariante.

Resultados: En las muestras se detectaron NP y OP con un porcentaje de 24,1% y 21,5% respectivamente, con una concentración media geométrica de 31,49 \pm 2,26 y 10,04 \pm 2,87 ng/g. En el caso de NP, la frecuencia de exposición y los niveles medios alcanzados son sensiblemente inferiores a los reportados en la misma área geográfica. En el análisis de regresión logística multivariante, las principales variables que condicionaron la exposición a p-nonilfenol fueron: hábito tabáquico de los padres (OR = 5,9), nivel de estudios (OR = 1,28), consumo de agua no embotellada (OR = 1,61) y sexo femenino (OR = 4,3). Las variables que condicionaron la exposición a p-octilfenol fueron: antecedentes maternos de prematuridad (OR = 4,9) y la ocupación de la madre como ama de casa (OR = 5,1).

Conclusiones: Este estudio demuestra, por primera vez en España, que un sector importante de la población infantil está expuesta de forma significativa a los alquilfenoles. Son necesarios más estudios que profundicen en el estudio de los factores determinantes de dicha exposición e identifiquen las fuentes, pero lo recomendable es actuar preventivamente e incluir NP en los programas de biomonitorización humana.

PÓSTERES IV

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

Uso de servicios y atención sanitaria a la población inmigrante

P-044. BUENAS PRÁCTICAS EUROPEAS EN EL ACCESO, CALIDAD Y ADECUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA INMIGRANTES: UNA OPINIÓN CONSENSUADA

R. Villegas, R. Puigpinós, D. Rodríguez, M. Pons-Vigués, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El mayor desafío de la salud pública que se presenta en toda Europa es el de poder converger las necesidades sanitarias del creciente aumento de la población inmigrante. Este es un proyecto europeo en el que participan 17 países que busca identificar y recomendar las mejores prácticas de atención de las diferentes poblaciones inmigrantes de los países europeos. **Objetivos:** definir las líneas generales sobre las mejores prácticas de atención y cuidados de la salud de los inmigrantes, con especial atención a la salud mental y proponer recomendaciones a partir de los hallazgos encontrados.

Métodos: Estudio cualitativo consistente en una metodología Delphi. Cada país identificó entre 8 y 10 expertos en inmigración de diferentes áreas de trabajo (salud, ONGs, universidad y del ámbito de la toma de decisiones en salud) para expresar sus opiniones acerca de cuáles eran a su juicio las 10 mejores prácticas en la atención sanitaria del inmigrante.

Resultados: Según opinión de los expertos, las prácticas más importantes fueron: Facilitar y garantizar el acceso, entendiendo como tal, desde las políticas de acogida así como todas aquellas acciones encaminadas a dar a conocer el sistema sanitario del país de acogida a fin de facilitar el acceso igualitario. Incorporar la mediación cultural, entendida en el sentido amplio y que abarca desde los simples servicios de traducción, pasando por agentes de salud y mediadores debidamente formados, hasta llegar a la presencia de personal contratado en los servicios de salud procedentes de los países que van conformando la nueva ciudadanía. Formación de los profesionales del sistema de salud así como una actitud (competencia cultural actitudinal) que permita la comprensión y el respeto mutuo para una mejor comprensión del binomio salud-enfermedad. Diseñar sistemas de información adecuados que incluyan variables sociodemográficas así como otros determinantes de la salud de las personas (estos sistemas de información han de ser reforzados con encuestas y trabajos específicos que han de permitir un correcto diagnóstico de la situación). Valorar la salud mental tomando en cuenta los determinantes sociodemográficos del individuo: situación socioeconómica, situación familiar, situación legal.

Conclusiones: La información obtenida permite entender que aspectos habría que mejorar según las opiniones consensuadas de los expertos acerca de los mejores cuidados de la salud de los inmigrantes y el futuro desarrollo de nuevas herramientas para el apoyo de las mejores prácticas de atención.

P-045. ORGANIZACIÓN Y ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS POR PARTE DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE: PROYECTO EUROPEO (EUGATE)

R. Puigpinós, D. Rodríguez, R. Villegas, M. Pons-Vigués, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La desigual utilización de servicios de salud por parte de la población inmigrante en los distintos países de

Europa, concierne tanto a los proveedores de servicios como a las políticas europeas, lo cual hace necesario, establecer pautas comunes de actuación. **Objetivo:** estudiar en ciudades de 17 países europeos la organización de los servicios así como la utilización que de ellos hacen las personas de origen inmigrante. Este estudio junto a un análisis de las políticas sanitarias y un estudio comparativo de las que son consideradas buenas prácticas en salud en los distintos países, ha de permitir elaborar recomendaciones o pautas de actuación a nivel europeo.

Métodos: Se lleva a cabo un estudio cualitativo, en el que cada país selecciona 3 centros de salud mental, 3 servicios de urgencias hospitalarias y 9 centros de atención primaria en que se atiende a un volumen importante de personas de origen inmigrante. En el caso de Barcelona se seleccionaron 3 distritos de la ciudad con unos porcentajes de población inmigrante de 44,1%, 16,3% y 15,2% respectivamente a fin de diversificar el origen cultural. En todos los centros, se designa un informador clave, al cual se le hace una entrevista semiestructurada en la que se abordan los temas de: registro de pacientes, programas y políticas, sistemas de evaluación y experiencias en atención a inmigrantes. Se plantea también la situación de 3 casos distintos o "case vignettes".

Resultados: Desde el punto de vista de los profesionales, las principales dificultades encontradas son: debidos al desconocimiento e incompreensión del funcionamiento del sistema sanitario, de comunicación verbal y no verbal, las barreras culturales vinculadas a distintos conceptos y percepciones de salud y enfermedad, el sexo del profesional, las condiciones socioeconómicas y laborales de los inmigrantes. El seguimiento es dificultoso y sobre todo en las personas en situación irregular. Si bien se ha avanzado en algunos aspectos, continúan sintiendo una importante falta de recursos materiales y humanos y formación intercultural. Destacan la implementación de acciones específicas en alguna de las zonas de la ciudad con más concentración de inmigrantes.

Conclusiones: En las zonas de la ciudad con mayor presencia de inmigración se han implementado recursos y programas que es necesario continuar desplegando en el resto de la ciudad. Hay que insistir principalmente en recursos de mediación e integración de profesionales de otras culturas, formación intercultural y recursos destinados también a informar y en definitiva mejorar la utilización y el acceso a los servicios sanitarios.

Financiación. EUROPEAN COMMISSION A/800175.

P-046. MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

E. Méndez, M. Isla, R. Fernández, et al

Asociación Salud y Familia.

Antecedentes/Objetivos: El proyecto "Mediación Intercultural en Centros Sanitarios" desarrollado en 2003-2007 por Asociación Salud y Familia (ASF) y el sistema sanitario público (SSP) de Cataluña cuenta con 36 mediadores interculturales (MIC) integrados en 5 hospitales, 19 centros de atención primaria y 3 Programas de Atención a la Mujer dando soporte intercultural directo a más de 72.000 pacientes inmigrantes del Magreb, África Subsahariana, Pakistán, Rumania y China. Se trata de: -Describir los efectos de la colaboración estable entre SSP y ASF, entidad experta e independiente en el ámbito de la inmigración; -Describir la evolución de las diversas acciones desarrolladas por los MIC; -Analizar los factores influyentes en la utilización de los servicios MIC en el SSP; -Analizar el impacto de un programa estable de MIC en la mejora de las competencias culturales del staff del SSP.

Métodos: -Las fuentes utilizadas son registros informáticos de las actividades desarrolladas y las características de los inmigrantes atendidos por los MIC en SSP; -Otras fuentes de interés son las consul-

torías periódicas realizadas por ASF en los diversos centros sanitarios para impulsar y mejorar la efectividad del proyecto colaborativo.

Resultados: -Las acciones desplegadas por los MIC han evolucionado rápidamente de la traducción a la provisión de información, soporte y mediación intercultural. El incremento en la variedad de funciones realizadas por los MIC ha discurrido paralelo a un importante aumento en la cobertura cuantitativa de la población inmigrante atendida (33.930 inmigrantes/2007); -El staff sanitario que más utiliza los servicios de MIC son los médicos y las enfermeras seguidos a bastante distancia del personal administrativo; -Los factores más influyentes en la utilización de los servicios de MIC por parte del staff son la existencia de una política activa de acogida de los inmigrantes desde la dirección del centro sanitario, la disponibilidad de MIC estables y las consultorías externas con ASF que impulsan un proceso de mejora continua; -Las iniciativas de formación continuada intercultural y de adaptación intercultural de materiales informativos y educativos han experimentado un crecimiento muy notable en los centros sanitarios participantes.

Conclusiones: La disponibilidad de MIC permanentes en el marco de un proyecto colaborativo estable resulta en mejoras inmediatas en la atención prestada a los pacientes inmigrantes y estimula un proceso consistente y específico de desarrollo de las competencias culturales del staff a través de la práctica diaria y de la formación continuada intercultural.

P-047. INMIGRACIÓN UN RETO PARA LA SANIDAD PÚBLICA. CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN VIH/SIDA EN INMIGRANTES DE UN HOSPITAL GENERAL, COMPARACIÓN CON POBLACIÓN AUTÓCTONA

M.C. Gálvez, L.F. Díez, A.R. Collado, A.M. Lazo, I.M. Reche, et al
C.H. Torrecárdenas.

Antecedentes/Objetivos: Conocer las características clínico-epidemiológicas, inmunológicas, virológicas y respuesta al tratamiento antirretroviral en población inmigrante (I) con infección VIH/SIDA comparándolas con la población autóctona (A).

Métodos: Análisis de nuestra cohorte en los últimos 20 años, desde los primeros casos en 1987. El nº de inmigrantes ha ascendido a 204 pacientes y la población autóctona 1935 pacientes. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS v12.0.

Resultados: El 9,5% del total de pacientes de nuestra cohorte eran inmigrantes, en la actual década suponen el 27% de los nuevos diagnósticos. La edad 34 ± 9 años fue similar a la población autóctona, así como la distribución por sexos (70% V). Por categorías de transmisión I/A: UDVP 10%/53%, HMS 16%/14%, HTS 69%/25%, otros 6%/6%. No hubo diferencias en el estadio de la enfermedad al diagnóstico: A 31%/31%, B 14%/21%, C 55%/48%. La situación inmunológica al diagnóstico fue similar 349/334 CD4+. La procedencia de los inmigrantes en nuestra área ha sido África Subsahariana 50%, Latinoamérica 22%, Magreb 10%, Europa del Este 9%. La enfermedad definitiva de SIDA más frecuente en inmigrantes fue Tuberculosis mientras que en autóctonos fueron neumonía por P. jiroveci y linfoma no HDK. De los 465 pacientes en seguimiento regular (62 I, 403 A), no reciben TARGA el 27% I ($CD4+ 582 \pm 238$) y el 10% A ($CD4+ 477 \pm 242$). La situación inmunológica en pacientes tratados (381 $CD4+ I/ 436 CD4+ A$) así como la respuesta al TARGA ha sido similar en ambos grupos.

Conclusiones: La incidencia de Infección VIH/SIDA en inmigrantes está aumentando en los últimos años. El origen de estos pacientes en nuestra área es fundamentalmente África subsahariana y Latinoamérica. La transmisión es preferentemente heterosexual. Aunque existen algunas diferencias clínicas la respuesta al tratamiento y el cumplimiento es satisfactoria, similar a la población autóctona.

P-048. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE INGRESO HOSPITALARIO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN UN HOSPITAL GENERAL

A.R. Collado Romacho, L.F. Díez García, M.C. Gálvez Contreras, et al
Sección de Enfermedades Infecciosas; Hospital Torrecárdenas.

Antecedentes/Objetivos: La inmigración es un fenómeno poblacional de importancia social, demográfica y económica de intensidad creciente en la provincia de Almería. El objetivo planteado al realizar este estudio fue conocer el tipo de patología que es motivo de ingreso en los servicios médicos de un hospital general, de pacientes inmigrantes.

Métodos: Análisis de los pacientes inmigrantes dados de alta por cualquiera de los Servicios Médicos de adultos del Hospital Torrecárdenas de Almería durante el año 2007. Se consideraron como emigrantes aquellas personas que procedían de un país con renta inferior a la española y que se habían trasladado a España por motivos económicos. Se revisaron los informes de alta y diagnósticos del CMBDA. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v12.0.

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron en alguno de los Servicios Médicos del Hospital Torrecárdenas un total de 371 pacientes inmigrantes, lo que supuso el 3,4% de todas las altas médicas. La edad media fue de 40 ± 15 años, predominando los varones (67%). Las zonas de procedencia fueron: Magreb 30%, Unión Europea 23,5%, Latinoamérica 20%, África Subsahariana 17,5%, Este de Europa no UE 7,5%, Oriente Medio 0,5% y Subcontinente Indio 0,5%. Los Servicios Médicos de destino al ingreso fueron: M. Interna 21%, Digestivo 11,6%, Cardiología 10%, Neurología 9,2%, UCI 9,2%, Neumología 8,9%, Salud Mental 7,8%, Hematología 6,5%, Nefrología 6,5% y Oncología 23%. La estancia hospitalaria media fue superior entre los pacientes inmigrantes que entre los autóctonos en M. Interna (16,6 días vs 11,4), Neurología (16,1 días vs 10,7), Neumología (15 días vs 12,8) y Digestivo (12,4 días vs 8,9). Las patologías que más frecuentemente indicaron el ingreso fueron: infecciones 22%, enfermedad cardiovascular 18%, neoplasias 13%, descompensaciones diabéticas 3%. La mortalidad global durante el ingreso fue del 3,5%.

Conclusiones: Las hospitalizaciones médicas entre la población inmigrante son poco prevalentes. Suelen ser varones jóvenes con patología de naturaleza infecciosa. Aunque la mortalidad por patología es similar a la de la población autóctona, el manejo parece ser menos eficiente.

P-049. ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD 11 (LA RIBERA) DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

A. Pelechano García, E. Ahuir Navalón, S. Pastor Vicente, A. García Machí, X. Torremocha Vendrell, et al

Centro Salud Pública Alzira.

Antecedentes/Objetivos: El embarazo en adolescentes, por sus repercusiones, es un importante problema de salud pública. En nuestro Departamento de Salud venimos observando un porcentaje de embarazos en mujeres adolescentes superior a la media de la Comunidad Valenciana. El aumento de la población inmigrante puede estar asociado a este aumento. Se pretende caracterizar el embarazo adolescente en el Departamento de Salud 11 y el nivel de atención de los mismos por los servicios de salud.

Métodos: La Hoja Resumen de Embarazo (HRE) es el documento utilizado en la Comunidad Valenciana para recoger los datos de seguimiento del embarazo de las mujeres. Contiene datos sociodemográficos, de seguimiento del embarazo y de atención médica así como características del parto y el puerperio y atención sanitaria. Se realiza un estudio retrospectivo de los embarazos en adolescentes (<

20 años) recogidos en las HRE de los años 2006 y 2007 en el Departamento. Se emplean tablas de contingencia y chi-cuadrado para establecer la significación de las variables cualitativas y la comparación de medias y la t de Student para las variables cualitativas.

Resultados: Se analizan 161 HRE de embarazadas < 20 años. El 52,8% corresponden a españolas y el 47,2% a inmigrantes. Existen diferencias estadísticamente significativas por origen entre españolas e inmigrantes en cuanto a Edad gestacional de la 1ª consulta en semanas (9,86-14,93); Estancia hospitalaria en días (3,14-2,60); N° de atenciones sanitaria por la matrona (8,53-6,92) y ecografías realizadas en el 1r trimestre de gestación (0,90-0,65). No existen diferencias estadísticamente significativas por origen en cuanto a Asistencia al curso de Educación maternal o a los talleres de puerperio, lactancia y masaje infantil. La realización de la 1ª consulta gestacional antes de las 12 semanas de gestación se considera un indicador de calidad de la asistencia. Esta consulta se realiza en el 85,5% de las españolas y el 54,2% de las inmigrantes, siendo la diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: En las embarazadas < 20 años del Departamento 11 -La Ribera, existen diferencias de atención sanitaria relacionadas con el origen de las mismas. Las diferencias en la accesibilidad se asocian a barreras culturales, idiomáticas, de situación de legalidad y de desconocimiento del sistema sanitario por parte de los inmigrantes. Son necesarios programas de mediación intercultural que mejoren la accesibilidad de las embarazadas adolescentes inmigrantes a los servicios de salud.

P-050. EQUIDAD EN EL ACCESO Y UTILIZACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN DINAMARCA Y ANDALUCÍA (ESPAÑA)

G.C. Córdoba Currea, S. Smith Nielsen, A. Krasnik, P. Hernández Marrero, et al

Universidad de Copenhague; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Los inmigrantes son una población especialmente vulnerable debido a las diferentes limitaciones y necesidades asociadas al proceso migratorio. Una de esas necesidades es tener los mismos derechos y cobertura a los servicios de salud como la población autóctona, por lo tanto el objetivo principal fue explorar el grado de equidad que se presenta en el acceso a la utilización del servicio de atención médica primaria (AMP) en dos países con servicio nacional de salud (España y Dinamarca), al comparar inmigrantes regulares con Daneses y Españoles.

Métodos: Análisis basado en la aplicación de una triangulación metodológica, con análisis cualitativo (revisión de los planes, conferencias y leyes concernientes a las barreras formales e informales para tener acceso a los servicios de AMP y cuatro entrevistas semi-estructuradas realizadas a nivel de macro-gestión y micro-gestión) y análisis cuantitativo por regresión logística de la asociación etnia - utilización ajustando por género, edad, ingreso familiar y salud auto percibida.

Resultados: Primeras iniciativas en cuanto a los derechos de acceso redactadas en los 60's y enfocadas a la reducción de las barreras formales, últimos 10 años enfoque de reducción de las barreras informales. La priorización de las barreras informales es altamente contingente al contexto nacional: Dinamarca (lenguaje), España (conocimiento del sistema por parte de los inmigrantes). En Dinamarca, 80% de la población en todos los grupos étnicos utilizó el servicio de AMP durante todo el 2007, todos los grupos de minorías étnicas tendieron a utilizar más el servicio en comparación con el grupo danés (e.g libaneses y turcos 60%); en todos los grupos de las minorías étnicas mayor porcentaje de estado de salud calificado como no satisfactorio (e.g. daneses 16,4%, ex-Yugoslavia 62,9% e iraquíes 59,2%).

Conclusiones: El determinante socio-político tanto a nivel europeo y nacional está influyendo positivamente en la misión de mejorar el acceso y por lo tanto la utilización del servicio de AMP. Aunque el fenómeno de migración ha sido bastante diferente en los dos países, los sistemas de salud han logrado responder a la mayoría de las necesidades de la población inmigrante en cuanto a las diferentes barreras formales e informales, se puede afirmar que en España y Dinamarca existe equidad en el acceso al servicio AMP al comparar inmigrantes regulares con la población autóctona. Por último, es importante recalcar que aún hoy en día, hay pocas fuentes de información fidedignas, y en consecuencia, el conocimiento sobre el proceso de migración y su impacto en la salud es bastante sesgado.

Financiación. EUROPUBHEALTH.

P-051. UNA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A INMIGRANTES

M.A. García Navarro, et al

Cruz Roja.

Antecedentes/Objetivos: Debido al incremento de inmigrantes residentes en España, constatamos que el número de personas extranjeras atendidas en los Servicios de Salud Mental de nuestro país es cada vez mayor. Observamos que un porcentaje de los inmigrantes presentan síntomas clínicos derivados de las situaciones de cambio y de las dificultades en los procesos de adaptación. Dicha sintomatología está modulada básicamente por: A) historia previa del paciente B) contraste entre las expectativas y la realidad C) condiciones objetivas a las que han de enfrentarse D) capacidad de poner en marcha recursos personales, conductuales y cognitivos con los que afrontar las demandas del contexto.

Métodos: Entendemos la atención psicológica como un proceso de toma de conciencia del paciente de lo que ha ocurrido en su vida, para dar lógica a sus vivencias y poder recuperar los aspectos personales en los que apoyarse para facilitar de un proceso de adaptación sano. Trabajamos desde la terapia narrativo-constructivista y cognitivo-conductual. Los síntomas son entendidos como herramientas para el cambio en la percepción de sí mismo y de la realidad. El objetivo es ayudar a dar nuevos significados a las vivencias que generan sufrimiento ordenando lo que la persona verbaliza para dotar de coherencia el pasado, el presente y el futuro devolviendo la sensación de control interno y de manejo sobre la propia vida. Utilizamos entrevistas de valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Resultados: Las personas vienen sintiéndose fracasados en el intento de organizar, protagonizar y ejercer control sobre su vida. Los síntomas se relacionan con el desarraigo, permanecer fuera de los circuitos institucionalizados, ante vivencias de impotencia, miedo, soledad, vacío, desesperación, dolor y frustración acumulada, estrés mantenido en el tiempo y malestar físico sin correlato orgánico. Estos síntomas son: -Duelo -Trastornos del estado del ánimo -Daños en el autoconcepto -Trastornos por ansiedad -Trastornos psicossomáticos -Síndrome del maltrato -Pérdida de habilidades sociales. -Narrativas de indefensión, de tristeza y de culpa -Vivencias límite -Trastorno por estrés post-traumático -Desnos.

Conclusiones: Trabajamos con población resiliente, resistente y recuperable. Nuestros usuarios no están destruidos, por lo que podemos procesos terapéuticos. La incertidumbre (personas desaparecidas, no saber si un familiar ha muerto...) es uno de los aspectos más difíciles de trabajar. Haber vivido una situación extrema no implica necesariamente que derive en trauma.

P-052. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN SANITARIA A POBLACIÓN INMIGRANTE Y PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA POR PARTE DE PROFESIONALES QUE LES ATIENDEN

R.E. Andrés Meneses, C.A. Fuertes Goñi, P.R. Bustince Beorlegui, J.M. Uribe Oyarbide, L.A. Elizalde Soto, S.A. Urmeneta Aguilar, P.I. García Castellano, et al

CS Azpilagaña; CS Chantrea; CS Berriozar; Universidad Pública de Navarra; Instituto Salud Pública; CS Buñuel; CS Milagrosa.

Antecedentes/Objetivos: En Navarra la población inmigrante (PI) extracomunitaria se duplicó en cinco años hasta llegar al 10,87/ en 2006. Se analizó la utilización de Atención primaria (AP) por parte de (PI) y la visión de la inmigración y salud de los profesionales de (AP) **Objetivos:** conocer características de las consultas en Centro de salud(CS) de la población inmigrante Conocer la visión sobre la inmigración de los profesionales de CS, que influye en los procesos de información, educación (EPS) y promoción de salud (PS) hacia la población inmigrante Identificar buenas prácticas en atención a inmigrantes, relacionadas con PS Y EPS.

Métodos: Se analizaron los episodios atendidos en 2006 (211.555), según origen, edad y sexo. Se utilizó metodología cuantitativa (análisis base de datos TIS y programas OMI, Access y SPSS 14) y cualitativa (6 grupos de discusión y 5 entrevistas en profundidad).

Resultados: La utilización de (AP): un 82% de autóctonos y un 72,4% de inmigrantes. El 70% de inmigrantes tenían 25-44 años y el índice de masculinidad era 1,09. Utilizan más "visitas al CS" y derivaciones a especializada" los autóctonos que los inmigrantes, ($p < 0,000$), tanto asentados como nuevos. Los inmigrantes tuvieron mayor número de episodios nuevos/persona. Los problemas más frecuentes atendidos fue IRA, y 2º en inmigrantes fueron "problemas administrativos". Con inmigrantes se realizan menos actuaciones relacionadas con estilos de vida y son más frecuentes los problemas de origen laboral o psicosomático, y se produce una sobreutilización por problemas ginecoobstétricos y derivaciones y a urgencias, debido al desconocimiento del funcionamiento de los servicios. La percepción de los profesionales, el discurso profesional indica sentimiento de aislamiento y desamparo institucional respecto a la atención a población inmigrante. La atención a inmigrante es percibida como sobrecarga, en especial en la acogida. Cuantitativamente su frecuencia es menor que en autóctonos. Se percibe una "crisis de la AP". La atención individual y medicalizada no resulta útil y se solicita un modelo que aborde situaciones socio-económicas y socio-culturales, con visión de PS, prevención y continuidad.

Conclusiones: Propuestas respecto a la estructura de Atención Primaria, formación específica para los profesionales, propuestas respecto a la necesidad de abordaje intersectorial y propuestas respecto al trabajo con población inmigrante.

Financiación. Beca Departamento de Salud Gobierno Navarra.

P-053. INNOVACIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: MEDIACIÓN INTERCULTURAL

P. López, E. Bermúdez, A. Escobar, A. Moncholi, A. Ortega, R. Pellicer, F. García, C. Poveda, E. Ventanyol, et al

CSP Valencia; CS Ruzafa; CS Fuente San Luis; CSSR Fuente San Luis.

Antecedentes/Objetivos: Dada la diversidad cultural que caracteriza el nuevo entorno sanitario. El Centro Salud Pública de Valencia en colaboración con la Dirección de Atención Primaria (AP), dos Centros de AP y un Centro de SSyR, Está llevando un proyecto de promoción de salud sexual y reproductiva en población latina incorporando la mediación intercultural como herramienta de promoción de la salud. El objetivo es describir las etapas que se han seguido en la implantación del Servicio de Mediación Intercultural (SMI) e identificar

el papel de los/as profesionales implicados, así como el perfil de las personas atendidas tras los primeros 5 meses de funcionamiento.

Métodos: Se enumeran las etapas que se han seguido para la implantación del SMI: 1. Diseño de la estrategia de intervención a través de contratación de una mediadora intercultural latina. 2. Definir funciones de la mediadora intercultural/enfermera referente en cada centro. 3. Elaboración del Protocolo de funcionamiento del SMI, 4. Presentación del Protocolo las/os profesionales de los centros sanitarios implicados, recogida de sugerencias y aprobación del mismo por la dirección. 5. Creación base de datos para el registro y evaluación del (SMI) 6. Puesta en marcha del servicio (febrero de 2008), evaluación a los 5 meses 7. Presentación de resultados a las/os profesionales de los centros implicados.

Resultados: Se crea un equipo de trabajo formado por 2 técnicos de salud pública, 2 profesionales de atención primaria, 1 de SSR y 1 mediadora intercultural contratada a través de una ONG. Se elabora el protocolo de funcionamiento del SMI y se aprueba por el equipo de dirección del departamento. Se inicia el funcionamiento del servicio a cargo de la mediadora intercultural, 1 día a la semana por CS. Se recoge y registra la información, obteniendo: El SMI ha atendido a 98 personas (88,7% mujeres). Los principales países de origen son Bolivia (48,9%), Ecuador (28,5%) y Colombia (16,3%); destaca Bolivia (95%) estaban en situación de irregularidad. Los principales motivos de derivación han sido la educación para la salud (sobre el proyecto migratorio y/o familiar, el rol de género), métodos anticonceptivos post-parto y post-IVE, violencia de género y sexualidad.

Conclusiones: En 6 meses se ha ejecutado la implantación de un SMI a través de la formación de un equipo multidisciplinar que ha redactado el protocolo de funcionamiento y buscando el consenso entre la dirección y los profesionales implicados. La mediadora intercultural ha sido aceptada en el entorno de los centros de atención primaria y SSR y el perfil de vulnerabilidad de las personas atendidas por el servicio ha sido el esperado al inicio del proyecto.

P-054. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO DE LAS MUJERES DE ORIGEN EXTRANJERO. CATALUÑA, 2005-2007

R. Bosser Giralt, A. Freitas Ramírez, M. Torné Farré, M. Femenías Bosch, R. Martí Longas, R. Gispert Magarolas, et al

Servei Informació i Estudis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La llegada de mujeres de otros países a Cataluña ha supuesto un gran impacto en la salud reproductiva de la población. En muchos casos, el parto o la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) son el primer contacto con los servicios sanitarios. El objetivo de este trabajo es describir y analizar las características de las IVEs de mujeres inmigrantes, según país de origen y edad.

Métodos: Los datos de los abortos proceden del Registro de Interrupción Voluntaria del Embarazo del Departament de Salut y la población del Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Se utilizan las variables "país de nacimiento" o "nacionalidad", según la fuente de datos, para agrupar. Se seleccionan las IVEs de mujeres de origen extranjero, residentes en Cataluña del 2005 al 2007 (datos provisionales). Se clasifican según área geográfica: Unión Europea (UE), Resto de Europa (RE), África, América Norte/Central, América Sur y Asia/Oceanía. Se describen sus características socio-demográficas y antecedentes obstétricos. Se calculan las tasas de IVE de cada grupo y se desglosan por grupos de edad.

Resultados: El porcentaje de IVEs de mujeres inmigrantes residentes en Cataluña ha pasado del 37,6 al 45,0% del total. En este periodo América Sur representa más del 50% de las IVEs, seguido de las mujeres africanas (13,8%), RE (13,3%), América Norte/Central (7,7%) y UE y Asia/Oceanía (porcentajes inferiores al 5%). La mayoría son mujeres

solteras que conviven en pareja, excepto en Asia/Oceanía (más casadas). El nivel de instrucción es más elevado en UE/RE. Principalmente son mujeres trabajadoras por cuenta ajena, pero África y Asia/Oceanía poseen una elevada proporción de amas de casa. En Asia/Oceanía las mujeres que abortan son más mayores (media edad 30,1) y con más hijos (promedio 1,5). Las más jóvenes (media edad 27,1) son de América Norte/Central y en la UE tienen menos hijos (promedio 0,5). Las IVEs de repetición son más frecuentes en RE (promedio 1,3) y menos en América Sur (0,4). Las tasas más elevadas (2005 y 2006) tanto globales como por edad los presentan América Sur y RE (5 o más veces superiores que las más bajas). Se presentarán los datos definitivos referentes a las tasas del 2007.

Conclusiones: Se evidencia un gran incremento de las IVEs de mujeres inmigrantes residentes en Cataluña. Se mantiene el patrón de distribución según áreas geográficas pero se observan diferencias entre las características de las mujeres que abortan según su lugar de nacimiento. Las grandes diferencias entre las tasas más altas y las más bajas dependiendo del origen de las mujeres, deberían ser tenidas en cuenta a la hora de elaborar estrategias de prevención del embarazo.

P-055. LA PARTICIPACIÓN COMO HERRAMIENTA EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

P.B. Baraza Cano, B.S. Santos Navarro, P.G. Espejo Guerrero, S.V. Vallejo Godoy, J.P. Pacheco Calvente, J.S. Santoyo González, et al

Distrito Sanitario Poniente de Almería.

Antecedentes/Objetivos: En el Distrito Poniente la población extranjera supone un 30% en los últimos años y tenemos un camino recorrido en inmigración y salud, realizándose varias actividades para la mejora de su salud. Con el fin de aunar esfuerzos y trabajar de forma coordinada nos planteamos esta experiencia.

Métodos: Establecer un encuentro entre los servicios sanitarios, los entes locales y la red social para conocer el impacto de las intervenciones, identificar futuras actuaciones y generar canales de comunicación. Se crearon cinco grupos de trabajo, mujer, infancia, enfermedades crónicas, salud mental y enfermedades transmisibles analizándose de forma transversal la accesibilidad, la relación profesional-paciente y prevención-promoción. Los coordinadores agruparon las propuestas en base a dos técnicas: Técnica de consenso y Parrilla de Priorización y se presentaron a todos los participantes. Estas conclusiones sentaron las bases para la planificación sanitaria en inmigración del distrito.

Resultados: El encuentro contó con 14 asociaciones de inmigrantes, 7 ONGs, 6 ayuntamientos y profesionales del distrito, suponiendo un total de unos 100 participantes. A continuación se exponen los principales resultados por grupos: Mujer inmigrante: accesibilidad: información y formación, Relación médico-paciente: mediadores, promoción-prevención: utilizar estructuras organizativas de la comunidad. Infancia y juventud, accesibilidad: mejorar los trámites burocráticos y reducir la dispersión geográfica. Relación médico-paciente: mediadores y formación del personal sanitario en multiculturalidad. Promoción-prevención: utilizar estructuras asociativas locales. Salud mental e inmigración. Accesibilidad: plan municipal de acogida y reforzar continuidad asistencial, relación médico-paciente: mediadores, promoción y prevención: trabajo con asociaciones. Prevención de enfermedades transmisibles. Accesibilidad: acogida. Relación médico-paciente: mediadores; promoción y prevención: talleres formativos con asociaciones. Iniciativas puestas en marcha: creación de una comisión de participación sobre inmigración y salud con reuniones periódicas; elaboración de proyectos de promoción de salud en mujer inmigrante con los ayuntamientos; material educativo traducido; plan de actuación en establecimientos alimentarios.

Conclusiones: La participación ciudadana es básica en la mejora de la salud de población inmigrante y establecer canales de comunicación que faciliten el contacto entre diferentes instituciones, asociaciones y agentes claves en salud es fundamental. Las cuestiones más valoradas fueron la acogida, el trabajo con mediadores y las actividades de promoción y prevención con las asociaciones locales.

P-056. RELACIÓN ENTRE PAÍS DE ORIGEN Y CONTROL DE EMBARAZO EN EL PONIENTE ALMERIENSE

E. Martínez García, E. Espigares García, C. Olvera Porcel, M. Piqueras Silva, A. Bueno Cavanillas, et al

Empresa Pública Hospital de poniente (Hospital de Guadix); Hospital Universitario San Cecilio; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La llegada masiva de inmigrantes a la comarca del Poniente Almeriense en los últimos años ha provocado un importante aumento de las tasas de natalidad en esta zona. En general, las mujeres inmigrantes hacen menos uso de los servicios de atención prenatal, si bien parecen existir diferencias según el país de procedencia. El objetivo de este estudio es identificar la asociación existente entre la nacionalidad de origen y los indicadores de control prenatal controlando el efecto de las variables obstétricas y sociodemográficas conocidas.

Métodos: Se estudia la serie de casos constituida por las mujeres que dieron a luz entre 2005 y 2007 en el Hospital de Poniente de Almería, situado en el municipio de El Ejido. La fuente de datos ha sido el registro informático de ingresos hospitalarios del Servicio de Obstetricia y Ginecología. El país de nacimiento se agrupó en cinco áreas geográficas: España, Magreb, Europa del Este, Subsáhara, Latinoamérica y resto de países. Se recogen otras variables sociodemográficas como edad, abortos y paridad previa. Los indicadores de atención durante el embarazo estudiados han sido la edad gestacional en la primera visita y el número de controles prenatales.

Resultados: Durante el periodo de estudio se han identificado 6.873 mujeres que parieron en el Hospital de Poniente. El 58% (n = 3.986) eran españolas, el 42% restante procedía del Este europeo (17,2%), del Magreb (16,6%), Latinoamérica (3,9%) y la región Subsahariana (3,4%). Entre las mujeres procedentes de Europa del Este se encuentra mayor proporción de menores de 18 años, mayor frecuencia de abortos previos y primiparidad. Los mejores indicadores de control prenatal se observan en las mujeres españolas, con un inicio más temprano de la atención prenatal y mayor número medio de visitas.

Conclusiones: Los resultados ponen de manifiesto las desigualdades existentes en el acceso a la atención sanitaria del embarazo, dependientes de la nacionalidad de origen. Las mujeres procedentes del este europeo constituyen el colectivo más afectado, quizá por ser el de llegada más reciente a la comarca y/o por las dificultades lingüísticas. Son necesarios estudios más complejos que recojan y analicen las circunstancias económicas, culturales y laborales de las mujeres, así como variables relacionadas con la integración y el desarraigo en las sociedades de acogida, que permitan detectar y corregir las causas de las diferencias halladas en este estudio.

P-057. ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN ESPAÑA. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

M.L. Vázquez, I. Vargas, D. Rodríguez, R. Terraza, et al

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci Hospitalari de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: El rápido incremento de población extranjera en España, que ha pasado de 2,6% a 11,3% entre 2001 y 2008, ha generado una nueva situación en que los servicios de salud prestan atención a una población más diversa y heterogénea. Estudios internacionales reflejan un peor estado de salud en población inmigrante, que podría relacionarse con un acceso inadecuado a los servicios. El objetivo es analizar los resultados de los estudios existentes sobre acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en el contexto español e identificar aspectos a profundizar.

Métodos: Se realizó una revisión clásica de la bibliografía, a través de la búsqueda exhaustiva y el análisis del contenido de la literatura científica sobre el acceso a los servicios sanitarios de la población inmigrante en España. Se seleccionaron estudios originales mediante: 1) revisión de títulos y resúmenes, y 2) revisión y valoración de los textos completos. En el análisis, basado en el modelo de acceso de Aday y Andersen, se consideró: determinantes del acceso relativos a la población inmigrante y a los proveedores de salud, y características y barreras al acceso.

Resultados: Los estudios empíricos son escasos. Esencialmente son investigaciones cuantitativas, basadas en análisis de registros de los servicios o encuestas poblacionales, que analizan el acceso comparando la utilización de población inmigrante y autóctona -sobre todo en urgencias hospitalarias- y/o determinantes del acceso. Como determinantes del acceso, se consideran principalmente los factores demográficos -sexo, país de procedencia- arrojando resultados contradictorios. Son escasos los estudios que incorporan factores sociales que predisponen como el idioma o factores culturales, aunque se incluyen como barreras percibidas al acceso en aquellos basados en encuestas de opinión. Destaca también la ausencia de inclusión de variables de la oferta -disponibilidad de recursos, organización. Muy pocos estudios consideran la perspectiva de los actores utilizando un enfoque cualitativo y se centran principalmente en las dificultades en la atención desde punto de vista de los profesionales, más que en el acceso. Los estudios que miden el acceso real, comparando la utilización de los servicios con población autóctona o entre tipos de servicios, son contradictorios.

Conclusiones: La evidencia disponible sobre el acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en España es escasa, con un espectro limitado y no concluyente. Variables contextuales -características de los servicios y políticas- no han sido analizadas.

P-058. LAS TASAS DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) EN MUJERES INMIGRANTES EN COMPARACIÓN CON LAS TASAS EN MUJERES ESPAÑOLAS 1991-2005

M.E. Orjuela Ramírez, E. Ronda Pérez, E. Regidor Poyatos, et al

Departamento Salud de Colectivos Universidad Nacional de Colombia; Departamento Salud Pública Universidad de Alicante; Departamento Medicina Preventiva Universidad Complutense de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La tasa de IVE en España en el año 2005 se situó en 9,60 por cada 1.000 mujeres frente al 4,79 del año 1991. Parte del incremento en los índices de IVE podría ser atribuido a los casos de IVE en mujeres extranjeras, pero pocos estudios así lo demuestran. El objetivo de esta investigación es evaluar el porcentaje de incremento en las tasas de IVE en España debido a la frecuencia de IVE en mujeres inmigrantes.

Métodos: Es un estudio transversal, los datos de IVE proceden del registro nacional de notificaciones de interrupción voluntaria del embarazo del Ministerio de Sanidad y consumo y de registros propios de las comunidades de Cataluña, Madrid, Asturias y Comunidad Valenciana del año 2005. Los datos de edad, escolaridad y situación laboral, se han obtenido del censo de población de 1991 y 2001 y la EPA del Instituto Nacional de Estadística. La variable dependiente es

la realización de la IVE en los tres supuestos legales de su práctica. Han sido analizadas la edad, el lugar de nacimiento, la escolaridad y la actividad laboral. Se estimaron las tasas de IVE en mujeres españolas y en inmigrantes.

Resultados: Las tasas de IVEs, en mujeres autóctonas se han incrementado de 5,8 por 1.000 en 1991 a 6,6 por 1.000 en 2005. En 2005 fue 9,6 por 1.000 en el total de mujeres residentes en España, lo que supone que el 75,8% del incremento en las tasas puede ser atribuido a las IVEs en extranjeras. Igualmente, en todos los grupos de edad la tasa de IVE en mujeres inmigrantes duplica o triplica, las tasas observadas en mujeres autóctonas.

Conclusiones: La incorporación de las mujeres inmigrantes al país se da por su vinculación al mercado de trabajo en actividades económicas caracterizadas por elevadas tasas de empleo temporal, empleo sumergido e importantes cifras de desempleo estructural, derivando en condiciones de mayor vulnerabilidad que las mujeres autóctonas. Es posible que la inseguridad económica, la precariedad laboral, la inestabilidad en el empleo, pueden explicar la decisión de las inmigrantes para recurrir a la IVE con mayor frecuencia que las mujeres autóctonas.

PÓSTERES V

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

Comunicación y salud

P-059. ANÁLISIS DE UNA CAMPAÑA PUBLICITARIA SOBRE LA VACUNA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO CON PROFESIONALES SANITARIOS

M. Padial Espinosa, F. García Rodríguez, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Consejería de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de esta experiencia fue realizar una lectura crítica de la campaña de publicidad sobre la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH), como ejercicio de formación de profesionales sanitarios en el contexto de un curso sobre vacunas. El objetivo de esta comunicación es mostrar el impacto de la campaña en los profesionales.

Métodos: La experiencia se desarrolló en el marco de un curso de formación de formadores en vacunas, dirigido a profesionales de la epidemiología, medicina preventiva, medicina de familia y enfermería comunitaria. En primer lugar, se les presentó el lema de una campaña de publicidad relacionada con la vacuna del VPH, apoyada por seis sociedades científicas de carácter nacional, y se exhibió un spot publicitario de la citada campaña. A continuación, se pidió a los asistentes que expresaran, bajo su perspectiva profesional, los puntos de conflicto y los puntos en positivo del citado vídeo, en una tormenta de ideas que se recogió de forma simultánea. Después de esta exposición de los asistentes, se volvió a exhibir el spot dos veces. Tras la segunda vez, se les pidió que enumeraran conceptos que les sugirieran las palabras "vacuna" y "cáncer". Tras la tercera vez, se realizó una discusión más general.

Resultados: Tras la primera exhibición del spot, se registraron distintas opiniones de los profesionales. Éstas revelaban la interpretación que el grupo hacía del anuncio publicitario. Relacionaban el anuncio con contravalores como la guerra (belicismo del mensaje), y destacaban la personalización en primeros planos y el impacto que causaba la música y el montaje. Tras la segunda exhibición del spot, se pidió a los profesionales que enumeraran conceptos que les sugirieran las palabras "vacuna" y "cáncer". En esta asociación de ideas surgieron, para la palabra vacuna, términos como vida, tratamiento

corto (un “pinchacito”), seguridad, decisión individual. Para la palabra “cáncer” se señalaron términos como muerte, tratamiento largo, incertidumbre, enfermedad que afecta a toda la familia, etc. Tras la tercera exhibición del vídeo, se realizó una discusión más global, con puesta en común. La conclusión para los asistentes, que al principio eran contrarios al spot, fue que todos los valores anteriormente citados se asociaban en positivo a la vacunación frente al VPH.

Conclusiones: Los profesionales no repararon en ningún momento en aspectos clave, como que en el anuncio no salía ninguna niña de 14 a 16 años (edades previstas en el calendario vacunal de las Comunidades Autónomas). Pese a ello y a ser profesionales relacionados con las vacunas, el spot les resultaba creíble, emotivo e impactante, porque apelaba precisamente al sentimiento de supervivencia del ser humano frente a la muerte.

P-060. ELABORACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE UN DISPOSITIVO DE INFORMACIÓN SOBRE EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

M. Padial, J.M. Silván, M. Amo, S. Ortiz, et al

Consejería de Salud; Hospital de La Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de esta experiencia fue elaborar los contenidos de un dispositivo de información a la población sobre climaterio y menopausia, para su implantación en los servicios de comunicación a la ciudadanía de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Para que los contenidos dieran respuesta a las necesidades reales, se planteó una recogida de información para identificar dudas, opiniones y creencias de mujeres sobre el climaterio y la menopausia.

Métodos: Se reunió a un grupo de 9 mujeres, de 48 a 57 años, de diverso nivel formativo. Tras una breve presentación, se les pidió que escribieran de forma individual las preguntas que tenían sobre el climaterio y la menopausia. En la puesta en común se produjo debate entre las asistentes, por lo que se intercalaron opiniones y creencias en la formulación de las preguntas, adaptándose así al ritmo de cada una de las asistentes, extremo que se consideró positivo por la riqueza de las opiniones y la libertad con las que se expresaban las mujeres. De las preguntas formuladas se seleccionaron aquellas realizadas por escrito, ya que la explotación de las opiniones y creencias vertidas durante el debate y las preguntas surgidas o provocadas por cuestiones planteadas por el equipo técnico necesitaba más tiempo para su elaboración. Se remitió acta de la reunión a un equipo multidisciplinar integrado por el coordinador clínico del panel de expertos sobre climaterio de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y por profesionales de medicina, psicología y comunicación, pertenecientes al Servicio de Promoción de la Salud de la Consejería de Salud. Dicho comité elaboró las respuestas a las preguntas formuladas por las mujeres.

Resultados: Los temas recogidos se clasifican en las siguientes categorías: climaterio; menopausia; síntomas (sofocos/sequedad vaginal); menopausia y embarazo; menopausia y osteoporosis; tratamientos y otros relacionados. El catálogo de preguntas y respuestas se ha implantado en los siguientes servicios de los dispositivos de comunicación / información de la Consejería de Salud: 1) “Salud Responde”, servicio de atención a la ciudadanía a través de teleoperadores. 2) Producción de 8 espacios audiovisuales sobre el climaterio para la plataforma multicanal “Informarse.es Salud”, que emite vídeos en pantallas informativas instaladas en salas de espera de centros de salud y hospitales, que pueden descargarse en www.informarseesalud.org o enviarse a través de mensajes de móvil en este sitio web.

Conclusiones: El conocimiento de las demandas informativas de la población es esencial para plantear acciones de comunicación, así

como el empleo de técnicas cualitativas y equipos multidisciplinares multiplica la eficacia de estos dispositivos.

P-061. ENTORNO COLABORATIVO DE TRABAJO: INTRANET 2.0

J. García León, I. Vicente, M.C. Ruiz Rodríguez, C. Méndez Martínez, E. Puerto Segura, M. Ruiz Ramos, L. Iváñez Gimeno, M. Bernal González, G. López Ibáñez, et al

DG Innovación Sanitaria Sistemas y Tecnologías; Consejería de Salud; Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La Web 2.0 ha supuesto un cambio importante en Internet al pasar el usuario de consumidor de contenidos a generador de los mismos en un espacio de colaboración e intercambio. Este concepto se ha incorporado al seno de empresas y organizaciones en lo que se ha dado en llamar Intranet 2.0, término que implica tanto un nuevo entorno tecnológico como organizativo. Nuestro objetivo es crear un Entorno Colaborativo de Trabajo en la Consejería de Salud que incorpore los conceptos de la Web 2.0.

Métodos: El sistema está basado en el sistema de gestión de portales Liferay, con arquitectura web J2EE multiplataforma, y portlets JSR 168.

Resultados: La base organizativa son las comunidades, existiendo distintos espacios: privado de cada usuario, público de interés para todo el personal de la Consejería, privados de cada comunidad y público de comunidad. Se dispone de herramientas de administración de usuarios, comunidades, contenidos, servicios y parámetros generales del sistema. Se ofrecen servicios de: acceso a información (noticias, anuncios, documentación, directorios etc.), comunicación, colaboración y participación activa (foros, chat, wikis, blogs, encuestas, etc.) y herramientas operativas (gestión de reuniones, agendas, acceso a sistemas de información, etc.) En octubre de 2008 había 11 comunidades activas con 89 usuarios.

Conclusiones: Disponemos de una herramienta de comunicación y colaboración, que también facilita el archivo y transmisión de conocimiento dentro de la organización, siendo el usuario el generador y administrador de contenidos.

P-062. LA FARMACOLOGÍA SOCIAL DE LOS CONTENIDOS DE INTERNET: ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE INFORMACIÓN TERAPÉUTICA EN TRES MODELOS DE INVESTIGACIÓN

J.L. Alloza y Gascón-Molins, J.A. Formigos Bolea, et al

Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Todos usamos Internet. El 19% de españoles buscó sobre salud en 2006. Ante la gran cantidad de webs sobre salud y medicamentos nos planteamos evaluar la calidad y utilidad de las mismas para el usuario no sanitario, según tres modelos: a) Calidad de la información para los medicamentos de prescripción. b) Calidad del distinguo de los “sellos de calidad”. c) Contenidos de las webs dedicadas a patologías concretas.

Métodos: a) Se seleccionaron 14 medicamentos y se buscaron todas las webs que informaran sobre ellos. Se analizaron los contenidos de 8251 páginas (calidad y utilidad de la información para el paciente versus contenidos mínimos (5 ítems) del prospecto oficial). b) Se seleccionaron 158 webs de salud con dos requisitos: URL con epíteto “.es” y estar distinguidas con un sello de calidad (HONcode, pWMC o WMA). c) Análisis de las webs en castellano sobre 18 patologías agudas y 23 crónicas para ver cuánto espacio se dedica a cada una. Se procesaron las variables mediante SPSS 16.0. La relación entre variables se calculó mediante la prueba de ji-cuadrado.

Resultados: a) 79 páginas de 8251 reunió las condiciones de estudio (1,6%) y sólo 36 (0,4%) aportaron cierta utilidad al paciente. Los hallazgos más relevantes (73% información incompleta, 23% de baja calidad) incluyen no mencionar entre otros: Contraindicaciones (14%), precauciones (21%), interacciones farmacológicas (34%), poblaciones de riesgo (34%), RAM (20%), precauciones para conducir (55%). b) Sellos de calidad: Inadecuada utilización y desinterés de uso. Se concentran en páginas personales y publicitarias, sin contenido científico. El 84% de las que tienen un sello no solicitan más siendo gratuitos. El 28% de las webs con sellos concedidos ni los mencionan. c) El financiador no consta en el 34,6%; la industria 26,9%. Se ignoran las patologías agudas. El 94,3% de las webs específicas versan sobre patologías crónicas, especialmente aquellas en la que se promocionan productos farmacéuticos.

Conclusiones: a) Internet no es fiable como fuente de información para el usuario no sanitario respecto a los medicamentos prescritos, en dónde este tipo de búsqueda crece exponencialmente. El hallazgo nos conduce a solicitar a la Administración que abra un Portal Oficial (de contenidos basados en el prospecto) con información clara. b) Los sellos de calidad, no vislumbran lo que pretenden demostrar. El rigor de las webs con sellos de calidad no es superior a las que no los tienen. c) Hay gran escasez de información sobre patologías agudas, a pesar de ser motivo de frecuente consulta.

P-063. COMUNICACIÓN CON LOS MEDIOS, UNA HERRAMIENTA PARA PROMOCIONAR LA SALUD

V. Díaz del Val, J. Pacheco Calvente, L. Martínez Rodríguez, A. Martínez Tortosa, L. Tijeras Bonillo, E. Conejero Belmonte, et al

Distrito Poniente de Almería.

Antecedentes/Objetivos: Los medios de comunicación, en concreto, la televisión, pueden ser muy útiles para realizar acciones de prevención y promoción de la salud así como, transmitir conocimientos sobre temas de salud a la comunidad. El distrito Poniente de Almería desarrolla desde el año 2005 un espacio televisivo destinado a salud, junto con una televisión local para promocionar la salud en nuestra comunidad.

Métodos: En Mayo de 2005 se puso en marcha un nuevo programa en la cadena de ámbito local: "Localia" con un primer nombre de Salud en Poniente. El programa presenta una periodicidad semanal con 20 minutos de duración en la franja horaria de máxima audiencia. En su primera etapa llega a un sector de población de 210.000 habitantes de la comarca del poniente de Almería. En la 3ª temporada del programa (2007-2008) la emisión pasa a ser provincial con una cobertura de 665.100 habitantes. Los temas de salud se determinan por un equipo asesor de contenidos y colaboran profesionales del Distrito Sanitario Poniente de Almería y de la Empresa Pública Hospital Poniente. Los contenidos de cada tema y la preparación de imágenes y vídeos se coordinan con la cadena de televisión.

Resultados: El número de programas emitidos ha sido de 104, en la primera temporada 35, en la segunda de 36 y en la tercera de 33. Las horas emitidas han sido 37 y han participado un total de 165 profesionales sanitarios. Hemos abordado diferentes cuestiones de salud adaptándolos a las campañas sanitarias estacionales como protección solar, gripe, ola de calor, y otras áreas temáticas como alergias, tabaquismo, métodos para dejar de fumar, métodos anticonceptivos, trastornos de la conducta alimentaria, alimentación y ejercicio físico, obesidad y violencia de género. Se realiza especial énfasis en las posibilidades de prevención, intentando potenciar la toma de decisiones positivas para la salud, con el objetivo de que el paciente se convierta en el verdadero protagonista de su salud.

Conclusiones: Los temas abordados han tenido una gran acogida por parte de los pacientes han favorecido el mayor conocimiento de los problemas de salud. La comunidad, la cadena de televisión y el Distrito están muy satisfechos con la experiencia. Los medios de co-

municación, entendidos como una herramienta de una sociedad cada vez más informada, y dada su capacidad de llegar a un gran número de personas con diferentes características e inquietudes, pueden ser un instrumento muy útil para realizar intervenciones en prevención y promoción de la salud.

P-064. SALUD EN INTERNET PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

M. Pérez Trigueros, J. Jiménez Pernet, J.F. García Gutiérrez, M. Hernán García, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Internet es actualmente el medio de comunicación e información más utilizado por los jóvenes. El objetivo de este estudio es analizar los discursos de adolescentes sobre el uso de Internet como fuente de búsqueda de información sobre salud.

Métodos: Se trata de un estudio cualitativo descriptivo trasversal con grupos focales a escolares de 14 a 17 años. Se ha realizado ocho grupos focales en la provincia de Granada. Diseño muestral intencional, basado en la selección de personas según perfiles previamente establecidos. En cada grupo han participado 7-8 alumnos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: disponibilidad de ordenador, uso de Internet, edad y sexo.

Resultados: En opinión de los y las adolescentes el uso de Internet es de gran importancia. El entretenimiento es la principal utilidad que encuentran a las nuevas tecnologías, que además representan un medio de comunicación a través de la mensajería instantánea y una fuente de información. Cuando utilizan Internet como fuente de información sobre salud los y las adolescentes entrevistados tienen dificultad para encontrar lo que buscan. Utilizan motores de búsqueda y tienen poco conocimiento de páginas web que traten sobre salud específica y dirigida a este colectivo. Se observa que la confianza de los y las adolescentes en esta información está muy ligada a la competencia profesional del autor y cuando es conocida por ellos. Internet se utiliza como fuente de información inicial antes de consultar al profesional y complementaria después de haber tenido una cita con el médico. De los entrevistados, quienes más utilizan Internet como fuente de información sobre salud son aquellos que están enfermos o tienen un familiar enfermo. Se valora también la confidencialidad que proporciona Internet por lo que se utiliza para buscar sobre temas "comprometedores" para consultar al médico o a familiares. Según los participantes de esta investigación cuando están enfermos o con alguna preocupación sobre salud lo que buscan es un apoyo psico-social. Las páginas web más valoradas son aquellas que contienen foros o testimonios reales donde se puedan sentir identificados.

Conclusiones: Los resultados obtenidos permiten aproximarse a la percepción de los jóvenes sobre la información de salud que circula en Internet. Adolescentes y jóvenes perciben una serie de obstáculos para encontrar información de salud en la red, aun así consideran que es importante disponer de este tipo de información en Internet. Se aportan los elementos que ellos valoran en el diseño de una página web sobre salud.

Financiación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía (Expediente 134/2005).

P-065. LA COMUNICACIÓN INTERNA Y LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Danet, J.C. March Cerdá, O. Pérez Corral, S. Minué Lorenzo, et al
EASP.

Antecedentes/Objetivos: Estudios recientes insisten en la importancia de los factores laborales internos en los niveles de Satisfacción

Profesional (SP). Este estudio se propone analizar la relación entre SP y Comunicación Interna (CI) en centros de Atención Primaria (AP), partiendo de que la CI es un factor interno de peso.

Métodos: 1183 cuestionarios a una muestra aleatoria simple de personal sanitario y administrativo de centros AP de País Vasco, Andalucía, Islas Canarias y Madrid. Se calcula el índice de calidad CI y SP en escala 0-100 puntos. El análisis con SPSS.15 incluye comparación de medias ($p < 0,05$ para prueba t de Student o Anova), correlación (CI-SP) y un modelo de regresión que toma como variable dependiente la SP e independientes: CI, sexo, edad, antigüedad y profesión.

Resultados: La media total de la CI es 54,0 puntos y de la SP de 59,7. Comparando medias ($p < 0,05$), se observa: las mujeres tienen una SP superior (el 74% están satisfechas o muy satisfechas, frente al 65% de los hombres); la antigüedad laboral de 5-10 años en el mismo centro tiene niveles de SP inferiores (el 64% están satisfechos o muy satisfechos frente al resto que alcanza $> 70\%$). La correlación entre CI y SP es alta (0,691, $p < 0,01$). El modelo de regresión confirma la relación directa entre CI y SP (por cada punto que aumenta la CI, la SP incrementa en 0,729 puntos). El personal de enfermería tiene una SP superior en 4 puntos a la media de facultativos/as ($p < 0,01$), el personal de administración 3 puntos menos ($p < 0,02$) y los celadores/as 7 puntos menos ($p < 0,01$). Sexo, edad y antigüedad no son significativas estadísticamente.

Conclusiones: La CI aparece como principal variable que afecta la SP, por lo que las instituciones responsables deberían crear el marco óptimo para asegurar la fluidez de CI ascendente y descendente en AP.

P-066. LA COMUNICACIÓN INTERNA Y LA RELACIÓN CON LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.C. March Cerdá, M.A. Prieto Rodríguez, A. Danet, J.J. Mercader, et al
EASP.

Antecedentes/Objetivos: La Comunicación Interna (CI) interprofesional (horizontal y vertical) en Atención Primaria (AP) es un indicador importante de la calidad organizacional y asistencial, afectando directamente la percepción de los pacientes sobre el conjunto del sistema público de salud. Este estudio estudia la relación entre la CI y la Relación con los Pacientes (RP) en AP.

Métodos: La técnica cuantitativa utiliza un cuestionario de elaboración propia (cuyas preguntas se organizan en tres bloques: CI, RP y datos sociodemográficos), cumplimentado por una muestra de 1183 profesionales de AP de 4 CCAA: Andalucía, Madrid, País Vasco e Islas Canarias. El análisis describe la RP, calculando las medias por preguntas (escala 1-7), elabora índices totales de CI y RP (escala 0-100) y crea un modelo de regresión CI-RP, incluyendo las variables independientes: edad y categoría profesional.

Resultados: Las medias de las siete preguntas referidas a la RP oscilan entre 5,10 y 5,83 puntos. El índice CI tiene una media total de 54,0 puntos, mientras que la media de RP alcanza 73,4 puntos. El modelo de regresión revela la relación directa entre CI y RP: por cada punto de aumento de la CI, la RP incrementa en 0,33 puntos ($p < 0,01$). El aumento de la edad determina la mejora de la RP (Coef.B = 0,260; $p < 0,01$). Antigüedad en el centro, sexo y turno de trabajo no son variables estadísticamente significativas en el modelo. Sin embargo, por categoría profesional, personal administrativo y celadores/as tiene una RP inferior a la de facultativos/as y enfermeros/as (Coef.B -6,0 y -9,6 respectivamente; $p < 0,03$).

Conclusiones: El modelo gerencial de asistencia sanitaria centrada en el paciente debe priorizar la calidad de la RP, partiendo de valorar la posibilidad de mejorar la CI entre los profesionales de AP.

P-067. DE PACIENTE A PACIENTE: ELABORACIÓN DE UN VÍDEO DE TESTIMONIOS DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

M. Cruz Piqueras, M. López Doblas, A. Martín Barato, M.A. Prieto Rodríguez, et al

Escuela Andaluza Salud Pública; Consejería de Salud Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Cuando un día le confirman a una mujer que tiene un "carcinoma intraductal grado tres...", es muy probable que no entienda nada. Por un lado, viene la pregunta "¿por qué a mí?", y por otro, "y ahora... ¿qué puedo hacer?". Las mujeres con cáncer de mama (como el resto de pacientes) necesitan una buena información con la que poder tomar decisiones acerca de su proceso, o al menos, entender mejor la enfermedad. En el contexto del proyecto Escuela de Pacientes, se pone en marcha la iniciativa de crear un video de testimonios dirigido a mujeres con cáncer de mama. Los objetivos de este video son: - Dar información de "paciente a paciente" y ofrecer una visión testimonial sobre aspectos que superen la dimensión más biomédica de la enfermedad. - Ofrecer un formato asequible, un DVD, para "todos los públicos" (pacientes, profesionales, familiares...) y que se puede descargar a través de Internet (www.escueladepacientes.es).

Métodos: Para la elaboración del video se siguieron los siguientes pasos. Primero se hizo un grupo focal con mujeres de diferentes perfiles y se les pidió que identificaran qué tipo de información echaron en falta durante el proceso de su enfermedad, y a través de qué canal les gustaría que se les comunicara. A continuación, se hizo el guión del video y se validó tanto con pacientes, como con profesionales expertos en técnicas de entrevista. Para el proceso de selección de las mujeres que dieron sus testimonios, se pidió la colaboración de asociaciones de pacientes y profesionales del hospital.

Resultados: Ver y escuchar de primera mano las experiencias que relatan las mujeres que han pasado o están pasando por un cáncer de mama, y mostrar la cara más humana de la enfermedad tiene efectos muy positivos en las pacientes. En el vídeo se refleja la historia de cuatro mujeres con perfiles diferentes lo que permite que las pacientes se identifiquen con cualquiera de ellas. Los talleres que está realizando la Escuela de Pacientes, en los que se trabaja con este video, se están valorando con un alto nivel de satisfacción.

Conclusiones: En los tiempos de la era de la comunicación e Internet, el sistema sanitario no puede quedarse atrás. La utilización de nuevas tecnologías brinda enormes posibilidades en el abordaje del cáncer y otras enfermedades. Ofrecer información de alta calidad, validada y con evidencia científica (guías de información para pacientes) y apoyarla con soportes audiovisuales (vídeos de testimonios), da un valor añadido a la información más científica, y supone un instrumento de gran impacto en la participación de pacientes en sus procesos de enfermedad.

Financiación. Consejería Salud Junta de Andalucía.

P-068. EL CONTEXTO SOCIO-CULTURAL DE LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS EN ESPAÑA

A. Danet, R.M. Medina Doménech, et al

EASP; Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: A partir de la década de los 80, en España se ha implantado la técnica de trasplante de órganos como una práctica quirúrgica común vinculándose al proceso general de modernización del país y de sus estructuras sanitarias. Del éxito de esta campaña habla la posición que ocupa España como país donante: en el año 2007, la tasa de donantes fue de 34,3 pmp, la más alta a nivel mundial, según la Organización Nacional de Trasplantes. En esta co-

municación trataré de identificar las variables sociales y culturales (favorecedoras o inhibitoras) que permitan elaborar un modelo explicativo multidimensional sobre esta compleja intervención tecno-médica.

Métodos: Para la elaboración de esta investigación he utilizado el método cualitativo, mediante el análisis de artículos aparecido en El País y localizados a partir de la base de datos LexisNexis. He utilizado “El País” por tratarse del periódico con los índices más altos de lecturas. Se han analizado todos los documentos de 1976 a 2007 relacionados con la intervención de trasplantes, incluyendo artículos de opinión, cartas al director, noticias y editoriales.

Resultados: El análisis de la prensa, utilizando espacios textuales como las cartas al editor, ha permitido identificar los actores sociales implicados: enfermos y familiares, asociaciones de pacientes, profesionales sanitarios, autoridades legales, gestores y medios de comunicación. Las variables socio-culturales favorecedoras identificadas en relación a la puesta en marcha del tinglado tecnológico de los trasplantes son: el interés de los pacientes con insuficiencia renal por mejorar su situación de salud, la presión de organizaciones de redes de pacientes constituidas en las asociaciones, los intereses profesionales por una medicina tecnológicamente modernizada más allá del patrón profesional del ojo clínico individual, la valoración cultural de la donación, las medidas legislativas y las altas tasas de donantes procedentes de accidentes de tráfico, relacionados con la alta accidentabilidad previa a la obligación de uso del casco para los motoristas. La puesta en marcha de esta tecnología también produjo transformaciones y tensiones culturales relacionadas con la dificultad para aceptar la desintegración corporal (sin percibirse como amenaza para la propia identidad), así como un cierto temor o preocupación hacia las posibles desigualdades que la gestión de los trasplantes podían generar entre los enfermos.

Conclusiones: La prensa escrita común aparece como un espacio de interés para el análisis del contexto en el que aparecieron y se consolidaron los trasplantes de órganos sólidos, fenómeno social que incorporó la presencia y presión de diversos actores, con características sociales, valores y creencias culturales específicos.

P-069. COMUNIDADES VIRTUALES DE SALUD EN ESPAÑOL: UN NUEVO ELEMENTO PARA LA INNOVACIÓN SANITARIA

J. Jiménez Pernet, J. García Gutiérrez, M. Bès, M. Pérez Trigueros, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; LISST U.M.R CNRS/Université de Toulouse le Mirail (Francia).

Antecedentes/Objetivos: Asistimos a una extensión en el uso de Internet para temas de salud, de carácter espontáneo, informal y ajeno a los sistemas sanitarios. Muchos pacientes y sus familias recurren a la Red para obtener de sus pares asesoramiento e información acerca de sus problemas de salud así como opciones alternativas, de las que el sistema tradicional no dispone. Estos grupos en la red, en torno a intereses y necesidades comunes se conocen como “comunidades virtuales de salud”. Estas comunidades surgen como un modo de coordinación organizado, donde los pacientes intercambian información, prestan apoyo mutuo, identifican recursos disponibles y producen nuevos conocimientos a partir de sus experiencias con la enfermedad. De esta manera, se hace explícito el intercambio informal entre pacientes en una estructura formal que recoge experiencias, expectativas y necesidades de quienes utilizan los sistemas de salud. Este trabajo tiene por objetivo conocer la situación actual de estas comunidades virtuales en idioma español y analizar las implicaciones para los sistemas sanitarios.

Métodos: Estudio descriptivo en dos fases: 1) Selección de una muestra de comunidades virtuales en español alojadas en los servicios gratuitos de Google Groups y Yahoo! Groups. 2) Observación estructurada de las características de las comunidades selecciona-

das, identificando: nivel de actividad, antigüedad, temas de salud y condiciones de acceso. Se realizaron análisis descriptivos de todas las variables.

Resultados: Se analizaron más de 300 comunidades virtuales sobre salud. En el 62% de ellas sólo participan pacientes y sus familias, que en muchos casos se han organizado como asociación. Los principales temas de salud tratados fueron: Embarazo, parto y postparto, trastornos psicológicos, enfermedades osteoarticulares y trastornos de la nutrición. La mayor parte las comunidades virtuales de salud analizadas fueron creadas en 2005 (84%) y cuentan con menos de 50 miembros (78%). Aquellas comunidades con mayores restricciones de acceso (aprobación por un moderador) tienen mayor actividad que las comunidades que sólo requieren el registro de un e-mail o que permiten libre acceso.

Conclusiones: Desde la perspectiva de los sistemas sanitarios, el reconocimiento de las comunidades virtuales como una forma de organización de los pacientes posibilitaría el desarrollo de un nuevo modelo de innovación. Rompiendo con la clásica división dicotómica, entre el mundo de la investigación biomédica y el mundo de las experiencias de pacientes y familiares. El reto está en generar nuevos conocimientos en la interacción entre el saber científico y el saber profano.

Financiación. Consejería de Salud de Andalucía (Expediente PI0186/2007).

P-070. RED ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

A. Gallego-Casilda Benítez, C. Torró, M. López Buitrago, L.A. López Fernández, A. Delgado, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública Granada; Consejería de Salud Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: La Plataforma de Comunicación de la Red Andaluza de Salud Pública (RASP) se ubica dentro del proceso de reforma de la Salud Pública (SP) Andaluza como herramienta de comunicación profesional. Objetivos: -Crear un espacio de comunicación permanente entre profesionales del SSPA. -Dotar a este espacio de los canales, medios y contenidos necesarios para el intercambio de información, experiencias y experiencias validadas de procesos. -Implantar la Alfabetización Informacional a los profesionales de la Salud Pública Andaluza. -Propiciar y fomentar instancias de coordinación y actividades conjuntas. -Impulsar el Plan de Formación en Salud Pública y servir como herramienta de apoyo a la docencia. -Establecer mecanismos de coordinación con otras plataformas y redes afines. -Consolidar la plataforma como mecanismo de coordinación, dialogo, consulta, concertación e intercambio de experiencias.

Métodos: Se decide la estructura y contenido acudiendo a la opinión de los usuarios finales, a partir de una serie de reuniones de profesionales representativos de los distintos perfiles que integran la estructura de la Salud Pública del SSPA y el análisis de sus necesidades. Se diseña sobre el sistema MOODLE, (open source), que proporciona ventajas como son su versatilidad para adaptarse a las necesidades del sitio web, su facilidad de uso y sus estructuras para docencia.

Resultados: -2.200 profesionales de la Salud Pública andaluza, incorporados paulatinamente a través de los cursos del Plan de Formación. -Uso de la plataforma como elemento de comunicación real entre profesionales. -Más de 25.000 visitas en el último año, con más de 300.000 páginas vistas en la plataforma con una media de 13 páginas por visita y un promedio de más de 7 minutos por día y usuario. -Creación de canales de comunicación válidos, eficaces y accesibles a todos los usuarios (correo electrónico, chat, foros temáticos, mailing, blogs y canales de noticias). -Herramientas de comunicación eficaces para coordinar acciones desde distintos ámbitos que educan a los profesionales sanitarios en las TIC's y los sitúan dentro del entorno de la Web 2.0.

Conclusiones: -La plataforma tiene la capacidad para dar una respuesta inmediata, coordinada y continuada ante una situación de hipotética crisis. -Estas situaciones pueden pasar también al área pública de la red, accesible desde cualquier ordenador con conexión a Internet; cuando la información deba transmitirse a población expuesta o implicada. -La RASP, por sus características puede convertirse en una herramienta de apoyo fundamental a los Sistemas de Información y Vigilancia de Salud Pública o Red Local, así como a cualquier necesidad de los profesionales que la integran.

P-071. ROBIN, UN ROBOT PARA INFORMAR EN SALUD A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE VÍA MESSENGER

A. Martín Barato, J.C. March Cerdá, N. Luque Martín, M. López Doblas, N. García Toyos, P. Ruiz Román, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En 2006, con el objetivo de abrir nuevas vías de comunicación sobre salud con adolescentes y favorecer la prevención de conductas de riesgo y la promoción de hábitos saludables, surge así, Robin, un robot virtual creado para interactuar con adolescentes a través del Messenger. Los temas priorizados fueron drogas, alcohol, tabaco, sexualidad y trastornos alimenticios. En la primera fase se desarrollaron y pilotaron alcohol y sexualidad. Los objetivos fueron: 1. Elaboración de información comprensible para adolescentes. 2. Validar con expertos la información elaborada. 3. Validar con la población diana la legibilidad y comprensión. 4. Averiguar si la información resulta suficiente. 5. Averiguar si el tono es respetuoso, constructivo y empático.

Métodos: 1. Búsqueda de información y recursos actualizados a nivel nacional. 2. Elaboración de información en formato pregunta-respuesta y validación. 3. Validación de la herramienta y de la información con adolescentes.

Resultados: 1. Alcohol: El 99% del alumnado comprendía la información y consideraba el lenguaje adecuado y respetuoso. El 40% del alumnado se quedó con dudas que continuarían preguntando si hubiera tenido más tiempo (se acotó la conversación a 15 minutos). El 100% del alumnado consideró la extensión de la respuesta adecuada. El alumnado señaló la importancia de que la herramienta fuera rápida en contestar, y demandaban más información. El 100% utilizaría esta herramienta para resolver sus dudas. 2. Sexualidad El 54,5% del alumnado comprendía la información. El 100% del alumnado consideró que el lenguaje era adecuado y comprensible. El 100% del alumnado señaló que no se había quedado con dudas en lo que había preguntado. Un 63,6% del alumnado señaló que la herramienta estaba «bien». El 18,1% manifestó la importancia de que el servicio respondiera a más preguntas. Un 18,1% señaló la importancia de detallar más los conceptos, y un 9% destacó que lo que mejoraría sería poder disponer siempre de este. El 100% del alumnado utilizaría esta herramienta para resolver dudas. El 100% calificó la herramienta como muy práctica.

Conclusiones: Los/las adolescentes que intervinieron en el piloto de Robin mostraron una alta satisfacción con la herramienta y la información recibida sobre alcohol y sexualidad. El proyecto fue presentado por el MSYC a la opinión pública y puesto en marcha en enero de 2008. En las primeras conversaciones reales que mantuvo Robin con los usuarios se detectaron incidencias en el software que hicieron que se retirara. Ahora está a la espera de solucionar problemas técnicos y de aplicación informática.

Financiación. Ministerio de Sanidad y Consumo.

P-072. HABILIDADES EMOCIONALES Y DE COMUNICACIÓN PARA DISMINUIR LAS AGRESIONES A PROFESIONALES EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL

J.C. March, M. Aranda, J.L. Bimbela, J.J. Mercader, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Se constata por diversas fuentes que las agresiones a los profesionales sanitarios es un fenómeno relativamente nuevo y que aumenta con los años. Según algunos estudios, un 4% de los facultativos han sufrido alguna vez agresiones físicas y un 60% de los 200.000 médicos que hay en España ha recibido amenazas. Además, hablan de que un 48% de los casos los agresores eran pacientes y un 30% de familiares y acompañantes, que además, el 45% de las situaciones violentas ocurren en los servicios de urgencias y en centros de salud, que la mayoría de las agresiones son verbales, frente al 2,8% de físicas. Todo ello habla de la necesidad de plantear medidas preventivas eficaces frente a las agresiones.

Métodos: Se han realizado 15 talleres de 15 personas cada uno (un total de 225 médicos y enfermeras) en un hospital de más de 800 camas, con una primera sesión de formación en el que se trabajaban de forma práctica instrumentos de gestión emocional (identificación de emociones ante situaciones “difíciles” y búsqueda de “pensamientos improductivos” que las generan y “volver a pensar” sobre ellos, junto a habilidades en comunicación, en las que se ponían en práctica los verbos clave en comunicación, junto a trabajar la reciprocidad y favorecer la calidad de la comunicación. En una 2ª se grababan situaciones reales previo consentimiento informado del paciente y al final en una 3ª sesión se analizaban los vídeos. Previamente a la intervención, contestaron individualmente en una tormenta de ideas con tarjetas escritas, de las que se retiraron las ideas repetidas, a las preguntas ¿qué modificaría y depende de cada uno de los profesionales? y ¿qué modificaría y depende de los demás? A partir de la intervención, analizaron las facilidades y dificultades para la aplicación de las técnicas practicadas y que sugerencias propondrían para mejorarlas.

Resultados: Sobre las cosas que modificarían salieron 125 ideas, de ellas 58 eran las que dependían de ellos mismos y 67 que dependían de los demás. Asimismo, se consideraron las facilidades y dificultades para la aplicación, así como las sugerencias para superar las dificultades y si lo pudieran considerar útil. Del total de urgencias que había anteriormente a desarrollar la intervención, se produjeron en los dos años anteriores un total de 2-3 agresiones por mes (26 en el año 2006, 17 en el año 2007 y 14 entre enero y abril de 2008). A partir de la intervención se ha producido una media de 1 urgencia cada 2 meses.

Conclusiones: Las agresiones a profesionales en urgencias necesitan entre otras cosas, de formación en comunicación y gestión emocional. La efectividad de dichas acciones mediante talleres prácticos puede ayudar a la disminución del número de agresiones y a incrementar la satisfacción profesional.

P-073. UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE WEB 2.0. EN SITIOS WEB SOBRE SALUD EN ESPAÑOL

C. Bermúdez Tamayo, J. Jiménez Pernet, J.F. García Gutiérrez, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El término Web 2.0 nació a mediados de 2004 para referirse a una segunda generación de sitios web que fomentan la colaboración y el intercambio ágil de información entre los usuarios, así como nuevas aplicaciones que utilizan Internet como plataforma de trabajo para el fortalecimiento de la inteligencia colectiva. Este fenómeno tecno-social se ha popularizado a partir de sus aplicaciones más representativas como Wikipedia, YouTube, Flickr, WordPress, Blogger, MySpace y Facebook que están provocando cam-

bios radicales en los flujos tradicionales de información. Muchos sitios web en inglés han incorporado instrumentos de la Web 2.0 para permitir que la voz de los pacientes se escuche, y que esta voz sea útil en la innovación de las organizaciones sanitarias. El presente trabajo pretende evaluar la utilización herramientas de la Web 2.0 en sitios Web sobre salud en español.

Métodos: Estudio descriptivo de la utilización de herramientas de Web 2.0 de 39 sitios web sobre salud general en español, y 32 sitios web de áreas específicas. Los sitios Web fueron seleccionados en un estudio previo. Se analizaron las siguientes dimensiones: Social Networking (foros, comunidades), Gestión de contenidos (Blogs, Wikis, Espacio de comentarios y opiniones), Organización social de la información (RSS, Marcadores de favoritos, Paneles informativos) y Aplicaciones y servicios (Podcasting).

Resultados: El 31% del total de sitios Web evaluados tiene herramientas de social networking, incluyendo foros con aplicaciones específicas desarrolladas para cada sitio Web. Gestión de contenidos: Las herramientas para crear y administrar contenidos en los sitios web de salud evaluados son escasas, siendo utilizadas en menos del 10% del total de sitios evaluados. Organización social de la información: Los canales RSS son la herramienta de organización social más utilizada entre los sitios Web evaluados (25%), en cuanto a los marcadores de favoritos, los 6 sitios web que permiten compartir sus contenidos emplean diversos servicios de gestión abiertos como Del.icio.us, Digg, Technorati, entre otros. En cuanto a los paneles informativos hay 9 sitios Web que los utilizan. Sólo dos sitios Web de medios de comunicación emplean todas las herramientas de este tipo. Aplicaciones y servicios. Apenas un 13% de los sitios web evaluados ofrecen la posibilidad de reproducir o descargar audios y vídeos (Podcasting y webcasting).

Conclusiones: En general, los sitios web con información sobre salud en español aún no han migrado hacia la Web 2.0. Los medios de comunicación destacan entre los sitios web evaluados, como aquellos que más han utilizado las nuevas herramientas.

P-074. TELEFONÍA MÓVIL COMO RECURSO DE ATENCIÓN CONTINUADA. UNA EXPERIENCIA INNOVADORA DE ATENCIÓN SANITARIA

P.J. Rodríguez Hernández, V.M. Mahtani Chugani, L.A. García González, et al

Hospital de día infantil y juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Univ. Ntra. Sra. de Candelaria; Gerencia de Atención Primaria Tenerife; Fundación Canaria para la Investigación y salud.

Antecedentes/Objetivos: Los avances tecnológicos ofrecen posibilidades de mejora en la calidad de la asistencia sanitaria, la comunicación médico-paciente y en la accesibilidad en la atención continuada. La telefonía móvil presenta bajo coste y alta accesibilidad. Se trata de un medio inmediato y que puede aportar mejoras en la atención al paciente. Se pretende analizar la cesión del número de teléfono móvil personal de un médico en un dispositivo de psiquiatría infanto-juvenil en el sistema sanitario público.

Métodos: Los familiares/tutores de los niños atendidos por el primer autor cuentan con el número de su teléfono móvil (n = 674). Pueden utilizarlo en cualquier situación que consideren importante. Se registran las variables más importantes de cada llamada y se realiza un análisis descriptivo y de contenido.

Resultados: Se atienden 169 llamadas en el primer semestre del año 2007, de las que el 31% son urgentes. Los picos horarios se corresponden a las 11:00 y las 20:00 h, siendo el lunes el día de mayor número de llamadas. El 8% se reciben en los fines de semana. Se contacta en horario laboral en el 57% de las ocasiones. Entre los motivos, destacan las que informan sobre la evolución del pacien-

te y la realización de trámites administrativos. El 20% consultan por incidencias potencialmente graves. Las patologías más frecuentes de los pacientes se corresponden con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), trastornos de personalidad y autismo. La sensación subjetiva del médico de interferencia de la llamada en otras actividades se produce en el 16% de las ocasiones. El grado de resolución de la necesidad expresada por el que realiza la llamada y valorada subjetivamente por el médico alcanza el 85% de los casos.

Conclusiones: La revisión bibliográfica indica que este estudio representa la primera aproximación a la utilización del teléfono móvil como instrumento de comunicación entre el paciente y el médico en un sistema de salud. Los resultados confirman la utilidad del servicio prestado desde la perspectiva del médico para mejorar la atención al paciente, siendo crucial para las llamadas relacionadas con las incidencias potencialmente graves. Presenta un impacto social importante ya que permite la resolución de dudas y dar una respuesta rápida. Está en proceso de inicio una evaluación sobre el impacto de este recurso telefónico disponible para las familias y tutores mediante una encuesta de satisfacción, así como de un análisis del costo y de ahorro en tiempo y consultas.

PÓSTERES VI

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

Desigualdades de género en salud

P-075. EL ESTADO NUTRICIONAL EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL SEGÚN EL DESARROLLO DE GÉNERO

M. Carrasco-Portiño, L. González-Zapata, M.T. Ruiz Cantero, V. Clemente Gómez, J. Fernández Sáez, C. Álvarez-Dardet Díaz, et al

Grupo de Investigación de Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquía-Colombia.

Antecedentes/Objetivos: La asociación existente entre la situación social de las mujeres (M) y de los hombres (H) con su salud, podría manifestarse en el patrón diferencial encontrado en el estado nutricional de H y M en diferentes países, y que evidencia la importancia del desarrollo de políticas específicas con sensibilidad de género. **Objetivos:** Describir el comportamiento del estado nutricional según el desarrollo de género (IDG) de los países.

Métodos: Estudio ecológico piloto con 43 países. Fuentes de información: Base de datos 1. De la Organización Mundial de la Salud (2000 al 2005), para el Índice de Masa Corporal (IMC) (adultos por sexo), 2. De la Organización para la Alimentación y la Agricultura (2001-2003), para la disponibilidad energética, y 3. Del Informe de Desarrollo Humano del año 2007-2008 (información año 2005) del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, para el IDG. Clasificación del IMC: bajo peso (BP) < 18,5; normal (N) = 18,5-24,9; pre-obesidad (PO) = 25-29,9; sobrepeso (SB) ≥ 25; y obesidad (O) ≥ 30. Clasificación del IDG según terciles: países en alto (A: ≤ 0,691), medio (M: 0,692-0,797) y bajo (B: ≥ 0,798) desarrollo de género. Estudio descriptivo de las categorías de IMC por sexo según desarrollo de género en cada país.

Resultados: Las mujeres presentaron mayores porcentajes medios de bajo peso respecto a los hombres en los países con IDGA (M: 4,1%-H: 1,2%) e IDGM (M: 5,5%-H: 3,7%). Similar para el peso normal en los países de IDGA (M: 56,1%-H: 45%). Aunque en los países de IDGM estos porcentajes son similares (M: 60,6%-H: 60,2%). Por el contrario, los hombres de los países con IDGA presentaron prevalencias más altas que las mujeres en SP (H: 55,3%-M: 39,8%) como en PO (H: 40,5%-

M: 27%), así como en los países de IDGM en SP (H: 39,9%-M: 29,6%) y PO (H: 31,7%-M: 29,5%). Por último, la obesidad presentó valores similares para H y M en los países de IDGA (H: 14%-M: 15%), mientras que este promedio es mayor en mujeres respecto a los hombres en países de IDGM (H: 8,8%-M: 12,5%).

Conclusiones: Se detectan hallazgos diferenciales por sexo en el estado nutricional según el grado de desarrollo de género de los países. En concreto, las mujeres presentan mayores proporciones de O que los hombres a medida que disminuye el desarrollo de género de sus países. Por otro lado, se observa una mayor normalidad en el IMC de las mujeres respecto a los hombres a medida que aumenta el desarrollo de género de sus países.

P-076. ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE INCAPACIDAD COMO UN INDICADOR DEL DESARROLLO DE GÉNERO EN EL MUNDO

M. Carrasco-Portiño, M.T. Ruiz Cantero, V. Clemente Gómez, J. Fernández Sáez, et al

Grupo de Investigación de Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Observatorio de Políticas Públicas y Salud. Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La limitada disponibilidad de estadísticas mundiales desagregadas por sexo dificulta la creación de indicadores sugeridos por Naciones Unidas que permitan una mejor aproximación al Objetivo de Desarrollo del Milenio 3, centrado en la igualdad de género. Por ello, y dado que las mujeres viven más años con discapacidad, se explora la posibilidad de crear un nuevo indicador mundial de desigualdad de género. Objetivo: explorar el comportamiento del índice de desarrollo de género (IDG) de 2000 en el contexto internacional al sustituir la EVN por la EVLI dentro de los subíndices que lo componen.

Métodos: Estudio Ecológico. Al IDG de los 165 países identificados en el Informe de Desarrollo Humano (2001), se reemplazó el componente EVN por la EVLI, para obtener el IDG modificado (IDGm). La EVLI se obtuvo del Informe sobre la Salud en el Mundo (OMS, 2001). Se calculó frecuencias absolutas de EVN y EVLD por sexo según su índice de desarrollo humano (IDH) [IDH alto (49 países), IDH medio-alto (58), IDH medio-bajo (22), e IDH bajo (36)]. El IDGm se calcula con la fórmula de GESI.

Resultados: Las mujeres (M) tienen más EVN que los hombres (H), pero las distancias se acortan conforme disminuye el desarrollo humano de los países. Sin embargo, la EVLI tiene dos comportamientos diferenciados, ya que los países de IDH bajo (< 0,5) los H viven más años sin discapacidad, y por otro lado, a partir de IDH > 0,500 son las M las que se viven más años sin discapacidad. Las diferencias de la EVN (medianas) entre ambos sexos son: En países de IDH bajo 2,25 años, IDH medio-bajo 2,55, IDH medio-alto 5,2 e IDH alto 6 años a favor de las M. Mientras que las diferencias de la EVLI (medianas) son: En países de IDH bajo 0,8 años y de IDH medio-bajo 0,2 a favor de los H. Y en países de IDH medio-alto 2,65 e IDH alto 3,3 años a favor de las M. Al incorporar la EVLI como subíndice del IDGm, los valores disminuyen en todos los países, descendiendo ciertos países desde el desarrollo alto al medio (Eslovenia, Rep. Corea, Portugal, Chipre, Brunei Darussalam, Malta y Bahamas), y otros descienden desde el desarrollo medio al bajo (Guinea Ecuatorial, Nicaragua, Rep.Árabe Siria, Vietnam, Honduras, Namibia, Egipto, Congo, Tayikistán y Zimbabue).

Conclusiones: Al incorporar la EVLI cambia la expresión de las desigualdades en todos los países. Este nuevo indicador podría complementar al IDG teniendo en cuenta que en promedio las M viven más años que los H, pero son estos los que disfrutaban más años sin discapacidad en desmedro de las mujeres de los países de bajo desarrollo humano.

P-077. DESARROLLO DE GÉNERO DURANTE LA DEMOCRACIA EN ESPAÑA

M. Carrasco-Portiño, M.T. Ruiz cantero, J. Fernández Sáez, V. Clemente Gómez, et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España; Observatorio de Políticas Públicas y Salud. Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Se han objetivado las consecuencias de la situación social de las mujeres (M) en la salud de las M (y de los hombres (H)). Esta situación varía según unidades geopolíticas, como las Comunidades Autónomas (CC.AA), pudiendo redundar en incremento de las desigualdades de género sociopolíticas en salud. Objetivo: identificar la tendencia del desarrollo de género en España y sus 17 CC.AA entre 1981 y 2005.

Métodos: Estudio ecológico del Índice de Desarrollo de Género (IDG) y sus componentes (educación (E), ingresos (I) y esperanza de vida al nacer (EV)) por sexo de 1981 a 2005. El IDG es un indicador compuesto que mide el desarrollo de forma igualmente distribuida entre H y M. Rango IDG: 0 (menor desarrollo) a 1 (mayor desarrollo). Se calcula el IDG de España y CC.AA por años, y su crecimiento porcentual de la II a VII Legislatura, coeficientes de correlación de las legislaturas e índices de efecto absoluto.

Resultados: El IDG promedio de España aumentó en 2005 (0,903) respecto a 1981 (0,810) (incremento del 11,5%). Pero, mientras que en 1981 el 52,25% de la población residía en CC.AA por encima del IDG promedio, en 2005 sólo se beneficia el 48,6%. Las CC.AA. menos igualitarias respecto a las más igualitarias a comienzo del estudio, acortaron sus desigualdades entre H y M en la II [R = -0,548 (p = 0,018)], III [R = -0,480 (p = 0,044)], IV [R = -0,699 (p = 0,001)] y VII [R = -0,785 (p < 0,001)] Legislaturas, y a mayor velocidad de crecimiento. Las CC.AA de menor crecimiento en el IDG fueron Asturias (1981:0,821- 2005:0,900): 9,6% de crecimiento, Cantabria (1981:0,834- 2005:0,915): 9,7% y Cataluña (1981:0,836- 2005:0,919): 10%. Las de mayor crecimiento: Castilla-La Mancha (1981:0,766- 2005:0,891): 16,3%, Andalucía (1981:0,755- 2005:0,878): 16,3% y Extremadura (1981:0,738- 2005:0,877): 18,8%. Ambos sexos aumentaron EV pero manteniéndose las diferencias, detectándose variaciones por CC.AA. Pese a que en E e I, las mujeres mejoraron casi el triple que los hombres, las diferencias persisten a favor de los hombres.

Conclusiones: Durante la democracia en España se observa una evolución favorable del desarrollo de género. La mejora de las componentes del IDG se produce en todas las CCAA. Las CC.AA menos igualitarias a comienzos de los 80 son las que más se han desarrollado, pero aún persisten diferencias interregionales: Sigue el patrón Norte-Sur del desarrollo de género, siendo las del Norte-este las más igualitarias. Por razones demográficas se ha reducido la cantidad de población beneficiada de un desarrollo de género superior al promedio del país.

Financiación. Ayuda a la investigación del CIBERESP (PD.08.013). Proyecto "Indicadores de género y salud en España y Comunidades Autónomas (INDIGENES)".

P-078. LA VIOLENCIA DOMÉSTICA, UN RETO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

V. Carreño José, A. Gómez Ortega, M.L. Guardia Cano, M.L. Gayo Loredó, M. Acosta Ferrer, F. Pérez Manzano, et al

Distrito Sanitario Almería.

Antecedentes/Objetivos: Conocer la prevalencia sobre la "violencia de género" es una tarea difícil. En España cerca del 10% de la población femenina es considerada técnicamente maltratada y un tercio de ellas como subjetivamente maltratadas. Supone el porcentaje

más amplio de la llamada "violencia doméstica", definida como la violencia en el núcleo familiar, tanto física, psicológica como sexual a cualquier miembro de la familia. **Objetivos:** - Analizar la evolución en los últimos cinco años de la violencia doméstica en Distrito Almería. - Estudiar la prevalencia de violencia de género por zonas básicas.

Métodos: Estudio descriptivo trasversal. Los datos hacen referencia a las denuncias realizadas a través de los partes de lesiones específicos tramitados en los centros sanitarios. Periodo: años 2003-2008. Como medida usamos la Tasa de denuncias/1.000 mujeres mayores de 18 años.

Resultados: El número de partes de lesiones por violencia doméstica sufrió un aumento en el año 2004, pasando de 122 en 2003 a 177. En los años siguientes las cifras varían oscilan entre 178 en 2006 y 190 en 2005 y estimada para el 2008. El 90% es por violencia de género. Las denuncias de hombres maltratados son poco frecuentes, un caso en el año 2004 y 5 en este último año en curso. La violencia a menores supuso el 10,07% de las denuncias en el año 2003, el 13,11% en el 2004, disminuyendo al 8,42% en los dos últimos años. Respecto a la violencia de género, las tasas de denuncias (partes de lesiones) recibidas en los años 2003 y 2004 con 1,20 y 1,04 respectivamente han aumentado llegando al 1,50 en el año 2005 y 1,58 en los dos siguientes años. En el 2008 la tasa esperada para diciembre es de 1,49. Por zonas básicas cabe destacar las mayores tasas en tres zonas rurales como son Tabernas, Níjar y Bajo Andarax, seguidas de Puche (zona de transformación social). Las zonas urbanas presentan tasas bajas no superando en la mayoría de los casos la unidad, incluidas las áreas de mayor marginalidad. De las denuncias recibidas el porcentaje mayor son por maltrato/agresión física, variando las agresiones de carácter sexual desde el 2,4% en el año 2003 al 6,13% en el año 2007.

Conclusiones: Las denuncias por violencia doméstica son en su mayoría por violencia de género, se han incrementado a lo largo de los años, principalmente las de carácter sexual, que se han triplicado en nuestro distrito. Destacar la baja tasa encontrada en tres de las cuatro zonas de Transformación Social de la capital, estando por debajo de la media del Distrito. Las denuncias son mayores en zonas rurales. Debemos mejorar la prevención tanto primaria como secundaria de la violencia doméstica en los Centros Sanitarios del Distrito, en especiales las Zonas de Transformación Social de la capital.

P-079. DIFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS Y DE GÉNERO EN EL ACCESO A PROCEDIMIENTOS CARDIACOS INVASIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

M. Martínez Cengotitabengoa, E. Aldasoro Unamuno, M. Basterretxea Irurzun, C. Moreno Iribas, et al

CIBERESP, Departamento de Sanidad; Gobierno Vasco; CIBERESP Instituto de Salud Pública de Navarra.

Antecedentes/Objetivos: Aunque muchos estudios han analizado las desigualdades socioeconómicas y de género en el acceso a terapia cardíaca intervencionista, son pocos los que lo abordan con un enfoque integrado. En esta revisión resumimos los resultados de estudios previos sobre la influencia del nivel socioeconómico según el sexo en el acceso a dichos procedimientos.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo de revisión de la literatura científica sobre la influencia de las diferencias socioeconómicas y de género en el acceso a procedimientos de revascularización (cateterismo, angioplastia y cirugía de bypass) tras un infarto agudo de miocardio (IAM). Se recuperaron artículos publicados entre 2003 y 2008 de diferentes fuentes bibliográficas publicados en inglés, francés, italiano o castellano y sin límite de edad. Se utilizaron diferentes estrategias en función de la base de datos con términos MeSH y texto libre. Se revisaron igualmente las citas bibliográficas de los artículos seleccionados.

Resultados: Inicialmente se recuperaron 137 artículos y tras una lectura preliminar se eliminaron 82. Se pasó a una lectura detallada de los restantes, donde se observó que los publicados hasta el año 2003 reflejaban un bajo uso de los procedimientos objeto de estudio, por lo que se centró la revisión en los años 2003 a 2008, quedando así 40 artículos. De ellos, se seleccionaron diez, que eran los que presentaban un enfoque integrado de las desigualdades sociales y de género en el acceso a revascularización. La mayoría eran retrospectivos y los procedimientos en los que más se centraron eran la angioplastia y la cirugía. Cinco de ellos se realizaron en EEUU y el resto en Europa. Los estudios de EEUU utilizaban la etnia como aproximación a la clase social, mientras que los europeos la medían a través de la ocupación, educación e ingresos. Aquellos que medían los resultados por sexo y etnia mostraban una probabilidad menor de recibir terapia intervencionista en mujeres que en hombres y las más desfavorecidas eran las mujeres afroamericanas. Cuando la medida de la clase social era la ocupación, educación o nivel de ingresos, se observó un cierto gradiente inverso en los hombres, aunque en ambos sexos destacaba un defecto de tratamiento en el nivel más desfavorecido.

Conclusiones: La aplicación de un enfoque integrado de desigualdades socioeconómicas y de género es poco frecuente. Los resultados obtenidos apuntan a la existencia de dichas desigualdades en el tratamiento intervencionista tras un IAM, tratándose en ocasiones de evidencia indirecta. Por ello creemos necesaria la realización de estudios más homogéneos que aporten estimaciones más consistentes.

Financiación. CIBER Epidemiología y Salud Pública.

P-080. PATRÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LA INCIDENCIA Y LETALIDAD DEL INFARTO DE MIOCARDIO EN UN ÁREA DEL SUR DE EUROPA

E. Aldasoro Unamuno, M. Calvo Sánchez, S. Esnaola Suquía, R. Ruiz Fernández, C. Audicana Uriarte, I.H. De Saracho Echeverría, M. Basterretxea Irurzun, et al

Departamento de sanidad. Gobierno vasco.

Antecedentes/Objetivos: Numerosos estudios han demostrado la existencia de mayor incidencia y letalidad por infarto agudo de miocardio (IAM) en las áreas de bajo nivel socioeconómico. Sin embargo existe escasa evidencia sobre el efecto del nivel socioeconómico desde una perspectiva de género. El objetivo de este trabajo fue estudiar las desigualdades de género y clase social en la tasa de ataque y letalidad del IAM en el País Vasco.

Métodos: Se incluyeron los casos de IAM ocurridos en personas mayores de 24 años en el bienio 1999-2000 (estudio IBERICA-País Vasco). Se seleccionaron los casos fatales, los no fatales seguros y aquellos con datos insuficientes. La población por edad y sexo se obtuvo del Padrón de 1996. Los datos socioeconómicos procedían del Eustat (Estadística de Población y Viviendas de 1996). Se calculó un índice de privación (análisis de componentes principales) que combinaba información sobre la proporción de personas activas en situación de desempleo, trabajadores/as manuales no cualificados/as, personas con estudios primarios o inferiores, y viviendas de bajo confort. Mediante modelos de regresión de Poisson y log binomial se estimaron los riesgos relativos de padecer un IAM y de fallecer a los 28 días del ataque en función del sexo y de la clase social.

Resultados: se incluyeron 4616 casos de IAM. La razón de tasas de ataque ajustadas por edad entre hombres y mujeres fue de 2,98 (IC95: 2,66-3,35) mientras que la OR (Odds Ratio) de letalidad ajustada por edad era de 0,98 (IC95: 0,94-1,02), y de 0,82 (IC95: 0,74-1,00) la letalidad intrahospitalaria. El RR de padecer un IAM en el quintil socioeconómico más bajo con respecto al más alto fue de 0,68 (IC95: 0,55-0,84) y 0,70 (IC95: 0,63-0,80) en hombres y mujeres respectivamente. En las estimaciones de la letalidad se producía un cambio de patrón y aunque las diferencias no eran significativas

la clase socioeconómica más desfavorecida dejaba de ser un factor protector.

Conclusiones: la diferencia entre sexos en el riesgo de morir tras un IAM dentro del hospital y no en la letalidad general muestra que pueden existir diferencias de género en la prestación de los cuidados sanitarios. Al contrario de lo que ocurre en los países del norte de Europa no existe un gradiente de desigualdad por clase social en los indicadores a estudio. Sin embargo debería analizarse el cambio en las clases desfavorecidas entre incidencia y letalidad. El patrón socioeconómico de la incidencia podría deberse al efecto protector de la dieta mediterránea que en los países del sur de Europa ha sido accesible a las clases sociales más desfavorecidas.

P-081. FOTOGRAMA SOCIOANTROPOLÓGICO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

M. de Cristino Espinar, M. Caballero Arroyo, A. Camacho Buenosvinos, A. Muñoz Alonso, A. Pastor López, R. Fernández Dorado, J. Díaz Díaz, A. Mata Jiménez, A. Carrillo Malagón, et al SAS.

Antecedentes/Objetivos: Se propone analizar la violencia de género (VG) como un problema de salud pública. Estudios han demostrado que una de cada tres mujeres, en algún momento de su vida, ha sido víctima de violencia sexual, física o psicológica perpetrada por hombres. Para erradicar la VG debemos abordar las causas así como los efectos. Al abordar la VG de manera integral, la posibilidad de prevención es una realidad creando redes sociales para asegurar que las víctimas reciban la atención y protección que requieren. Determinar la descripción socioantropológica de la ciudadana víctima de violencia de género y malos tratos. Cuantificar la frecuencia de malos tratos psíquicos. Determinar en cuantas mujeres esta agresión física no fue un caso aislado.

Métodos: Estudio descriptivo de mujeres entre abril de 2006 y diciembre 2007. Las variables, recogidas del Parte de VG específico, son: tipo de agresión, agresor, edad, nacionalidad, denuncias previas, tiempo que sufre las agresiones, testigos, otras víctimas en el suceso y uso de objetos, Centro de Salud de referencia. La selección de Centros se llevó a cabo teniendo en cuenta las diferentes zonas geográficas de la capital, con el propósito de abarcar diferentes estratos socioeconómicos. Universo muestra: 165. Los resultados fueron volcados a una base de datos y sometidos a un análisis mediante SAS 9.1.

Resultados: Un 99% el autor es un varón conocido, índice de violencia física de 75,2%, pronóstico leve un 95,2%, destaca el porcentaje de Violencia doméstica (maltrato físico y psíquico) un 17%. Diferencias en los índices de violencia en función de la edad 31-45 años 42,4%, la nacionalidad española 78,8% y Centro de Salud de referencia: Centro de Salud de Ciudad Jardín 31%, mayores porcentajes. El porcentaje de violencia psicológica 6,1%, un 27,9% tenía denuncias previas, un 72,1% es 1ª vez. Sorprende el dato de la variable "testigos de la agresión" 52,7% y que 51,5% llevaban más de un año sufriendo este tipo de VG.

Conclusiones: Los episodios de VG están relacionados con una historia de violencia sufrida anteriormente, no son incidentes aislados. Más víctimas de violencia física que de violencia psicológica, pero no por no tener igual impacto social hay que obviarla. Integrar planes de prevención de VG en iniciativas ya en marcha dedicadas a la juventud, "Forma Joven". Habitación de la mujer a la violencia al convertirse esta en un fenómeno habitual. Es manifiesto que hay otros afectados por la violencia (hijos, abuelos) que pueden pasar de ser testigos a receptores de la violencia. Además de medidas de protección también es necesario transformar los fundamentos estructurales que la mantienen.

P-082. DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL IMPACTO DEL TRABAJO REPRODUCTIVO SOBRE LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

I. Mateo Rodríguez, M.M. García Calvente, A.M. Delgado Sánchez, G. Maroto Navarro, J. Bolívar Muñoz, M. del Río Lozano, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Antecedentes/Objetivos: Es ampliamente conocida la existencia de diferencias en la salud mental de hombres y mujeres. Sin embargo, algunos autores advierten que, en general, los estudios realizados hasta el momento no han tenido en cuenta un marco conceptual adecuado que explique estas diferencias desde la óptica de las relaciones de género que imperan en nuestra sociedad. Este trabajo pretende analizar las desigualdades de género en el impacto del trabajo reproductivo (doméstico y de cuidados) sobre la salud mental de la población andaluza.

Métodos: Se realiza explotación de datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2003, en población adulta residente en Andalucía (6708 personas). Se analiza la salud mental percibida, medida a través del cuestionario SF-12. Las variables independientes analizadas son: sexo, edad, nivel educativo, clase social ocupacional, situación laboral, responsabilidad de las tareas domésticas, responsabilidad de cuidados, vivir sola o solo y apoyo social. Se aporta análisis bivariante ajustado por edad y estratificado por clase social, utilizando la estimación del riesgo mediante la odds ratio y su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: La proporción de personas con peor percepción de salud mental aumentó a medida que lo hacía la edad y disminuía el nivel educativo y el apoyo social percibido, tanto en hombres como en mujeres. Además, esta proporción varió en función de la clase social y de que se asumiera o no el rol de cuidar a personas dependientes, en ambos sexos. Las mujeres presentaron mayor riesgo de tener una salud mental deficiente que los hombres (el 29,6% frente al 19,3%, respectivamente). El desempeño de tareas de cuidado apareció como un factor de riesgo para las mujeres, especialmente las de clases no manuales (OR = 2,16 (1,18-3,93) respecto de las que no cuidan). Ser responsables de las tareas domésticas fue un factor de riesgo para los hombres (OR = 1,96 (1,36-2,81) respecto de los que no las realizan, en clase manual). No ocurrió así en las mujeres, para las que realizar las tareas domésticas incluso resultó un factor protector si pertenecían a la clase no manual (OR = 0,69 (0,48-0,98)). El apoyo social resultó un factor protector para la salud mental, tanto en hombres como en mujeres.

Conclusiones: Del análisis se desprende que no todas las tareas reproductivas ejercen el mismo impacto sobre la salud mental, y que este impacto es diferente en hombres y en mujeres. Los hallazgos corroboran que las relaciones entre sexo, género y salud mental no son simples y que es necesario seguir avanzando en marcos conceptuales que nos ayuden a explicar y comprender las desigualdades de género en la salud mental.

P-083. DESIGUALDADES DE GÉNERO, CONDICIONES LABORALES Y SALUD EN ANDALUCÍA

N. Hidalgo Ruzzante, I. Mateo Rodríguez, M.M. García Calvente, G. Maroto Navarro, et al

CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En las últimas décadas hemos asistido a importantes debates en torno a la posición de las mujeres en el mundo laboral y doméstico. El presente estudio pretende identificar las desigualdades de género relacionadas con empleo, exposición a riesgos laborales y trabajo no remunerado, y analizar su relación con la salud autopercibida.

Métodos: Estudio transversal en Andalucía sobre una muestra poblacional de personas mayores de 16 años (3.275 hombres y 3.433

mujeres) a partir de los datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2003. Las variables de estudio fueron situación laboral, exposición a riesgos laborales, trabajo no remunerado y salud autopercebida. Los datos fueron procesados con el SPSS 15.0, realizándose un análisis descriptivo de las variables según sexo. Se seleccionó la submuestra de población activa y se realizaron análisis de varianza (ANOVA) y coeficientes de correlación (Pearson y Spearman) para evaluar la asociación entre jornada laboral (variable independiente) y salud general, dolor de espalda, nervios y estrés, agotamiento, dolor muscular, dolor de cabeza y problemas de sueño (variables dependientes). Sexo fue la variable de estratificación.

Resultados: El 54,4% de los hombres y el 22,5% de las mujeres tienen trabajo remunerado actualmente, mientras que el 0,1% de los hombres y 52,1% de las mujeres se declaran "amas de casa". En la población activa, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas según sexo en situación laboral actual, categoría profesional, tipo de jornada y responsabilidad en el puesto [$p < 0,001$], así como en exposición a riesgos laborales [$p < 0,005$]. En salud autopercebida, se observó una correlación negativa significativa entre duración de la jornada laboral y salud general sólo en hombres [$p < 0,001$]. Por último, se encuentra una relación positiva entre jornada laboral y sintomatología relacionada con la salud, como "agotamiento" en hombres, y "nervios y estrés" en mujeres.

Conclusiones: Nuestros resultados corroboran las desigualdades de género en la situación laboral y reparto de roles domésticos, con peores condiciones y mayor exposición de riesgos en mujeres. El empleo parece actuar como factor protector para la salud de los hombres, aunque no ocurre lo mismo en mujeres. En ellas, las condiciones laborales precarias con mayor exposición a riesgos, y la necesidad de simultanear el trabajo reproductivo pueden estar influyendo negativamente en su salud. Resulta necesario visibilizar las relaciones entre lo laboral, lo doméstico y la salud de hombres y mujeres, para realizar así una intervención interdisciplinaria adecuada en la sociedad.

P-084. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH POSITIVOS EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

I. Ruiz Pérez, A. Olry de Labry Lima, L. Sordo del Castillo, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada); CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es uno de los principales instrumentos de valoración de la infección por el VIH, sin embargo es poca la información que disponemos sobre las diferencias de género. Objetivo: El objetivo de este trabajo es estudiar las diferencias por género en la calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres VIH+ en tratamiento antirretroviral de cuatro hospitales andaluces así como los factores asociados a la misma.

Métodos: Se estudiaron a 540 pacientes seropositivos en tratamiento antirretroviral asistentes a consultas externas de las unidades de enfermedades infecciosas de cuatro hospitales andaluces. La CVRS se midió mediante el cuestionario MOS-HIV, validado en nuestro medio. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, relacionadas con el tratamiento antirretroviral. Los análisis estadísticos se realizaron por separado para hombres y mujeres. Se realizó un análisis descriptivo y finalmente se construyeron modelos de regresión lineal.

Resultados: Participaron 149 mujeres (26,6%) y 411 hombres (73,4%). Las mujeres fueron más jóvenes, con mayor frecuencia casadas y tienen más hijos, mientras los hombres presentan mayor prevalencia de coinfección por VHC, antecedentes de uso de drogas por vía parenteral (UDVP), en tratamiento con metadona y menores niveles de CD4 ($p < 0,05$). La puntuación media del índice de calidad de vida física para mujeres y hombres fue de 51,61 y 49,54, y para la calidad

de vida mental de 52,07 y 49,28 respectivamente, siendo estas diferencias significativas ($p < 0,05$). Al ajustar por diferentes variables clínicas, esas diferencias dejaron de ser estadísticamente significativas. En las mujeres la presencia de morbilidad psíquica, mayor tiempo como portador del VIH y bajo apoyo social se mostraron asociadas a una peor ISM e ISF ($p < 0,05$). Una mayor edad se mostró independientemente asociada a una peor ISF ($p = 0,003$). En los hombres la presencia de morbilidad psíquica, el referir dificultad para tomar las pastillas, haber consumido drogas parenterales y bajo apoyo social se mostraron asociadas a una peor ISF y ISM ($p < 0,05$). Estar en estadio SIDA y un mayor número de pastillas de antirretrovirales se mostraron asociadas a una peor ISF ($p < 0,05$).

Conclusiones: Realizando un análisis desagregado por género sí que se observan diferentes perfiles de factores asociados a una peor CV física y mental. Se puede así lograr identificar áreas de potencial actuación y conseguir optimizar resultados en la salud.

Financiación. Fundación Progreso y Salud de la Junta de Andalucía (Exp. 42006).

P-085. DIFERENCIAS EN LOS FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO Y PÉRDIDA DE EMPLEO TRAS LA MATERNIDAD

M.C. González-Galarzo, M. Estarlich, C. Iñiguez, A.M. García, F. Ballester, et al

CIBERESP; Escuela Valenciana de Estudios de la Salud; Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Existe evidencia de las dificultades en la continuidad laboral de las mujeres tras la maternidad, que puede deberse a la pérdida o al abandono del empleo. El objetivo de este trabajo es identificar las diferencias en los factores sociodemográficos, familiares y laborales previos, asociados a la pérdida y abandono del empleo en las mujeres que trabajaron durante el embarazo.

Métodos: La población a estudio son 586 mujeres de la cohorte INMA-Valencia que trabajaron en el embarazo y fueron entrevistadas al año del parto. Se describe su reincorporación laboral tras la maternidad. Se realizó regresión logística multivariante para el análisis de los factores asociados a la pérdida de empleo (mujeres que no se reincorporan y están en desempleo al año de parto) y al abandono (no se reincorporan y declaran ser amas de casa). Se consideró la edad, país de origen, zona de residencia, clase social ocupacional (CS), nº de hijos, familia monoparental, principal cuidador del hijo/a, cuidados del hijo/a fuera del hogar, ayuda externa para las tareas del hogar, personas dependientes y circunstancias laborales previas (actividad económica, tipo de contrato y jornada y tiempo trabajado en los 10 años previos al embarazo).

Resultados: El 29% de las que trabajaron en el embarazo no se reincorporaron al año del parto. El 52% de éstas declaró estar desempleada y el 23% ser ama de casa. La pérdida de empleo, es más frecuente en las mujeres de CSIII (OR: 8,45; IC95% = 2,19-32,57) y CSIV-V; (7,60; 2,29-25,23), con familia monoparental: (5,16; 1,01-26,44), que son la principal cuidadora de la criatura: (18,58; 4,78-72,22), que no disponen de cuidados de la criatura fuera del hogar: (21,77; 9,94-47,66), con contrato temporal previo (11,88; 5,36-26,32) o que han trabajado sin contrato (3,41; 1,39-8,38), frente contrato fijo. El abandono es más frecuente en las mujeres extranjeras (3,91; 1,39-11,01), de CSIV-V (4,79; 0,93-24,71), con dos hijos, frente a uno, (2,44; 0,99-5,99), que son la principal cuidadora del hijo/a: (11,03; 2,07-58,64), que no disponen de cuidados fuera del hogar: (6,86; 2,71-17,35), con contrato temporal previo (4,01; 1,25-12,79) o han trabajado sin contrato (2,81; 0,87-9,08), y que han trabajado entre 5 y 10 años (4,03; 1,13-14,38) y menos de 5 años (4,84; 1,33-17,62), frente a más de 10 años.

Conclusiones: El abandono y la pérdida de empleo tras la maternidad están asociados al cuidado de menores. Se muestran diferencias

en los factores sociodemográficos, laborales y de composición de la familia que influyen en estas variables. Mientras el abandono es más frecuente en mujeres extranjeras, con dos hijos y con menor tiempo trabajado, la pérdida lo es en las CS más desfavorecidas y en familias monomarentales.

P-086. MALOS TRATOS POR COMPAÑERO ÍNTIMO EN LA MUJER ENFERMERA

M.A. Rodríguez Borrego, M. Vaquero Abellán, R. Redondo Pedraza, A. Muñoz Alonso, L. Bertagnolli, B. Méndez Serrano, F. Cuevas Pareja, J. Marín Sánchez, S. Arce Rodríguez, et al

Universidad; Hospital Reina Sofía; Distrito Sanitario Centro. Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: La magnitud que está adquiriendo la violencia del compañero íntimo en España y otros países, llevo a la Organización Mundial de la Salud a declararla como problema prioritario de Salud Pública. Objetivos: estimar la existencia de violencia de género por compañero íntimo, en la mujer enfermera que ejerce su actividad profesional en Córdoba; describir sus características y relación con variables sociodemográficas.

Métodos: Estudio transversal. Muestra aleatoria estratificada 143 personas. Variable dependiente la existencia o no de malos tratos; entre las independientes: edad, estado civil, convivientes, años de relación, centro de trabajo, puesto etc. Recogida de datos, de 12 de mayo a 9 de julio de 2008, mediante cuestionario de malos tratos, validado por Delgado et al (2006). Se describieron las variables cualitativas (con porcentajes y error estándar del porcentaje para cada categoría) y cuantitativas (a través de media, rango y error estándar de la media). Las técnicas de análisis, incluyeron: odds ratio de prevalencia (ORP) para determinar el riesgo de malos tratos asociado a las variables independientes consideradas y prueba chi cuadrado.

Resultados: La presencia de malos tratos (MT) psicológicos, reflejada a partir de las preguntas: ¿Respetas sus sentimientos?, ¿La ha insultado, avergonzado o humillado?, ¿Les ha amenazado a usted, ...o alguna persona querida?, ¿Ha roto alguna de sus cosas o algún objeto de la casa?, ¿Ha intentado controlar su vida o sus movimientos?, muestra un porcentaje que oscila entre el 9,8% (5,7%-15,5%) y el 34,3% (26,8%-42,3%). Los malos tratos físicos han representado, a través de las preguntas ¿Le ha pegado?, ¿Ha llegado a producirle heridas?, unos porcentajes que varían entre el 0,7% (0,0%-3,4%) y el 2,8% (0,9%-6,6%). En cuanto a los MT sexuales (¿La ha obligado a mantener relaciones sexuales sin querer usted?) se dan en un 5,6% (2,6%-10,3%) Con respecto al riesgo de maltrato, hemos encontrado asociación con las variables: edad entre 41 y 50 años (ORP 3,45), más de 3 años de convivencia con la pareja (ORP 3,80), centro de trabajo público (ORP 4,09), en ámbito rural (ORP 1,50), puesto de enfermera base (ORP 1,24), clase social II (ORP 1,85), con dependientes a su cargo (ORP 1,50).

Conclusiones: Establecida la existencia de malos tratos en la mujer enfermera se constata que las manifestaciones van referidas al aspecto psicológico. Estos datos recomiendan establecer acciones encaminadas por un lado a conocer cómo la mujer enfermera, que sufre en su persona violencia de género, afronta la atención a mujeres que sufren su mismo problema; y por otro lado a la atención de estas profesionales.

Financiación. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana (EVES2006-PI-058).

P-087. ROLES DE GÉNERO Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

M.P. Matud, J.M. Bethencourt, I. Ibáñez, M. López, C. Rodríguez, et al
Universidad de La Laguna.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los factores explicativos de las diferencias de género en salud han sido los roles de género. Se ha planteado que tales roles pueden afectar a la salud a través del proce-

so estrés-enfermedad ya que el género parece ser relevante en el tipo de estresores y en el estilo de afrontamiento del estrés. El objetivo del trabajo es analizar la relevancia de los roles de género en los estilos de afrontamiento del estrés.

Métodos: Estudio transversal con una muestra de conveniencia formada por 573 personas de la población general con edades entre 17 y 65 años. El 52,5% eran mujeres y el 47,5% hombres y ambos géneros tenían características sociodemográficas similares. Medidas: 1) Cuestionario de Estilos de Afrontamiento del Estrés (CSQ, Roger, Jarvis y Najarian, 1993). 2) Bem Sex Role Inventory (BSRI, Bem, 1974).

Resultados: Los Análisis de Varianza mostraron diferencias estadísticamente significativas en Masculinidad, $F(1,571) = 95,27$, $p < 0,001$, puntuando más alto los hombres (Media = 96,69, DT = 12,85) que las mujeres (Media = 85,45, DT = 14,53); y en Feminidad, $F(1,571) = 26,23$, $p < 0,001$, donde puntuaba más alto las mujeres (Media = 101,22, DT = 10,83) que los hombres (Media = 96,49, DT = 11,25). Los coeficientes de correlación de Pearson mostraron correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre Masculinidad y los estilos de afrontamiento del estrés de Racionalización ($r = 0,44$ en hombres y $r = 0,26$ en mujeres), Emocionalidad ($r = -0,13$ en hombres y $r = -0,24$ en mujeres) y Distanciamiento emocional ($r = 0,18$ en hombres y $r = 0,15$ en mujeres). Feminidad correlacionaba de forma estadísticamente significativa con Racionalización ($r = 0,14$ en hombres y $r = 0,17$ en mujeres) y con Evitación ($r = 0,23$ en hombres y $r = 0,22$ en mujeres). En las mujeres la tipificación sexual femenina correlacionaba de forma estadísticamente significativa con todos los estilos de afrontamiento: $r = -0,12$ con Racionalización, $r = 0,16$ con Emocionalidad, $r = -0,12$ con Distanciamiento Emocional y $r = 0,21$ con Evitación. En los hombres la tipificación sexual masculina correlacionó con Racionalización ($r = 0,27$), Distanciamiento emocional ($r = 0,17$) y Evitación ($r = -0,12$).

Conclusiones: El seguimiento del rol femenino tradicional se asocia con un estilo de afrontamiento del estrés menos adaptativo: mayor emocionalidad y evitación y menor afrontamiento centrado en el problema; por el contrario las características asociadas con Masculinidad tales como independencia, asertividad o autosuficiencia se asocian con un estilo de afrontamiento del estrés más saludable: mayor racionalización y menor emocionalidad y evitación.

Financiación. Ministerio de Ciencia e Innovación PSI2008-02543/PSIC.

P-088. IMPACTO EN LA SALUD DE LAS MUJERES DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL USO DEL TIEMPO

N. Bayo Barroso, C. García Gil, J.J. Marín López, A. Solano Parés, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: La mayor esperanza de vida de las mujeres suele ir acompañada de una peor calidad de vida, lo cual puede deberse al efecto negativo que tiene sobre ellas la sobrecarga de roles. El objetivo fue detectar tanto el peor estado de salud de las mujeres como la mayor carga de trabajo que soportan, fruto de los intentos de conciliar el trabajo profesional con el cuidado del hogar y la familia.

Métodos: Los datos se extrajeron de la ampliación de la muestra (9821 personas) realizada por el IEA para Andalucía de la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003, llevada a cabo por el INE. El muestreo fue estratificado y se utilizó un factor de ponderación. Utilizando el programa estadístico SPSS v.13, se realizó un análisis descriptivo de las diferencias por género en diversos índices relacionados con la autopercepción de la salud -estado de salud percibida, enfermedad crónica y estrés-, y se halló el porcentaje de participación y tiempo dedicado a diversos tipos de actividad.

Resultados: El 75,4% de los varones y el 69,6% de las mujeres, percibían su salud como buena o muy buena, y el 9,3% y el 11,4% respectivamente como mala o muy mala. Estas diferencias fueron similares para quienes afirmaban padecer una enfermedad crónica, así como para

quienes manifestaban que dicha enfermedad les dificultaba desarrollar sus vidas. También se hallaron diferencias respecto al estrés percibido. Se sentían agobiados muy frecuentemente o algunas veces por las tareas que debían realizar normalmente el 35,2% de los varones y el 48% de las mujeres. Así, el 20,60% y el 25,60% respectivamente, piensa a menudo que el tiempo es demasiado corto para todo lo que tiene que hacer diariamente, y les gustaría dedicar más tiempo a otras actividades, siendo superior la proporción de mujeres para casi todas ellas. Sumando los tiempos dedicados al empleo y al hogar y la familia, se halló una media social de 4:49 horas de trabajo para los varones, y de 5:57 para las mujeres. Por contra, fue superior el tiempo que los varones dedicaban a otras actividades, tales como los deportes y actividades al aire libre.

Conclusiones: La peor percepción del estado de salud y el mayor estrés sufrido por las mujeres puede tener relación con la mayor carga de trabajo que soportan, con el número de actividades realizadas y la simultaneidad de las mismas. Ellas deben sentirse más "fragmentadas", pues no sólo reparten más su tiempo entre distintas actividades, sino que aún tienen más necesidad que los varones de dedicarse más a la mayoría de ellas. Así pues, la sobrecarga de tareas conlleva normalmente una reducción del tiempo que se dedica a tareas fundamentales para mantener una calidad de vida adecuada, tales como la vida social o la práctica de ejercicio físico.

Financiación. Instituto de Estadística de Andalucía (IEA).

P-089. SESGOS DE GÉNERO Y DOS MEDIDAS DE MORTALIDAD: ¿HAY QUE TRATAR IGUAL A HOMBRES Y MUJERES CUANDO SON DIFERENTES?

U. Martín, C. Audicana, E. Aldasoro, A. Bacigalupe, S. Esnaola, et al

Universidad del País Vasco; Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los posibles sesgos de género en la investigación y atención sanitaria consiste en tratar igual a hombres y mujeres cuando son diferentes. La mortalidad es uno de los aspectos que más diferencia a hombres y mujeres, la menor mortalidad de éstas a todas las edades hace que su esperanza de vida sea mayor. La esperanza de vida y la prematuridad de la muerte están en la base de la construcción de dos indicadores de salud basados en la mortalidad, la mortalidad evitable y los años de vida perdidos. Sin embargo, aunque la prematuridad de la muerte es diferente en hombres y mujeres, en estos indicadores ambos sexos suelen ser tratados por igual a la hora de establecer el umbral de edad prematura. El objetivo de esta comunicación es reflexionar la existencia de este posible sesgo de género en la construcción de ambos indicadores y analizar sus posibles consecuencias cuando los resultados de estas medidas se utilizan para la planificación y asignación en política sanitaria.

Métodos: Se analizó la mortalidad en hombres y mujeres de cara a determinar diferentes umbrales de prematuridad en base a las muertes acumuladas en cada edad en unos y otras. Se calcularon, para cada umbral propuesto y para cada periodo 1996-2000 y 2001-05, las tasas totales y por diferentes enfermedades de mortalidad evitable (estandarizadas por edad y según la lista de causas propuesta por Nolte et al 2008), y de años de vida perdidos. Se compararon, para los diferentes umbrales de prematuridad, la magnitud y la tendencia, así como la importancia de los diferentes grupos de enfermedades.

Resultados: En la actualidad el umbral de prematuridad más utilizado es el de 74 años. Sin embargo, a esa edad mientras que ya se habían producido el 50,8% de las muertes en los hombres, en las mujeres sólo se habían producido el 24,6%. En ellas, el 50% de muertes acumuladas se produjo a los 84 años. Las tasas de mortalidad evitable y de años de vida perdidos utilizando como límite de edad 74 años fueron un 50-60% mayores en hombres. Cuando se utilizó 84 años como límite para las mujeres y 74 para los hombres las tasas de ambos sexos fueron similares. Además, la carga de enfermedad fue diferente si se utilizó 74 años o 84. En el primer caso, enfermedades que

en las mujeres se dan a edades más avanzadas, como las circulatorias, obtienen un peso menor que considerando 84 años como límite.

Conclusiones: Es necesario reflexionar sobre la construcción teórica y metodológica de estos indicadores desde una perspectiva de género, y determinar si considerar igual a hombres y mujeres introduce un sesgo que infravalora las enfermedades más frecuentes en ellas y hace a la medida menos válida para el caso de las mujeres.

P-090. EMPRESA FAMILIAR, ACOSO MORAL Y DESARROLLO RELATIVO DE GÉNERO. CASOS DE ESTUDIO: FÁBRICA DE ACEITE, FÁBRICA DE VINO, HERRERÍA Y EXPLOTACIÓN AGRÍCOLA

M.J. del Pino Espejo, L. Sánchez Tobar, F. Montes Tubío, et al

Universidad Pablo de Olavide UPO; Universidad de Carabobo, Venezuela; Universidad de Córdoba UCO.

Antecedentes/Objetivos: Analizar el desarrollo humano relativo de género IDG (medido en conocimientos, ingresos y salud en hombres y en mujeres) en empresas familiares de ámbito rural (campaña sur cordobesa) focalizadas en tres casos de estudio (almazara, herrería, bodega y explotación agrícola) Detectar y describir el acoso moral en la empresa familiar.

Métodos: Aproximación cualitativa a través de observación, entrevista, grupo de trabajo, historia de vida y cuestionario.

Resultados: Las diferencias en el desarrollo humano relativo de género entre hombres y mujeres de las empresas familiares estudiadas generan una frustración en las relaciones humanas que propician el acoso moral. Se analizan los ingresos, la salud y los conocimientos de los miembros activos y no activos de las empresas familiares estudiadas siendo peores los de las mujeres que las de los varones. Estas tres variables se matizan con los marcos teóricos de Amartya Sen de los programas de de las Naciones Unidas (se analizan las dotaciones, realizaciones, capacidades, funcionamiento, calidad de vida, derechos humanos, libertad humana) estando las mujeres peor posicionadas que los varones; se detecta el techo de cristal en los casos de estudio analizados. Es frecuente el acoso moral como forma de relación empresarial-familiar. No existen mecanismos de amparo ante esta situación.

Conclusiones: Se concluye que las empresas familiares no son sino el fiel reflejo de la cultura local de los pueblos donde se ubican. Los valores tradicionales imperan sobre los posmodernos. Los cambios entre los elementos materiales (tecnología...) y los ideativos (mentalidad...) no van al unísono y es necesario crear mecanismos que cuiden y protejan los derechos de las mujeres para que su desarrollo humano se equipare al de los varones de su empresa familiar. La familia nuclear patriarcal tiene el riesgo de minusvalorar parte de su capital social, fundamentalmente de las mujeres de su empresa familiar. Las mujeres no pueden hacer valer todo su potencial si no se las ampara legalmente ya que no tienen forma de acabar con el techo de cristal que se encuentran en la agroindustria en general y en la familiar en particular.

PÓSTERES VII

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

Gestión en salud pública: estudios y experiencias

P-091. MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

M. Ballestín, J.R. Villalbí, C. Casas, J. Durán, T. Subirana, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La introducción de políticas de calidad en los servicios sanitarios y los servicios públicos es una herramienta de mejora utilizada ampliamente. En esta comunicación se presentan los esfuerzos de mejora de la calidad desarrollados desde una organización de salud pública y se discuten los progresos realizados y las dificultades encontradas.

Métodos: Se presenta la cronología de las acciones de desarrollo de la política de calidad realizadas desde su adopción, a lo largo de cuatro años. Se describen las distintas tipologías de acciones emprendidas y su relación. Se valoran los indicios de impacto real en las diversas dependencias.

Resultados: Dada la complejidad y heterogeneidad de la organización, se pusieron en marcha un repertorio de acciones orientadas a la mejora de la calidad mediante el análisis de procesos y la formulación de acciones de mejora, la procedimentación de actividades, el conocimiento de la opinión de los clientes, la creación de grupos de mejora, y la auditoría y/o acreditación externa. Diversos segmentos de la organización han mostrado distinta sensibilidad y respuesta a estas iniciativas. Procedimentar ayuda a conseguir mejoras operativas, pero no todas las dependencias lo hacen en igual medida. Los esfuerzos basados en el desarrollo de grupos de mejora y la realización y utilización de encuestas a clientes de un servicio muestran su capacidad de cambio, pero tienen tendencia a ser puntuales y plantean dificultades para implantarse sistemáticamente en el conjunto de la organización. La auditoría y/o acreditación externa de los servicios se revela como una herramienta poderosa. La obtención y ampliación de la acreditación ISO 17025 por el laboratorio y la certificación ISO 9001 por los servicios de control alimentario y los de salubridad ha comportado cambios positivos en su organización y funcionamiento, que se demuestran sostenibles y impulsan la mejora continua.

Conclusiones: Una estrategia inicial de implantación difusa de acciones de mejora de la calidad contribuye a extender el concepto e introducir innovaciones en diversos segmentos de la organización. Sin embargo, sin un esfuerzo integral organizado estas se ven limitadas. La auditoría o la acreditación externa de los servicios parecen ser palancas eficaces de cambio. Esperamos poder incorporar esta estrategia en nuestro modelo de gestión mediante una evaluación EFQM, manteniendo la ISO 17025 en el laboratorio, y el mantenimiento y ampliación de la ISO 9001 de los diversos servicios de inspección, vigilancia y control, así como en otras áreas de la organización.

P-092. PLAN PROVINCIAL DE ALERTA ANTE EL AUMENTO DE LA MORBILIDAD RESPIRATORIA ESTACIONAL CAUSADO POR EL POLEN DEL OLIVO

L. Muñoz, I. Sillero, R. Rubio, I. Ortega, M.L. Gómez, M. Cubero, J. Murcia, L.C. López, et al

Delegación Prov. Salud Jaén; Distritos Jaén y Jaén Nordeste; Complejo Hospitalario Jaén.

Antecedentes/Objetivos: El desarrollo de III Plan Andaluz de Salud (2004-08) exigió la adopción de medidas concretas, adaptadas a las necesidades de salud de cada provincia, incorporando los principios de intersectorialidad y participación. Después de un análisis de la situación, se identificaron y priorizaron una serie de problemas de salud, con sus objetivos y estrategias, integrando los planes convergentes existentes.

Métodos: Se constituyeron grupos de trabajo que actuaron como informadores clave para analizar la situación de salud de Jaén y la identificación de problemas. Posteriormente se priorizaron a través de un cuestionario valorando criterios de importancia y factibilidad, eligiéndose 13 problemas de salud. El nº 11 se centró en la morbilidad relacionada con las enfermedades respiratorias, que abordaba la elaboración de dicho Plan. Una comisión provincial con 20 parti-

cipantes: especialistas de A. especializada, At. Primaria, gestores sanitarios, asociaciones, Universidad, epidemiólogos, Salud Responde y EPES, lo elaboró. Población diana: Jaén, con 664.742 hab. y el 78% de su superficie dedicada al cultivo del olivo. La prevalencia estimada del asma infantil es de 10.904 personas y de adulto, 27.347 personas.

Resultados: El Plan Provincial define los elementos básicos de acción en cinco capítulos: Vigilancia medioambiental, para conocer los niveles de polen en la provincia durante la temporada polínica y difundir la información a los sectores implicados. Vigilancia epidemiológica, que analiza la incidencia y prevalencia de los pacientes alérgicos al polen y la carga asistencial que se genera. Información a la población general y de grupos de riesgo de la información medioambiental y de las medidas preventivas. Formación en autocuidados, para que los pacientes conozcan las medidas de prevención, el manejo de su enfermedad y medicación. Formación de los profesionales en asma polínica y otras patologías de etiología común. Este Plan ha conseguido conocer el inicio y fin de la temporada polínica y los niveles de polen, datos sobre gasto farmacéutico, ingresos hospitalarios y mortalidad por asma, se han publicado folletos informativos con medidas preventivas y calendario polínico, y, a través de Salud Responde, envío de SMS a la población de riesgo. Se han impartido talleres en colegios a padres de niños alérgicos y a profesionales de Educación.

Conclusiones: Hemos abordado un problema sanitario de alto impacto en nuestra provincia, por medio de un instrumento que ha profundizado en el conocimiento de datos ambientales y asistenciales y ha logrado la difusión de información, así como la formación de profesionales.

P-093. PROYECTO DE MEJORA DE GESTIÓN EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA (DXSP) DE GALICIA

E. Fernández Nogueira, J.A. Aboal Viñas, J. González Zaera, J.A. Viñuela Rodríguez, E. Lado Lema, I. Conde Diéguez, R. Vizoso Villares, M. Pereiras López, C. Fernández Abreu, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; Applica asociados S.L.

Antecedentes/Objetivos: en 1995 y 2002 se realizaron en la DXSP dos autoevaluaciones con el modelo EFQM. Siguiendo esta línea se realizó en 2007 otra autoevaluación y, con el objetivo de avanzar en la calidad de la gestión, se elaboró un nuevo Plan de Mejora.

Métodos: se realizó una autoevaluación, con el equipo directivo, dentro del programa piloto de implantación del modelo "Directrices de calidad de gestión" de la Xunta de Galicia, adaptación EFQM a la administración pública que permite realizar el proceso de autoevaluación en 8 horas y la elección de los proyectos de mejora en otras 4 horas. En este modelo se pasa de "qué hay que hacer" a decir "cómo hay que hacerlo". Para la construcción de los proyectos incluidos en el Plan se utilizaron los parámetros de la ISO 10.006:2003 "directrices para la gestión de la calidad en los proyectos". El control del plan de mejora fue asignado a la subdirección general de organización, evaluación y calidad de la DXSP.

Resultados: Se determinaron 92 acciones priorizadas en 9 oportunidades de mejora. Se agruparon en cinco proyectos para implantar en 2007-08: "Desarrollo del proceso estratégico", "compromisos con clientes-usuarios", "mejora de la gestión de proyectos", "mejora de la gestión por procesos" y "medición del clima laboral". Se definen 2 años como período óptimo para alcanzar los objetivos y plantearse una nueva autoevaluación. La dirección de los proyectos fue voluntariamente asumida por personal de la dirección. Excepto un proyecto suspendido por motivos informáticos, el resto están en fase de implantación o concluidos, siguiendo las acciones, las tareas y el cronograma de sus memorias. Su ejecución generó la puesta

en marcha de 7 proyectos de mejora más. Se realizaron reuniones de seguimiento periódicas (mensuales) con los responsables de los distintos proyectos para identificar problemas y establecer acciones correctoras.

Conclusiones: La herramienta utilizada facilita las autoevaluaciones periódicas y permite una rápida identificación de proyectos. El número de proyectos se ha considerado adecuado teniendo en cuenta la carga de trabajo de la DXSP. El período de 2 años permite proyectos a corto plazo que produzcan productos que ayuden a la organización a implantar nuevas acciones. Los resultados obtenidos con la aplicación de técnicas de mejora de gestión refuerzan el compromiso con la gestión de calidad de la DXSP, basada en los principios de orientación a los resultados, orientación al usuario, gestión por procesos, implicación del personal, mejora continua, responsabilidad social y de gestión con mediciones.

P-094. LA CAJA ROJA DE GRIPE AVIAR. VIGILANCIA CONTINUADA ANTE UNA POSIBLE PANDEMIA DE GRIPE AVIAR

J.J. Fornovi Vives, R. Bonillo Navarro, et al

Distrito A P Almería.

Antecedentes/Objetivos: Ante la Alerta pandémica, Fase 3, de Gripe Aviar, la Consejería de Salud puso en marcha en 2006 una intervención a efectos de que todos los servicios asistenciales estuvieran preparados para afrontar la situación. El Distrito Almería inició un Proceso de información e implantación de la Vigilancia continuada al respecto a través de la Caja Roja de Gripe Aviar para: a) Informar de la situación a los profesionales sanitarios. b) Ofertar una Caja Roja de referencia que contuviera toda la información y materiales de protección. c) Mantener actualizada la información. d) Mantener completa la Caja Roja. e) Recordar periódicamente la situación. f) Monitorizar por auditorías todo el desarrollo.

Métodos: 02-03/2006: Presentación del Plan y el Protocolo en Sesiones clínicas. 1ª a Directores y Adjuntos. Luego a los profesionales sanitarios, centro por centro. Envío a cada Centro y Urgencias de una Caja Roja de Gripe Aviar conteniendo toda la información y materiales de prevención. 07/2006: 1ª Auditoría telefónica recogiendo la información expuesta en resultados. 04/2007: Recordatorio para mantener la Vigilancia Activa y envío de Actualización protocolo. 05/2008: 2ª Auditoría: igual que en la primera más control caducidad solución alcohólica. Envío de etiquetas adhesivas para incorporar a los kits que contienen líquido desinfectante: AVISO.

Resultados: a) Todos con información y Caja Roja actualizada (100%). b) Una Caja Roja incompleta (5%). c) Tiempos de menos de 3 min en localizar a responsable (90%) y d) Conocimiento de la existencia de la Caja Roja y su localización: 1ª Auditoría (100%); 2ª Auditoría: (95%). e) Tardanza en acudir a Caja Roja y decir el contenido: 1ª audit.: en menos de 5 minutos (80%)...; 2ª audit.: en dos casos no hubo colaboración diciendo que la persona responsable estaba ocupada en consulta (10%). f) Protocolos actualizados: 90%; con primer protocolo (10%). g) No resultados fiables en tres DD.CC.UU.

Conclusiones: a) Satisfechos de la implantación del Plan, con altos porcentajes cumplidos, detectándose deficiencias que han permitido adoptar medidas correctoras. b) No se pueden comparar las auditorías porque las personas contactadas son distintas. Cada auditoría, de forma independiente, ayuda a cumplir objetivos. Ante un Plan que puede durar un tiempo largo, se recomienda: seguir este Programa de manera periódica sin dejar a ninguna unidad fuera de la intervención (algún DCCUU). a) Actualización de la información y los Protocolos. b) Mantener capacidad en la rapidez de respuesta. c) Caja Roja completa siempre. d) Controlar la caducidad de los productos y materiales. e) Recordar que sigue vigente la intervención. f) Mantener realismo aun siendo auditoría, entendiendo que hay que intervenir prioritariamente en una situación de alerta frente a otras cuestiones.

P-095. ¿POR QUÉ LO LLAMAN PROMOCIÓN CUANDO QUIEREN DECIR ASISTENCIA?

M. Cortés Majó, R. Sillero Sánchez, S. Sicre Alonso, et al

Distrito Sanitario Sevilla. SAS. Consejería de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El SAS hace años que está promocionando el desarrollo de la organización sanitaria a través de Unidades de Gestión Clínica (UGC), de forma que este modelo impulse la mejora de la calidad de la atención sanitaria. Bajo la filosofía de Gestión Clínica se abordan de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación. La mayor autonomía organizativa y responsabilidad de las UGC en la gestión de los recursos son algunas de sus características. Entre los principales instrumentos de la gestión clínica está el conocimiento estructurado de los problemas y necesidades de salud de la población atendida. En este sentido el Contrato Programa (CP) 2005-08 propone la realización de análisis epidemiológicos a nivel tanto de Distrito Sanitario (DS) como de las UGC, para conocer la situación de salud y proponer medidas correctoras desde la propia UGC y/o Distrito, así como desarrollar actividades, investigación, en materia de prevención de la enfermedad, protección y promoción de la salud. Este es el marco en el que se está desarrollando esta línea de trabajo. En Andalucía, en los DS, existe un cuerpo de técnicos de salud: educación para la salud, epidemiología y programas, medicamento y sanidad ambiental. Igual que el CP 2005-08 incorpora un área de prevención y promoción, las UGC la incorporan en sus Acuerdos de Gestión Clínica (AGC) con el DS, entre sus objetivos vinculados al logro de incentivos, lo que representa una cuantía no despreciable. El propósito del trabajo es analizar los objetivos vinculados a incentivos correspondientes a los AGC de 2008 de las 31 UGC del DS Sevilla, en el grupo correspondiente a prevención, promoción y protección de la salud.

Métodos: Análisis descriptivo de la información recogida en los AGC, clasificando los objetivos en claramente, algo y nada relacionados.

Resultados: En 8 UGC es obligatorio la realización del análisis epidemiológico, al ser la primera vez que se incorporan a este modelo de gestión clínica. En estas UGC los resultados son: 69% de objetivos relacionados, 6% alguna relación y 25% nada relacionados. En las otras 23 UGC los resultados son: 41% relacionados, 19% alguna relación y 39% nada relacionados.

Conclusiones: El análisis muestra que aun existiendo un apartado específico de objetivos de prevención de la enfermedad, promoción y protección de la salud, el contenido de los mismos sigue siendo en gran parte puramente asistencial. Trabajar con los profesionales asistenciales en estas áreas resulta difícil, tanto por la escasa formación en este campo, como por la reducida presencia de los técnicos y de la propia organización sanitaria en la gestión de las UGC, en sus acuerdos de gestión y en el establecimiento de propuestas correctoras ante determinados problemas de salud detectados.

P-096. MODELO DE GESTIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD PÚBLICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Martínez Tortosa, P. Espejo Guerrero, S. Vallejo Godoy, A. Abad Ros, E. Conejero Belmonte, C. Gómez Valenzuela, et al

Distrito Poniente de Almería.

Antecedentes/Objetivos: El Decreto 197/2007 de 3 de julio por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del SAS contempla la creación del Servicio de Salud Pública cuyas funciones son las de gestión y evaluación epidemiológicas de salud de la población, la protección de la salud Alimentaria y Ambiental y los programas de prevención y promoción de la salud. En nuestro distrito el Servicio se constituyó en Marzo de 2008, formado por la Unidad de Seguridad

Alimentaria y Sanidad Ambiental, Epidemiología, Educación para la salud, y los apoyos técnicos del PITA (plan integral de tabaquismo de Andalucía), Unidad de tuberculosis y la Unidad de Apoyo a la Investigación. A continuación se presenta la organización y los resultados preliminares de modelo organizativo en su primer año de funcionamiento.

Métodos: A principios de 2008 se redactó el Documento Aproximación a un Nuevo Modelo de SALUD PÚBLICA en el que se fijaron la estructura, organización, componentes y funciones del equipo de Salud Pública y se diseñaron las siguientes 5 líneas estratégicas de trabajo: Promoción de la alimentación saludable y del ejercicio físico, Intoxicación por plaguicidas, Brotes, TIAs y enfermedades transmisibles, Tabaquismo, Uso y mantenimiento de piscinas. En todas se plantearon unos indicadores de resultado para evaluar el grado de implantación de las diferentes intervenciones.

Resultados: 20 sesiones informativas en los diferentes CS a cargo del personal de epidemiología, equipo de tuberculosis y personal de ambiental. Elaboración de material informativo/formativo (trípticos, cartelería). Elaboración de boletines para devolver la información epidemiológica y ambiental. Diferentes reuniones con microbiología del hospital de referencia para coordinar las declaraciones e identificar de manera conjunta áreas de mejora. Indicadores desagregados por centros o unidades de gestión clínica. Realización de varias jornadas de promoción de hábitos saludables. Grupos de deshabituación tabáquica con mujeres en zonas de transformación social. Control y mantenimiento de piscinas y cursos de formación.

Conclusiones: El trabajo en equipos multidisciplinares y de forma coordinada en salud pública es una herramienta muy valiosa para mejorar los niveles de salud poblacionales. Sería necesario potenciar esta línea de actuaciones ampliando los Acuerdos de Gestión a los servicios de Salud Pública en Atención primaria en Andalucía.

P-097. COMPETENCIAS PROFESIONALES EN SALUD PÚBLICA DESDE LA PERSPECTIVA DE QUIENES TRABAJAN EN ELLA

J.A. Gata Díaz, M. Rodríguez Rodríguez, M. Ruíz Fernández, et al
Distrito Sanitario Jaén; Servicio de Promoción de Salud. Consejería de Salud; Distrito Sanitario Jerez Costa Nordeste.

Antecedentes/Objetivos: El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) ha optado por el modelo de gestión por competencias que cuenta ya con un desarrollo avanzado en el ámbito asistencial y que deberá extenderse al ámbito de la Salud Pública. En Salud Pública, los repertorios de competencias son escasos en la literatura. No se conoce cuales son las opiniones de los profesionales sobre cuáles deberían ser sus competencias. El objetivo del estudio es conocer las competencias más relevantes para los profesionales de Salud Pública.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal mediante cuestionario autocumplimentado consistente en un listado de competencias, basado en la bibliografía, y una escala de 3 niveles: No Deseable, Deseable o Imprescindible. Previamente los encuestados tuvieron una formación estandarizada sobre competencias profesionales. Se encuestaron 558 profesionales de Salud Pública del SSPA de 9 profesiones. Las respuestas se clasificaron según el grado de acuerdo en: alto grado de acuerdo (AGA) (seleccionadas por más del 65%) y mayoría (M) (la más votada aunque fuera menos del 65%). Mediante los coeficientes de variación se evaluó el grado de consenso para cada tipo de competencias.

Resultados: De las 109 competencias del listado seleccionaron 107. El mayor acuerdo se obtuvo en las habilidades imprescindibles (cv 0,27) y la mayor discrepancia en las actitudes no deseables (cv 0,82). Las competencias con AGA fueron: Conocimientos: Conoce las prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, Sabe aplicar los criterios establecidos para la acreditación de los servicios y activida-

des sanitarias, y Sabe analizar la situación de salud de la comunidad manejando información epidemiológica, demográfica y socioeconómica. Habilidades: Manejo de adopción de medidas cautelares y trascendencia de las mismas, Manejo de informática, nivel usuario, Capacidad para tomar decisiones, Entender y valorar los aspectos éticos y legales relacionados con la confidencialidad, protección de datos y de información y Capacidad de trabajo en equipo. Actitudes: Responsabilidad, Actitud colaboradora, cooperadora, Actitud de aprendizaje y mejora continua, Actuar como un miembro efectivo del equipo, Capacidad resolutoria, Discreción, Honestidad, Respeto de los derechos de los pacientes, Respeto y valoración del trabajo de los demás, Sensatez y Sinceridad.

Conclusiones: Quienes trabajan en Salud Pública identifican claramente las competencias que les corresponden, coincidiendo con la bibliografía, con mayor acuerdo para las nucleares (actitudes) que para las específicas (conocimientos y habilidades).

P-098. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD AMBIENTAL. SIGSA

R. García Hernández, S. López Sánchez, M. García Hita, et al
Distrito Sanitario Jaén Norte; Consejería de Salud; Complejo Hospitalario Jaén.

Antecedentes/Objetivos: La diversidad de contenidos e intersectorialidad propias de la intervención administrativa en el campo de Sanidad Ambiental conduce a una producción importante de información cuya gestión se complica por la diversidad de agentes implicados en su obtención, almacenamiento y explotación, integrados en la administración sanitaria de Andalucía, en unidades locales de Distritos Sanitarios, Delegaciones Provinciales y Servicios Centrales de Consejería de Salud y SAS. Además del crecimiento del volumen de la información, las interrelaciones entre las fuentes territoriales y su diversidad temática nos lleva hacia una optimización de los procesos actuales de captura y gestión de los datos generados por las actuaciones de Salud Ambiental. El objetivo que se persigue es triple, primero crear un Sistema de Información y Gestión centralizando en un entorno de trabajo único adaptado al perfil profesional, con toda información generada por las redes de vigilancia de Salud Ambiental y por las inspecciones de oficio o a demanda. Segundo crear un espacio virtual para la comunicación e intercambio de información técnica y actualizada entre los profesionales sanitarios.

Métodos: Creación de un Portal Web accesible desde cualquier punto de la Red Corporativa de la Junta de Andalucía dividido en dos bloques. 1. Aplicaciones ambientales: aguas de consumo humano, establecimientos y servicios biocidas, prevención de legionelosis, productos químicos, fauna, etc 2. Utilidades orientadas a mejorar la comunicación: noticias, mensajería, zona de descargas, enlaces de interés... El desarrollo del Portal cuenta de varias fases: propuesta pormenorizada de la Consejería (creación de grupos de trabajo especializados para cada módulo, con profesionales que intervienen de distintos ámbitos, Inspectores, Técnicos de Salud y Delegaciones Provinciales y Técnicos de Consejería), diseño interactivo, aprobación de requerimientos, puesta en preproducción y pilotaje y finalmente su puesta en producción.

Resultados: Se trabaja en tiempo real, esto permite que la información introducida en el sistema esté disponible para los distintos niveles organizativos de forma inmediata, lo cual permite mejorar los tiempos de respuesta. Durante noviembre se subirá a producción los módulos de Aguas de Consumo y Fauna y las utilidades de Mensajería, Noticias, Enlaces y Directorio. En preproducción contamos con Prevención de Legionella, en diseño estamos trabajando con Establecimientos y Servicios Biocidas y a primeros de año con Productos Químicos.

Conclusiones: Los módulos actualmente disponibles en diseño y preproducción demuestran las bondades del sistema en compa-

ración con la metodología de trabajo actual, especialmente en la consecución de los objetivos de unificación, integración y automatización.

P-099. ¿CUÁLES SON LOS ELEMENTOS QUE DEFINEN UNA CRISIS DE SALUD PÚBLICA? UN ESTUDIO DE CONSENSO DELPHI

R. Díaz Sarmiento, D. Herrera Guibert, et al

Universidad Complutense de Madrid; Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Existe controversia sobre qué es una crisis de salud pública. El objetivo de este trabajo es identificar los elementos que las definen, sus factores generadores y sus formas de presentación, a partir del consenso de un grupo de expertos relacionados con la salud pública.

Métodos: Se realizó un estudio de consenso Delphi a partir de los elementos identificados en la literatura médica. Dos rondas fueron realizadas. Se definió consenso al alcanzar, cada uno de los elementos evaluados, un percentil de 60 mínimo de 4 y un rango intercuartílico relativo de máximo de 0,35, en la segunda ronda del estudio.

Resultados: El 86% de los expertos invitados por regiones de España, aceptó participar en el estudio. Seis de los 10 elementos propuestos como definitorios de crisis en salud pública alcanzaron consenso. De los 8 factores generadores de crisis de salud pública propuestos, sólo 3 alcanzaron consenso. A partir de los hallazgos del estudio, se definió que: "En el contexto de España, una crisis de salud pública es una situación aguda, potencial o real, con alto grado de inestabilidad e incertidumbre para el sistema sanitario y la población, en la que se requieren decisiones rápidas, y en la que existe una importante probabilidad de tener o haber tenido resultados muy negativos para el bienestar, la salud o la vida de las personas, relacionada con agentes biológicos, químicos o radiactivos, la gestión sanitaria, la práctica asistencial y la comunicación en salud pública". Se propone una herramienta de declaración de las crisis de salud pública, para las situaciones que cumplan los parámetros consensuados.

Conclusiones: Fue difícil alcanzar consenso para definir crisis de salud pública, la definición elaborada, desde un punto de vista cualitativo, puede apoyar la gestión de las crisis de salud pública, antes, durante y después de su aparición y el desarrollo futuro de indicadores para su declaración. Se recomienda utilizar la herramienta propuesta, como referente académico para la declaración de las verdaderas situaciones de crisis de salud pública.

Financiación. Programa AlBan.

P-100. DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA PARA EL DISEÑO Y EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN EUROPA

J.M. Martín Moreno, A. Fernández Giménez, E. García López, M. Harris, L. Gorgojo Jiménez, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universitat de València; CRO-EPISPMED; Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, EVES; Sanidad Exterior. Delegación del Gobierno en la C.A. Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Las funciones esenciales de la salud pública (FESP) han sido definidas como el conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central de salud pública: mejorar la salud de las poblaciones. El proceso de definición de dichas operaciones resulta básico para su correcta interpretación, de cara a la auto-evaluación y mejora de los Servicios de Salud Pública. La articulación de una herramienta informática puede facilitar su aplicación. En este trabajo se presenta la concepción y desarrollo de dicha herramienta, que se

plantea como objetivo el proporcionar un instrumento que tenga como correlato un marco conceptual y sistemático para facilitar el diseño y evaluación de los servicios de Salud Pública, y para identificar el espacio de mejora entre la situación actual de los Servicios de Salud Pública y la que cabría esperar.

Métodos: Partiendo del trabajo del "Working Group on Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe" promovido por la Oficina Regional de la OMS para Europa (y del que el primer autor de esta comunicación forma parte), y tomando como punto de partida las FESP, se adaptaron dichas funciones y se desplegaron los conceptos operativos para homogeneizar su interpretación.

Resultados: En cada una de esas funciones u operaciones, se ofrece espacio para identificar fortalezas, debilidades y espacios de mejora, y estos últimos se estratifican de acuerdo con los "framework functions" de la OMS: provisión de servicios, generación de recursos, financiación y rectoría (stewardship). La aplicación informática diseñada permite la auto-evaluación de cada una de las funciones esenciales en sus diferentes ítems, de forma organizada por secciones generando un informe de estado (numérica y gráfica), e identificando acciones necesarias para mejora. En el momento actual se están llevando a cabo estudios-piloto, con adaptaciones según retos específicos de países.

Conclusiones: Durante el Congreso podrán presentarse resultados preliminares de las etapas en el diseño-implantación, que se están desarrollando, y que incluyen: Definición de las funciones/operaciones esenciales de Salud Pública en nuestro contexto, compatibles con la concepción de "Health Systems" de la OMS-Europa; Definición de la subsecciones y elementos-clave dentro de cada una de dichas funciones; Desarrollo informático y estudios piloto en diferentes países; Estimaciones del impacto de la utilización de esta herramienta en los sistemas sanitarios estudiados.

Financiación. Este estudio y la herramienta desarrollada se están llevando a cabo con el apoyo la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud.

PÓSTERES VIII

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

Investigación en Servicios de Salud (I)

P-101. ¿HACIA UNA MEDICINA DEFENSIVA? PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

A. Sánchez Zafra, P. Martín Moreno, A. Bueno Cavanillas, J. Sánchez López, et al

Hospital Ruiz de Alda; Departamento de Medicina Preventiva UGR; C.S. Almanjayar Granada.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la frecuencia y características de las pruebas complementarias (PC) realizadas en nuestro servicio de urgencias (SUH) y explorar los factores asociados a las mismas.

Métodos: Estudio descriptivo de una muestra aleatoria obtenida de la totalidad de las urgencias atendidas en un año. Muestreo: estratificado por semanas (112) y día de la semana (2000 al 2004). Se excluyeron menores de 14 años y las patologías ajenas a nuestro servicio (gineco-obstétricas, pediátricas y traumatológicas). Cuando se solicitó alguna PC, el equipo investigador interrogó al médico solicitante sobre si esperaba resultado patológico de la misma. Según el resultado se clasificó la prueba como patológica o no.

Resultados: La muestra obtenida fue de 6.257 asistencias. Al 40% no se realizó PC alguna. Para el total de pacientes la media de PC reali-

zadas fue de 2. Las PC más utilizadas fueron: hemograma, bioquímica y radiología simple. Sólo para el 24,4% de las PC solicitadas se esperaba un resultado patológico, alcanzando mínimos para las enzimas miocárdicas (16%), Rx (20%), coagulación (16%) y bioquímica (10%). Hubo diferencias significativas en el porcentaje de resultados esperados patológicos al comparar MIR vs staff para: EKG (24 vs 35%; $p = 0,001$), hemograma /bioquímica (22 vs 33%; $p = 0,002$), bioquímica (23 vs 31%; $p = 0,005$), Rx (17 vs 25%; $p = 0,001$) y enzimas (6 vs 23%; $p = 0,002$). El 20,6% de las PC solicitadas fueron patológicas, alcanzando también diferencias significativas entre MIR vs staff para: EKG (11 vs 25%; $p = 0,009$), bioquímica (9,6 vs 15%; $p = 0,046$), Rx (6,8 vs 12%; $p = 0,048$), enzimas (5 vs 14%; $p = 0,02$) y ecografía (44 vs 63%; $p = 0,042$). El 84,6% de las PC que se esperaban patológicas lo eran realmente. Al estratificar las PC y médico, obtuvimos mayor VPN del staff para sedimento urinario, hemograma, coagulación y gasometría; así como mayor VPP para hemograma, bioquímica y ecografía. Encontramos asociación estadística entre el nº de PC solicitadas y banalidad o no de la urgencia, tipo de derivación, circuito en el SUH, edad y sexo.

Conclusiones: La intensidad diagnóstica en nuestro SUH es similar a otros con población de referencia parecida. Dicha intensidad se ha incrementado significativamente en los años de seguimiento; es superior cuando es el MIR el que atiende la "urgencia", destacando su mayor grado de medicina defensiva, su menor rendimiento diagnóstico, su menor VPN y VPP. Habría que ampliar estudios que evalúen el coste / beneficio del MIR en los SUH y la evolución de las solicitudes de PC en los SUH.

P-102. ÁRBOLES DE DECISIÓN DE INDICACIÓN APROPIADA PARA LA INTERVENCIÓN DE CADERA BASADOS EN LOS CAMBIOS DE CALIDAD DE VIDA

A. Bilbao, J.M. Quintana, A. Escobar, I. Lafuente, I. Arostegui, M. Orive, J. Martín, E. Arteta, K. Vrotsou, et al

Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF)-CIBERESP. Bizkaia; Hospital de Galdakao-Usansolo-CIBERESP. Bizkaia; Hospital de Basurto-CIBERESP. Bizkaia; Universidad del País Vasco (UPV/EHU)-CIBERESP. Bizkaia.

Antecedentes/Objetivos: Desarrollar un árbol de decisión basado en resultados de calidad de vida para determinar la indicación apropiada de la intervención de prótesis de cadera en pacientes con osteoartritis de cadera.

Métodos: Estudio prospectivo observacional en dos cohortes independientes, derivación ($n = 590$) y validación ($n = 339$). Además de recoger variables sociodemográficas y clínicas, los pacientes completaron el cuestionario Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) antes de la intervención y 6 meses después. A partir de la cohorte de derivación, se realizaron análisis univariantes mediante el modelo lineal general para identificar las posibles variables predictoras del cambio producido tanto en el dominio de dolor como en el de limitación funcional del WOMAC a los 6 meses de la intervención. Considerando estas variables predictoras, se utilizó el análisis CART (Classification and Regression Trees) para desarrollar los árboles de decisión de indicación apropiada. Se desarrolló un árbol de decisión considerando como variable dependiente el cambio en dolor, y otro para el cambio en limitación funcional. Finalmente, los árboles fueron validados en la cohorte de validación. Para la interpretación de los árboles se establecieron puntos de corte para una ganancia apropiada en calidad de vida, basándonos en resultados de la diferencia mínima clínicamente importante de estudios previos. Se consideró una indicación apropiada si la ganancia era mayor o igual a 30 puntos para dolor y de 25 para limitación funcional.

Resultados: Las principales variables predictoras del cambio en los dominios de dolor y limitación funcional del WOMAC fueron el dolor

y la limitación funcional preintervención y la adecuación del tratamiento previo. El análisis CART para el dominio de dolor mostró que la ganancia era superior a 30 puntos para valores preintervención de dolor superiores a 40 puntos. En el caso de la limitación funcional, se observaron ganancias clínicamente relevantes para valores preintervención de limitación funcional superiores a 60 o entre 40-60 acompañados de niveles de dolor superiores a 40. Los resultados en la cohorte de validación fueron similares.

Conclusiones: Árboles de decisión sencillos basados en resultados de calidad de vida pueden ayudarnos a determinar la aplicación apropiada de prótesis de cadera. Estos árboles también pueden ser útiles para la evaluación de la práctica clínica y el control de calidad.

Financiación. FIS, Red IRYSS (G03/202), Dpto. Sanidad Gobierno Vasco.

P-103. RELACIÓN ENTRE EL USO APROPIADO Y CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN EN LA CIRUGÍA DE CATARATA

C. Las Hayas, N. González, U. Aguirre, J.A. Blasco, E. Perea, A. Escobar, J.M. Quintana, M. Baré, et al

CIBERESP (CIBER Epidemiología y Salud Pública); Osakidetza. Hospital Galdakao-Usansolo; Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo; Osakidetza. Hospital Basurto; Corporación Sanitaria Parc Taulí; The IRYSS-Cataract group.

Antecedentes/Objetivos: La cirugía de catarata mediante facoemulsificación se ha convertido en la intervención más común y efectiva para mejorar la visión de los individuos que sufren esta patología. Las largas listas de espera generadas se han convertido en un problema para algunos sistemas nacionales de salud, por las consecuencias que entraña tanto para los propios pacientes como para sus cuidadores y los profesionales sanitarios. El objetivo de este estudio consistía en la comparación de dos sistemas de gestión de pacientes en lista de espera, uno basado en criterios de uso apropiado y otro en criterios de priorización.

Métodos: Los criterios de uso apropiado y priorización recientemente creados fueron aplicados en una muestra de 5448 pacientes que habían sido previamente incluidos de manera consecutiva en lista de espera para cirugía de catarata. Mediante el modelo lineal general, se asignaron puntuaciones a las diferentes categorías de uso apropiado y priorización. La relación entre ambos sistemas fue analizada mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Además, se empleó el test ANOVA para comparar las puntuaciones medias de ambos sistemas de clasificación de pacientes.

Resultados: El modelo lineal general generó puntuaciones muy similares para el sistema de uso apropiado y el de priorización. Ambos sistemas mostraron buena capacidad de discriminación entre categorías, es decir, el sistema de uso apropiado, por ejemplo, discriminaba entre las cuatro categorías de dicha variable (necesario, apropiado, dudoso e inapropiado). Aunque existían diferencias en cuatro variables (dependencia social, lateralidad, uso apropiado y complejidad técnica), la correlación entre las puntuaciones fue muy alta ($r = 0,93$). A mayor prioridad, se detectaron mayores puntuaciones de uso apropiado, y viceversa ($p < 0,001$).

Conclusiones: El nuevo sistema de clasificación del uso apropiado presenta una importante correlación con el sistema de puntuación de la prioridad. A diferencia de otros sistemas de priorización, el nuestro tiene en cuenta el uso apropiado de la indicación de la cirugía como un criterio para priorizar a los pacientes, y elimina de las listas de espera a los clasificados como inapropiados. Este sistema de uso apropiado podría servir como una herramienta que permitiría evaluar de forma simultánea el uso apropiado y la prioridad de la cirugía de catarata.

Financiación. PI03/0550, 200311045, G03/202.

P-104. DIFERENCIAS ENTRE DOS SISTEMAS DE PRIORIZACIÓN DE PACIENTES CON CATARATAS CREADOS EN ESPAÑA Y CANADÁ

C. Las Hayas, J.M. Quintana, K. Vrotsou, A. Escobar, N. González, S. García, I. Lafuente, I. Arostegui, M. Orive, et al

Unidad Investigación, Hospital Galdakao-Usansolo - CIBER Epidemiología y Salud Pública, España; Unidad Investigación, Hospital Basurto - CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La cirugía de la catarata es en la actualidad la intervención quirúrgica más frecuente en los países desarrollados. Esto es debido a la alta prevalencia de la enfermedad, a la mayor longevidad de la población y al desarrollo de técnicas quirúrgicas eficaces para su extracción. La prescripción de extracción de cataratas es muy frecuente, lo que genera largas listas de espera en los hospitales públicos. Para gestionar de forma más eficaz estas listas de espera, la salud pública ha apostado por crear un sistema de priorización basado tanto en variables clínicas como sociales, que ayude a detectar y priorizar aquellos casos donde la intervención es más urgente o necesaria. **Objetivos:** Comparar, examinando diferencias y similitudes, los sistemas de priorización creados en España y Canadá nacidos de diferentes metodologías y en diferentes culturas.

Métodos: Los sistemas de priorización a comparar son el español IRYSS y el canadiense Western Canadian Waiting List system (WCWL). El sistema IRYSS fue desarrollado siguiendo la metodología RAND - UCLA que combina la evidencia científica con la opinión de expertos. Consta de 6 criterios, con diferentes alternativas de respuesta, cada una con un peso, derivados a partir del Modelo Lineal General. Por su parte el WCWL fue desarrollado empleando un panel de expertos y partiendo de un sistema de priorización ya creado en Nueva Zelanda. Consta de 7 criterios y alternativas de respuesta, cuyos pesos fueron derivados a partir de análisis de regresión. Mediante tablas de contingencia se compararon los criterios de cada sistema que eran más equivalentes y tenían un mayor peso en su conjunto. Los pacientes fueron reclutados de 5 Hospitales de Álava y Vizcaya. Sus oftalmólogos completaron el sistema IRYSS y partiendo de sus respuestas derivamos la puntuación en el sistema canadiense WCWL.

Resultados: Un total de 1723 pacientes obtuvieron sus respectivas puntuaciones en cada uno de los sistemas de priorización. Comparando la distribución de pacientes en los dos criterios "Agudeza visual" y "Función visual" el IRYSS otorgaba más puntos que el WCWL al 96,7% y al 62,2% de la muestra respectivamente.

Conclusiones: El sistema IRYSS clasifica a los pacientes como de mayor gravedad, y se diferencia del WCWL en la distribución de sus pesos. Mientras que en 'agudeza visual' un paciente según el IRYSS puede llegar a obtener hasta 48 puntos, según el WCWL la peor agudeza visual obtiene 13 puntos. Esta gran diferencia entre puntuaciones conduce a que el sistema IRYSS sistemáticamente puntúe por encima del WCWL.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III y el CIBER Epidemiología y Salud Pública.

P-105. VARIABILIDAD EN LA PRIORIZACIÓN DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA SER INTERVENIDOS DE CATARATA

S. García, A. Bilbao, N. González, U. Aguirre, B. Elizalde, J.R. Lacalle, G. Navarro, J.M. Quintana, et al

Unidad de Investigación Hospital Galdakao-Usansolo(CIBERESP); Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Sevilla; Dirección Territorial de Sanidad, San Sebastián-Donostia; Corporación sanitaria Parc Taulí; Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF) (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: En la actualidad, la decisión de priorización de pacientes en lista de espera para ser intervenidos de catarata se basa en el tiempo que el paciente lleve incluido en la lista de espera y en criterios implícitos del oftalmólogo que indica la intervención. Ante la falta de criterios estandarizados de priorización, pensamos que pacientes de similares características clínicas y sociales pueden estar siendo priorizados de manera diferente. Nuestro objetivo fue explorar la existencia de variabilidad en la priorización de cirugía de catarata en función de la comparación de las puntuaciones en la escala de priorización que previamente creamos y el tiempo en lista de espera en los diferentes centros participantes.

Métodos: Incluimos 5214 pacientes mayores de 18 años que estaban esperando para ser intervenidos de catarata en 12 centros hospitalarios del País Vasco, Cataluña, Madrid y Andalucía. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, apoyo social), variables que compusieron la escala de gravedad que habíamos creado previamente (catarata simple o catarata asociada a otras patologías, agudeza visual pre-intervención, contralateral y esperada post-intervención, lateralidad, función visual, uso apropiado de la intervención, dependencia social), además de la complejidad técnica y el tiempo en lista de espera.

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de lista de espera entre los diferentes centros ($p < 0,0001$) y en el porcentaje de intervenciones clasificadas como de alta prioridad por nuestra escala de priorización ($p < 0,0001$). Las diferencias en los tiempos en lista de espera persistieron a pesar de ajustar por tipo de patología, edad, dependencia social, lateralidad y número de intervenciones inapropiadas intervenidas en cada centro. Las diferencias en los porcentajes de intervenciones de "alta prioridad" entre los centros desaparecieron tras ajustar por variables clínicas y sociales.

Conclusiones: Existe variabilidad en el tiempo transcurrido en lista de espera por los pacientes que están esperando para ser intervenidos de cataratas. El uso de un sistema estandarizado de priorización ayudaría a disminuir la variabilidad en los tiempos transcurridos en lista de espera por pacientes de similares características clínicas y sociales.

Financiación.PI03/0550,PI03/0724,PI03/0471,PI03/0828,PI04/1577,G03/220.

P-106. VARIACIÓN EN RESULTADOS OBTENIDOS TRAS INTERVENCIÓN DE EXTRACCIÓN DE CATARATA EN DIFERENTES HOSPITALES

J.M. Quintana, A. Escobar, A. Bilbao, S. García, G. Navarro, J.M. Beguiristain, N. Fernández De Larrea, J. Martínez Tapias, The Iryss Cataract Group, et al

Unidad de Investigación, Hospital Galdakao-Usansolo - CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Galdakao, Vizcaya; Unidad de Investigación, Hospital de Basurto - CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Bilbao, Vizcaya; Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF) - CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Sondika, Vizcaya; Unidad de Epidemiología Clínica, Corporació Parc Taulí, Barcelona; Dirección Territorial de Sanidad, Donostia-San Sebastián, Guipúzcoa; Agencia Laín Entralgo, Madrid; Área Gestión Sanitaria Sur Granada, Granada; The Iryss Cataract Group.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la variabilidad existente entre hospitales en los cambios en resultados clínicos (agudeza visual) y en calidad de vida en pacientes operados de extracción de catarata por facoemulsificación.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en 14 hospitales públicos de 4 comunidades autónomas de España. Se reclutaron pacientes consecutivos registrados en lista de espera para extracción de catarata. Se recogieron datos clínicos antes de la intervención, durante la misma y hasta seis semanas después de la intervención. Los pacientes completaron el cuestionario Visual Function index (VF-

14) antes de la intervención y tras tres meses después de la misma. Se realizaron análisis univariantes y multivariantes para estudiar la influencia de los hospitales en los resultados principales: cambios en la agudeza visual y en el VF-14.

Resultados: Se encontraron importantes diferencias entre los 14 hospitales. Antes de la intervención, la agudeza visual media oscilaban entre 0,16 a 0,34, y los valores medios del VF-14 estuvieron entre 48,1 puntos a 75,9. Tras la intervención de catarata la media de mejora en la agudeza visual osciló entre 0,35 a 0,57 y en las puntuaciones del VF-14 entre 10,9 puntos a 41,7 según hospitales. Estas diferencias entre hospitales se siguieron manteniendo tras los análisis multivariantes en los que se realizaron ajustes por otras variables relevantes.

Conclusiones: Los resultados que obtienen los pacientes intervenidos de extracción de catarata varían entre diferentes hospitales públicos de nuestro país, tanto para resultados clínicos como la agudeza visual como para la percepción del paciente según el VF-14. Esto indica que deberían de ponerse en marcha esfuerzos para la mejora de la calidad asistencial para reducir esta variabilidad.

Financiación. Financiado por el FIS y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

P-107. MODELOS PREDICTIVOS DE GANANCIA DE AGUDEZA VISUAL Y VF-14 EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CATARATA

U. Aguirre, E. Perea, J.M. Quintana, M. Bare, J.A. Blasco, J.M. Beguiristain, I. Lafuente, C. Las Hayas, The Iryss Cataract Group, et al

Unidad de Investigación Hospital Galdakao-Usansolo - CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Galdakao, Vizcaya; Hospital Costa del Sol-CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Marbella, Málaga; Unidad de Epidemiología Clínica, Corporació Parc Taulí, Barcelona; Agencia Laín Entralgo, Madrid; Dirección Territorial de Sanidad, San Sebastián-Donostia, Guipúzcoa.

Antecedentes/Objetivos: La cirugía de catarata constituye uno de los procedimientos más prevalentes. Además, se han observado altas tasas de variabilidad que cuestionan la existencia de infra y sobreutilización del procedimiento. El objetivo de este estudio consiste en estudiar los factores clínicos para la predicción de la ganancia de agudeza visual y Calidad de Vida del paciente medido mediante el test VF-14.

Métodos: Se reclutaron 5512 pacientes que se encontraban en lista de espera para ser intervenidos de catarata pertenecientes a 17 centros estatales, de los cuales se recogieron las siguientes variables clínicas: diagnóstico ocular, lateralidad, agudeza visual en el ojo a operar, agudeza visual en el ojo contralateral, agudeza visual esperada post, función visual, complejidad técnica, complicaciones peri- y post-intervención. Se consideró también la edad del paciente, además de las áreas resumen del SF-36. Los datos los recogían los oftalmólogos de los centros participantes. Se evaluó la ganancia de la agudeza visual y del test VF-14. La muestra se dividió aleatoriamente en dos (derivación y validación). Se realizaron modelos lineales generales en la muestra de derivación y se validó en la de validación. Se asumió que había significación estadística cuando $p < 0,05$. Los cálculos se realizaron con el programa SAS V9.1.

Resultados: En la ganancia de la agudeza visual, el diagnóstico ocular, la agudeza visual en el ojo a operar, la complejidad técnica y la edad fueron significativas. En cambio, la agudeza visual en el ojo a operar no fue predictor de ganancia de calidad de vida medida mediante el test VF-14. Pacientes menores de 65 años con agudeza visual en el ojo a operar $\leq 0,1$, con catarata simple y complejidad técnica positiva fueron los que mayor ganancia de agudeza visual presentaban. Respecto a la calidad de vida, pacientes con complicaciones fueron los que menor ganancia presentaban. Se ob-

tuvo un R2 de 23,60% y 36,16% para la ganancia de agudeza visual y VF-14 respectivamente.

Conclusiones: Estos modelos predictivos son capaces de dar información al oftalmólogo en la toma de decisiones.

Financiación. Financiado por el FIS y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

P-108. VARIABLES ASOCIADAS A LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

C. Valdés, M. Miguel, Y. Artos, P. Cabello, N. De Castro, A. García, A. Martínez, M. Rábano, F. Ortega, et al

Unidad de Investigación de Resultados en Salud. Unidad de Hemodiálisis. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Antecedentes/Objetivos: La medida de la satisfacción de los pacientes/usuarios con los servicios de salud permite tomar decisiones que mejoran la calidad de los cuidados. A su vez, se hace indispensable identificar qué características de los pacientes y de los propios servicios influyen en la satisfacción. El objetivo del estudio fue evaluar la Satisfacción en la Unidad de Hemodiálisis (HD) del Hospital Universitario Central de Asturias, buscando los aspectos, tanto del paciente como de la enfermedad, que pudieran condicionarla.

Métodos: Todos los pacientes (N = 57), fueron entrevistados por una psicóloga del servicio con el Cuestionario SERVQHOS modificado para HD, que evalúa la Satisfacción con veinte atributos de la Unidad; y con el cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, EUROQOL, que mide la autonomía en Movilidad, Cuidado Personal, Actividades Cotidianas, Dolor/Malestar y Ansiedad/Depresión. También se recogieron las respuestas a cuestiones que podrían asociarse a la satisfacción, variables clínicas y sociodemográficas. Las enfermeras valoraron la funcionalidad del paciente con las escalas de Karnofsky y de Barthel.

Resultados: Cumplieron los criterios de inclusión y consintieron participar 50 pacientes. Los niveles de satisfacción fueron altos y similares a los de otras unidades de HD en España. Los aspectos de mayor satisfacción fueron los relativos a la amabilidad y disposición del personal, y los de menor, los relativos a la información que proporcionan los médicos. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$), entre menores niveles de satisfacción y percibir más Dolor, más limitación para las Actividades Cotidianas, más Ansiedad/Depresión, llevar más tiempo en HD, sesiones más largas, dializarse por catéter en vez de fístula, haber estado trasplantado, y menor edad. Por el contrario, un menor nivel de estudios, actividades laborales menos cualificadas, ir en ambulancia, haber podido elegir modalidad de diálisis, y considerar que su opinión es tenida en cuenta para tratar la enfermedad aumentaban la satisfacción ($p < 0,05$).

Conclusiones: Identificar los factores que modulan la satisfacción revela los puntos donde deben de llevarse a cabo las intervenciones para aumentar la percepción de la calidad del servicio. A su vez hay que considerar la influencia de variables inherentes, como nivel socio-cultural, estado físico, anímico, o la experiencia con la enfermedad, al igual que parece necesario el abandono del modelo paternalista, puesto que la percepción de la autonomía por el paciente para tomar decisiones sobre su enfermedad condiciona de manera importante la satisfacción.

P-109. EVOLUCIÓN DE LA MORBILIDAD DE UNA COHORTE POBLACIONAL

J.M. Inoriza, J. Coderch, M. Carreras, E. Sánchez, M. García-Goñi, J.M. Lisboa, P. Ibern, et al

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà; Universitat Pompeu Fabra; Universitat Complutense de Madrid; Universitat de Girona.

Antecedentes/Objetivos: La morbilidad de una población es uno de los factores clave que determinan la utilización de los recursos sanitarios por parte de las personas que la componen. Se mide la morbilidad de una población mediante la utilización de un sistema de clasificación basado en diagnósticos y la evolución de la prevalencia identificada de alguna patologías crónicas.

Métodos: La organización sanitaria integrada Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE) atiende la población residente en la comarca del Baix Empordà. El sistema de información recoge todos los contactos con SSIBE. Todos los pacientes residentes (usuarios y no usuarios), son asignados cada año a un grupo mediante el sistema de clasificación de pacientes Clinical Risk Groups (CRG). Los grupos son clínicamente significativos y mutuamente excluyentes. Se analiza una cohorte de 82.345 personas presentes todos los años del estudio (2002-2007). Dado que los pacientes son los mismos y las categorías son excluyentes se puede valorar la evolución de la prevalencia identificadas de algunas patologías crónicas.

Resultados: Las características demográficas de esta cohorte (82.345 personas) son: edad media (año 2007) 43,54 años (DE 22,2) (el 10,3% menores de 15 a y el 18,9% mayores de 65 a), un 50,4% son hombres. Entre el año 2002 y el 2007 la proporción de no usuarios disminuye desde el 30% al 23,5%. La proporción de población clasificada con enfermedades crónicas menores (ej. migrañas, hiperlipidemia) aumenta un 3% y un 7,4% la categoría de enfermedades crónicas dominantes (ej. diabetes, hipertensión). La proporción de pacientes sanos usuarios o con patología aguda pasa del 53% al 49%. Del año 2002 al 2006 se produce un incremento de la proporción de pacientes con enfermedad crónica identificada y una disminución equivalente de pacientes clasificados sanos o con enfermedad aguda. Los datos del 2007 reflejan una estabilización. La evolución de la prevalencia identificada de algunas enfermedades crónicas es la siguiente: la diabetes pasa del 2,4% al 4,6% de la población; la hipertensión del 3% al 4,7%; la insuficiencia cardiaca del 0,21% al 0,58%; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica del 0,66% al 0,85%; el asma del 0,64% al 0,77% y la enfermedad coronaria del 0,57% al 0,7%.

Conclusiones: El seguimiento de esta cohorte, caracterizada mediante los CRG, muestra que es posible medir la morbilidad del conjunto de la población así como detectar variaciones en la prevalencia identificada de algunas patologías crónicas. En este momento resulta difícil delimitar qué parte de la variación se debe a un déficit de registro y qué parte a un incremento real de la incidencia y prevalencia de estas patologías.

Financiación. AATRM 128-01-2004; FIS PI06/90638.

P-110. COMPARACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS

V. Mahtani Chugani, R. Martín Fernández, I. González Castro, A. Sáenz de Ormijana, E. Fernández Vega, A. Garagalza Arrizabalaga, E. Aldasoro Unamuno, et al

Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Fundación Canaria de Investigación y Salud; Hospital Universitario Nuestra Sra. de la Candelaria. Tenerife; Servicio Vasco de Salud – Osakidetza; Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna; Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: Los cuidados paliativos se han centrado en pacientes oncológicos. Sin embargo, existen enfermedades no oncológicas que requieren de cuidados paliativos pero con características diferenciales que se deben tener en cuenta a la hora de planificar y organizar los servicios. El objetivo del estudio es analizar las diferencias y similitudes en necesidades de cuidados paliativos entre

pacientes oncológicos y no oncológicos desde la perspectiva de los profesionales.

Métodos: Estudio cualitativo basado en entrevistas y grupos focales como técnicas de recogida de datos en Canarias y País Vasco. Se realizaron 14 entrevistas y 3 grupos focales con un total de 49 participantes. Se realizó un muestreo teórico incluyendo profesionales de diferentes especialidades: Atención primaria, Cuidados paliativos, Nefrología, Neurología, Neumología, Cardiología, Medicina Interna.

Resultados: -El epígrafe “patologías no oncológicas” engloba enfermedades con tratamientos y evoluciones temporales diferentes. -La edad de la persona afecta condiciona la perspectiva del cuidado y su desarrollo. -La relativa homogeneidad y linealidad del deterioro de los procesos oncológicos, facilita su predicción y pronóstico. La evolución en brotes de algunas patologías no oncológicas, dificulta la definición pronóstica -El tipo de evolución que caracteriza a las patologías no oncológicas limita la aceptación de la terminalidad del proceso por parte de pacientes y familia. -El hecho de que la cultura popular asocie cáncer con muerte “facilita” el proceso de comprensión y aceptación de la nueva realidad. -La filosofía curativa que impregna la formación de los profesionales potencia dificulta el diagnóstico de terminalidad.

Conclusiones: -Las patologías no oncológicas susceptibles de tratamiento paliativo se pueden agrupar en 1) aquéllas cuya evolución, similar a la oncológica, facilita la aceptación del proceso de terminalidad, y 2) aquéllas cuya evolución en brotes dificulta su inclusión en los programas de cuidados paliativos -La extensión de los cuidados paliativos a personas con patología no oncológica y en fase terminal requiere de la sensibilización y formación de los profesionales. -Es necesario mejorar el acceso a los recursos y servicios, ya que los pacientes oncológicos, se ven claramente más arropados y cuidados por el sistema que los pacientes no oncológicos.

Financiación. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo.

P-111. LA DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES EN DECLARACIONES PÚBLICAS Y PRESENTACIÓN DE INVESTIGACIONES DESDE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

D. Mari Ripa, et al

Universidad de Oviedo; Facultad de Psicología.

Antecedentes/Objetivos: El creciente aumento de cantidad y tipos de trastornos mentales, uso de psicofármacos, intervenciones precoces y prevención primaria y búsqueda de ayuda profesionalizada se explica desde la extensión social del modelo médico de enfermedad y la patologización de problemas de la vida y del malestar vital. Algunos actores interesados favorecen límites más extensos de la noción, riesgo o construcción de enfermedad/trastorno. Los problemas psicológicos están sujetos a una construcción interactiva entre terapeuta y paciente de la que emana su solución. Nuevas corrientes proponen prevención cuaternaria, deconstrucción de consensos, convivir con el malestar o intervenciones contextuales. Movimientos psicológicos profesionales, clínicos, académicos y sociales conviven con diferentes visiones sobre la naturaleza de los problemas. El objetivo de este trabajo es analizar el comportamiento de estos agentes, desde un paralelismo con las iniciativas éticas surgidas dentro de la medicina, y la necesidad de declaración de posibles conflictos de intereses que afectaran a su neutralidad.

Métodos: Se realiza una revisión bibliográfica sobre el modelo médico de enfermedad, conflictos de intereses en profesionales de la salud y movimientos sobre ética profesional. Se han analizado cualitativamente declaraciones públicas de dirigentes de organizaciones corporativas, profesionales y clínicas en psicología, y de grupos de investigación y profesionales implicados en reconocer o prevenir nuevos trastornos.

Resultados: La medicina comienza a reconocer la influencia de la industria y los grupos de interés en la elección del tratamiento y a extender la declaración de conflictos de intereses. En la psicología, no existe presión industrial y no se plantea este debate, recogido limitadamente en el Metacódigo de Ética de la EFPA (principio 4). En determinados investigadores, clínicos o representantes corporativos, se conectan problemas o malestar vital con la necesidad de tratamiento psicológico o de intervenciones precoces o preventivas, reclamando un (necesario) aumento de profesionales en atención primaria.

Conclusiones: La pertenencia a una sociedad, colegio profesional, clínica privada, grupo de investigación o corriente psicológica puede alterar la visión presentada. La declaración de conflictos de intereses desde la psicología clínica es fundamental para mostrar posibles sesgos en opiniones, experiencias e investigaciones presentadas y para matizar los intereses corporativos, profesionales o académicos existentes. La carencia de un movimiento social que camine en esta línea puede superarse desde corrientes psicológicas que sugieren desmedicalizar y contextualizar los problemas de la vida, esperándose la adopción futura de estas tendencias éticas.

P-112. LA ATENCIÓN URGENTE EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

P. Ibern, J. Coderch, M. Carreras, E. Sánchez, M. García-Goñi, J.M. Lisbona, J.M. Inoriza, et al

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà; Univ. Pompeu Fabra; Univ. Complutense de Madrid; Univ. Girona.

Antecedentes/Objetivos: El aumento en la utilización de los servicios de urgencias es motivo de preocupación en los servicios de salud. El ámbito de la atención urgente no está restringido sólo a los servicios hospitalarios sino que cada vez se utilizan más servicios de atención continuada y urgencias en el ámbito de la atención primaria (APS). Este estudio muestra las características de utilización de los servicios de urgencia (hospital y APS) en una organización sanitaria integrada (OSI) y su relación con la morbilidad poblacional.

Métodos: En una comarca con una población de 90.849 residentes una misma organización ofrece la atención sanitaria a la población residente. Dispone de un registro unificado de morbilidad, actividad y costes individuales en un entorno de seguro obligatorio que permite el análisis del impacto de una patología. La medida de la morbilidad aplicada fueron los Grupos de Riesgo Clínico (CRG). El análisis está referido al año 2005.

Resultados: En un año 45.647 personas (50,2%) acudieron a los servicios de urgencias de la OSI. Un total de 28.299 personas (62%) sólo utilizaron los servicios de APS generando 66.976 visitas (2,4 visitas/persona, DE 2,4). Otras 6.657 personas (15%) acudieron sólo al hospital generando 10.963 visitas (1,6 visitas/personas, DE 1,3). Las restantes 10.691 personas acudieron a APS generando 36.254 visitas (3,4 visitas/persona, DE 4,0) y 17.925 visitas al hospital (1,7 visitas/persona, DE 1,3). La frecuentación de urgencias varía considerablemente según la morbilidad de base de los pacientes desde las 1.109 visitas/1.000 sanas hasta las 7.897 visitas/1.000 personas con triple enfermedad crónica (ACRG3 74). Esta variación es más acusada entre las urgencias hospitalarias (13 veces más) que en las urgencias APS (7 veces). Al descomponer la frecuentación en sus componentes hospitalario y de APS se observa una variación importante según la morbilidad de base. Mientras que las personas clasificadas sanas utilizan el hospital en el 20% de las ocasiones, las personas que presentan enfermedades crónicas menores sólo acuden al hospital en el 13% de las ocasiones y los pacientes con varias enfermedades crónicas dominantes acuden al hospital alrededor del 40% de las ocasiones. Los motivos de consulta más frecuentes son diferentes cuando se consideran los diferentes ámbitos asistenciales y la morbilidad de base de las personas.

Conclusiones: La utilización de los servicios de atención urgente es diferente según la patología de base de los pacientes, existiendo igualmente diferencias según el ámbito asistencial. La comprensión de estas diferencias resulta fundamental para el establecimiento de estrategias asistenciales adecuadas a las necesidades de los pacientes.

Financiación. AATRM 128-01-2004; FIS PI06/90638.

PÓSTERES IX

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

Políticas de salud/planificación sanitaria

P-113. BARRERAS A LA COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD EN COLOMBIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES SOCIALES

I. Vargas, M.L. Vázquez, A. Mogollón, et al

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut del Consorci Hospitalari de Catalunya; Universidad del Rosario, Colombia.

Antecedentes/Objetivos: Una de las reformas promovidas en Latinoamérica para extender la cobertura del seguro de salud público es la introducción de un mercado en el que múltiples aseguradoras compiten por la población afiliada-competencia gestionada. La reforma implantada en Colombia en 1993 (Ley 100) se muestra como ejemplo exitoso de este modelo, a pesar de que las tasas de afiliación alcanzadas en los distintos regímenes implantados distan de ser universales. El objetivo de este estudio es analizar las barreras en la obtención de cobertura del seguro de salud en Colombia desde la perspectiva de los actores sociales.

Métodos: Estudio cualitativo descriptivo, de corte fenomenológico, mediante entrevistas individuales semiestructuradas. Las áreas de estudio fueron Ciudad Bolívar, Bogotá -urbana- y La Cumbre, Valle, -rural- con población asegurada a los regímenes subsidiado y contributivo y no asegurada. Se seleccionó una muestra teórica en dos etapas: I) aseguradoras y proveedores de ambos regímenes y II) informantes: gestores (29) de aseguradoras y proveedores; personal sanitario (64), y usuarios con y sin afiliación (51). Se realizó un análisis de contenido de los datos con generación mixta de categorías.

Resultados: Los informantes perciben barreras importantes al aseguramiento, tanto en la afiliación como tras la misma. Las barreras a la afiliación coinciden en las áreas geográficas pero varían según el tipo de seguro. En el subsidiado, predominan factores relacionados con su carácter focalizado -errores en la identificación de los beneficiarios- y racionamiento -priorización de colectivos y lentitud del proceso. En el contributivo emergen dificultades para acceder a un trabajo asalariado estable, el coste del seguro, percepción de discontinuidad en el aseguramiento y selección de riesgo de las aseguradoras. Los problemas tras la afiliación se refieren al régimen subsidiado y varían entre áreas: en la urbana se relacionan con errores en las bases de datos y traspasos de afiliados entre aseguradoras; y en la rural con la limitada cobertura geográfica del seguro. Estas últimas, conllevan una pérdida de cobertura de aseguramiento prolongada.

Conclusiones: Los resultados reflejan, además de problemas comunes a la extensión de seguros públicos en países en desarrollo relacionados con la focalización y la informalidad del mercado laboral, desajustes propios de esquemas de aseguramiento con múltiples aseguradoras -selección de riesgo, bases de datos y desaparición de aseguradoras- que ponen en riesgo la continuidad en el aseguramiento y no suelen ser identificados en la literatura.

Financiación. Ministerio de Asuntos Exteriores (Becas MAE-AECI 2005).

P-114. LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LOS PLANES ANDALUCES DE SALUD: UNA APROXIMACIÓN SOCIOLOGICA DESDE EL ANÁLISIS CUALITATIVO DE TEXTOS Y DISCURSOS

B.H. Hermoso Rico, et al

Delegación de Salud de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: La constatación de las enormes diferencias en cuanto a la esperanza de vida, la calidad de vida o las desigualdades en salud han contribuido al replanteamiento del concepto mismo de salud pública. En el marco de esta reorientación se pretende: 1. Discernir los significados de la participación en el contexto de la salud pública. 2. Identificar sus principales indicadores.

Métodos: La técnica utilizada es el análisis de los discursos que configuran algunos documentos estratégicos del SSPA.

Resultados: 1. Significados I Plan. La participación se identifica con la participación de asociaciones y del voluntariado. II Plan. Se contempla igualmente como estrategia subsidiaria, dirigida desde el propio sistema sanitario. Se la identifica con las actuaciones del Consejo Andaluz de Salud de modo casi exclusivo. III Plan. Supone un salto cualitativo, pues de medida e instrumento alcanza en el III Plan el estatus de línea prioritaria. 2. Indicadores. En el I Plan no contempla objetivos concretos de participación. El segundo recoge dos: 1. Objetivo 75. En el II Plan el protagonismo de la acción participativa se reserva a las Corporaciones Locales, con las que se contempla el establecimiento de convenios y convocatorias de ayudas. 2. Objetivo 91, que en la misma línea corporatista del 75 contempla la constitución de los Consejos de Salud Territoriales. El III Plan recoge también dos objetivos: 1. Objetivo 22, que pone también el acento en las principales estructuras de participación, y de modo mucho más inespecífico de (...) otros cauces que se puedan establecer 2. Objetivo 23, que aspira a garantizar la información al ciudadano para la toma de decisiones.

Conclusiones: La participación en salud empieza a ser contemplada por sus promotores institucionales con un valor-guía desde el I Plan (1993), aunque es a partir del II cuando, en el contexto de una democracia más avanzada, la participación se contempla como un elemento fundamental de promoción de la salud, de carácter fundamentalmente consultivo. Es con el III Plan cuando la participación se vincula con la acción local y se la eleva al rango de línea estratégica. El concepto de participación que permea los Planes Andaluces de Salud es el propio de una concepción representativa y orgánica de la democracia política, y sus aplicaciones a la salud se contemplan dentro de esta misma línea, al calor de la cual se otorga el papel de actores fundamentales a diversos órganos colegiados, reservando al ciudadano particular la posibilidad de participar en las políticas de salud a través de fórmulas fundamentalmente pasivas (encuestas de salud) e indirectas (quejas, reclamaciones, opiniones...).

P-115. NOVEDADES DEL PROTOCOLO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA EDAD PEDIÁTRICA

B. Prats Viedma, E. Frutos Gallego, R. Prats Coll, A. Colet Llansana, C. Cabezas Peña, A. Plasència Taradach, et al

Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; Centro de Atención Primaria Lluís Sallé. Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Partiendo de la evaluación del anterior Protocolo de actividades preventivas, donde se estudiaron estructura, procesos y resultados se obtuvieron datos que han permitido introducir mejoras en los actuales Protocolos de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica.

Métodos: La experiencia ha consistido en diferentes grupos de trabajo formados por profesionales sanitarios del ámbito de pedia-

tría, enfermería y profesionales de diferentes especialidades pediátricas. También ha contemplado el consenso de las principales sociedades científicas del ámbito de la pediatría: Sociedad Catalana de Pediatría, Asociación Catalana de Enfermería, Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica y Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña. Las recomendaciones se han basado en el consenso de las reuniones con profesionales, la experiencia clínica y de atención primaria de los expertos, así como la evidencia científica basada en guías de práctica clínica de organismos nacionales e internacionales.

Resultados: Se ha obtenido la reforma del cuadro de visitas por edades, que ha pasado de 13 visitas a 12 visitas (reducción de las visitas). Se han redistribuido las actuaciones en función de los roles de los profesionales (pediatría/enfermería) obteniendo una visita exclusiva de enfermería (visita 7/9 meses). Se han revisado los cribajes por edades para ajustarlos a la nueva situación actual. Por ejemplo se han disminuido los cribajes de peso, talla y perímetro craneal en los 4 meses, 7/9 meses, 18 meses, 2 años. Se ha avanzado la detección de la visión cromática de los 8 a los 6 años. Se ha incorporado la comprobación de la detección del screening de la hipoacusia en los 0/30 días. Se han incluido los protocolos relativos a inmigración y salud mental en el protocolo actual. Se han aumentado los contenidos de educación sanitaria estructurados por edades. Se han incorporado en el protocolo la detección y seguimiento de grupos de riesgo de prematuridad y bajo peso, de obesidad y de familias distócicas.

Conclusiones: La sistematización de las intervenciones preventivas basándonos en los grupos de consenso de especialistas, pediatras y enfermeras ha permitido la obtención de unos protocolos con unos contenidos más consistentes y adecuados a las necesidades de la situación actual en la pediatría de atención primaria. La incorporación de los nuevos grupos de riesgo permitirá la detección más especializada de estos grupos de niños y niñas con especificidades comunes en la detección y seguimiento.

P-116. INTERVENCIONES QUE PROMUEVAN EL USO DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS: VISIÓN GENERAL DE REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA

M.I. Tamayo Velázquez, P. Simón Lorda, R. Villegas Portero, C. Higuera Callejón, I.M. Barrio Cantalejo, F. Martínez Pecino, J.F. García Gutiérrez, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Distrito Sanitario Atención Primaria de Granada; Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Identificar, evaluar y sintetizar revisiones sistemáticas de la literatura destinadas a examinar la efectividad de las intervenciones diseñadas para incrementar el uso de voluntades anticipadas (VAs).

Métodos: Diseño: revisión narrativa de revisiones sistemáticas diseñadas para analizar estudios que realizaron intervenciones para mejorar la tasa de cumplimentación de VAs. Amplia búsqueda en Medline, Cochrane Library, Embase, Web of Knowledge, Trip Database e Internet. Se incluyeron todas las revisiones, sin restricción de idioma, país, fecha o tipo de publicación.

Resultados: 7 revisiones sistemáticas fueron localizadas. Las revisiones incluidas varían en cuanto a criterios de inclusión y exclusión. Sólo un artículo (Rubin 1994) fue incluido en todas las revisiones. Se identificó una amplia gama de intervenciones para determinar su influencia sobre las tasas de cumplimentación de VAs. Destinadas a usuarios: material escrito, audiovisual. Correo postal, recordatorios telefónicos. Sesiones educativas, seminarios interactivos. Citas con profesionales: médico, enfermera, trabajador social o investigador.

Disponibilidad de una persona de contacto para pedir asesoramiento, asistencia en la cumplimentación de la VA, counseling. Tiempo extra en las citas clínicas. Combinación de intervenciones Destinadas a profesionales sanitarios: Recordatorios para los profesionales sanitarios a través de ventanas emergentes en el ordenador. Inclusión del formulario de VA en la historia clínica. Guías con puntos clave y entrevistas estructuradas para pacientes. Tiempo extra en citas clínicas. Combinación de intervenciones Sólo 2 revisiones realizaron meta-análisis.

Conclusiones: A pesar de las diferencias existentes entre las revisiones sistemáticas, las conclusiones a las que llegan los autores son muy similares: El número de VAs aumenta mediante intervenciones educativas interactivas. Interactuar con un experto en el tema y tener accesibilidad a una persona que responda y ayude en el proceso de cumplimentación de una VA, incrementa el uso de VAs. El uso exclusivo de materiales informativos de forma pasiva, no incrementa la cumplimentación de VAs por parte de la población. La combinación de material educativo y de repetidas conversaciones durante las visitas clínicas a lo largo del tiempo, mejora significativamente el uso de VAs. La estrategia más efectiva resulta de la interacción directa de pacientes y profesionales sanitarios mediante múltiples sesiones.

P-117. LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE POLÍTICAS DE SALUD EN LA UNIÓN EUROPEA

I. García-Sánchez, M. Carrillo Tirado, E. Páez Muñoz, et al

Observatorio de Salud en Europa (OSE) de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Antecedentes/Objetivos: Pertenecer a la Unión Europea (UE) tiene repercusión directa en cuestiones políticas y jurídicas, plantea nuevos retos y ofrece oportunidades para los países comunitarios. Las repercusiones para la organización y financiación de los sistemas sanitarios son evidentes. En este contexto, resulta cada vez más importante para los altos cargos, gestores y profesionales de los mismos, estar informado sobre las políticas y normativas UE, así como de los retos y oportunidades que ofrece a sus Estados Miembros. A su vez, para estar al día el volumen y la naturaleza de la información que debe manejarse, la variedad de fuentes utilizadas así como las características del público al que debe transmitirse, crea un escenario complejo para su gestión. El OSE trabaja para disponer de información útil para la formulación de políticas y estrategias sanitarias y facilitar la toma de decisiones en materia de salud pública y gestión de servicios sanitarios.

Métodos: Se ha creado un sistema de administración de información, que permite su búsqueda, cribado, análisis y distribución a un público diana del sistema sanitario (altos cargos, gestores y profesionales). Respeta su rigor, actualidad y pertinencia y se transmite en tiempos para que resulte útil en su aplicación en la práctica. Para la diseminación se elaboran productos específicos adaptados a los contenidos tratados y al público diana.

Resultados: El OSE mantiene un sistema de gestión de información ajustada al contexto de pertenecer a la UE y a las necesidades del sistema nacional de salud. Asegura la transmisión a de las ideas clave sobre cuestiones de políticas y programas de salud comunitarios a los responsables sanitarios. Contribuye a facilitar el proceso de toma de decisiones y elaboración de políticas de salud y a formar un estado de opinión.

Conclusiones: El OSE es un centro de gestión del conocimiento sobre la UE de gran interés y utilidad para altos cargos, gestores y profesionales de los sistemas sanitarios. Permite su sensibilización y puesta al día en temas de salud comunitaria y facilita su incorporación en los procesos de planificación y toma de decisiones en materia sanitaria.

P-118. HOSPITALES DE REFERENCIA: CRITERIOS ORIENTATIVOS PARA SU DEFINICIÓN

J. Benet Travé, A. Guarga Rojas, A. Benaque Vidal, E. Torné Vilagrassa, et al

Regió Sanitària Barcelona; CatSalut.

Antecedentes/Objetivos: En la Región Sanitaria de Barcelona –CatSalut– (5 millones de habitantes y 35 hospitales) se ha desarrollado una metodología que permita definir donde se sitúa la actividad de referencia para los hospitales de agudos y definir el límite entre un hospital de referencia y un hospital de alta tecnología.

Métodos: Variables y criterio: frecuentación hospitalaria teórica (102 contactos por 1.000 habitantes), población del territorio, penetración sobre el territorio de referencia y complejidad de los contactos hospitalarios, todo ello teniendo en cuenta una premisa fundamental: un hospital de referencia deberá garantizar el abordaje y resolución de los procesos más prevalentes del territorio. La complejidad de los contactos se define mediante el peso del GRD (versión AP 21): baja (peso < 2,5), media (2,5 a 4,49) y alta (> 4,5). En la elaboración del modelo se asume que los contactos de peso inferior a 2,5 deben recoger el 85-90% de todos los problemas de salud, los de peso 2,5 a 4,5 deben representar el 7-10% y los de peso superior a 4,5 representarían sólo el 2-3%. Definición del modelo de hospital de referencia: Un hospital de referencia debería atender, como mínimo, el 85% de los contactos de complejidad baja, el 75% de complejidad media y como máximo el 50% de los de alta complejidad, los cuales, deben atenderse en hospitales de alta tecnología. El análisis se ha llevado a cabo en 6 ámbitos territoriales con 7 hospitales de referencia.

Resultados: Distribución de los contactos según las tres franjas de complejidad y hospital: Hospital A: 88,5%, 8,8%, 2,6%. Hospital B: 91,6%, 6,9%, 1,6%. Hospital C: 88,4%, 9,4%, 2,2%. Hospital D: 88,9%, 8,5%, 2,6%. Hospital F: 88,3%, 9,8%, 1,9%. Hospital G: 91,5%, 7,0%, 1,5%. Hospital I: 89,4%, 8,5%, 2,1%. Penetración hospitalaria según tres franjas de complejidad y territorio (T): T1: 73,4%, 70,1%, 43,0%. T2: 87,4%, 83,1%, 60,8%. T3: 60,4%, 46,4%, 23,9%. T4: 64,6%, 66,5%, 54,4%. T5: 82,5%, 74,4%, 51,2%. T6: 78,8%, 72,2%, 49,6%. Elaboración final del modelo esperado para un territorio: Para un ámbito territorial concreto, según los estándares de frecuentación hospitalaria y los parámetros de penetración hospitalaria teóricos, se calcula la actividad esperada global y para cada franja de complejidad. Una vez conocidos los parámetros del modelo se comparan con los reales del último año conocido y se elaboran propuestas de mejora para el hospital.

Conclusiones: La elaboración de un modelo conocido, reproducible y con criterios explícitos ayuda a definir el comportamiento de un hospital de referencia sobre su territorio y permite afrontar de forma objetiva la cartera de servicios del hospital para dar respuesta a su población de referencia, siendo una herramienta muy útil para operativizar los criterios de planificación hospitalaria.

P-119. DISEÑO DE CARTERA DE PROCEDIMIENTOS

M.T. León Espinosa, M. Sánchez-Lanuz, J.M. Aldana, J. Rodríguez, M.R. Jiménez, J. Goicoechea, J. García Rotllán, A. Bordons, et al

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Organizar la asistencia especializada con el fin de mejorar la calidad de los procedimientos ofertados 1. Identificar para cada especialidad las actividades realizadas 2. Establecer procedimientos de referencia según complejidad y clasificarlos por niveles asistenciales 3. Asegurar una oferta de calidad de los procedimientos básicos incluidos en cartera.

Métodos: Fuente utilizada Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) con la codificación CIE-pMC. Se han seleccionado por servicio de alta todos los procedimientos realizados en los servicios de

Cirugía Cardiovascular, Plástica, Maxilofacial y Angiología durante los años 2000 a 2006 de todos los hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Se ha efectuado una primera selección identificando los procedimientos específicos de cada una de ellas utilizando los programas formativos vigentes del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Se contó con la colaboración de dos informadores clave para cada especialidad a los que se solicitó una revisión de los procedimientos y puntuación según complejidad con el objeto de clasificarlos por nivel hospitalario, aportándose idénticas instrucciones a cada uno de los informadores.

Resultados: Se ha obtenido, para cada especialidad en estudio, una cartera que identifica los procedimientos específicos clasificados por complejidad y ofertados en diferentes niveles hospitalarios, observándose un elevado grado de coincidencia entre los evaluadores de cada especialidad. Los procedimientos de una mayor complejidad técnica se han ubicado en hospitales regionales e incluso aquellos que se realizan con menor frecuencia y que ofrecen un grado máximo de complejidad se han concentrado en un único hospital de referencia. Esto permite una mayor eficiencia de recursos (humanos y tecnológicos) y una mejor organización de la misma ofertando los procedimientos más sencillos y de elevada frecuencia en un mayor número de hospitales permitiendo un incremento en la accesibilidad a los mismos.

Conclusiones: Este instrumento permitirá una evaluación más precisa de los procedimientos realizados así como una mayor identificación con la actividad real efectuada. Una vez implantadas, las carteras de servicios facilitarán la organización de la asistencia especializada y contribuirán al aumento de la calidad de las técnicas y servicios ofertados.

P-120. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DIRIGIDA A LA CIUDADANÍA

M.T. León, J.M. Aldana, I. Pajares, R. Hermosilla, J. Ras, F. Murillo, I. Ávila, J. García, et al

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La elaboración del documento de Cartera de Servicios de Atención Primaria ha contado para su realización con grupos de trabajo integrado por profesionales de Atención Primaria (personal facultativo y de enfermería), y con la colaboración de las Sociedades Científicas de Atención Primaria, y la Administración Sanitaria, así como la valoración del documento final por asesores externos con incorporación de sus aportaciones al documento. Informar a la población sobre la Oferta de Servicios que se presta desde la Atención Primaria. 1. Informar a través de un lenguaje sencillo y comprensible sobre las actividades que se realizan en Atención Primaria. 2. Conseguir un mayor conocimiento de la población general acerca de la atención que se presta en nuestra comunidad a nivel de la Atención Primaria. 3. Infundir en la población la importancia de las actividades de prevención y promoción de la salud, a través de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

Métodos: -El documento ha sido elaborado a partir del documento dirigido a los profesionales. -Adaptación del documento de la Cartera de Servicios de Atención Primaria a la población general, mediante la adopción de un lenguaje sencillo y comprensible. -Eliminación de tecnicismos. -Mantenimiento de la estructura básica de la cartera.

Resultados: -Obtención de un documento estructurado en áreas de atención a la persona, a la familia y a la comunidad, con las actividades que se realizan en cada una de estas áreas. -Resaltando en su contenido la importancia de las actividades de prevención y promoción y no sólo la actividad asistencial. -Se intenta reflejar la labor multidisciplinar del equipo de Atención Primaria en todas las actividades recogidas en la Cartera de Servicios así como la visión integral de la asistencia en AP, múltiples actuaciones pueden ser tratadas desde distintos ámbitos (familia, comunidad...).

Conclusiones: Obtención de un documento que informe a la población general sobre la Oferta de Servicios que se presta desde la Atención Primaria, con un lenguaje sencillo y comprensible, para conseguir un mayor conocimiento de la población acerca de la atención que se presta en nuestra comunidad a nivel de la Atención Primaria en todos sus niveles de actuación (asistencial, prevención y promoción de la salud).

P-121. EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB) EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA (SSPA)

A. Muñoz, M. Sánchez-Lanuza, J.M. Aldana, M.A. Valverde, I. Ávila, F. Murillo, J. García, A. Bordons, et al

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La OHB constituye el tratamiento de primera elección en algunas patologías mientras que se utiliza como tratamiento coadyuvante para otras. Tiene una larga historia en su utilización pero no existe evidencia científica sobre algunas de sus aplicaciones. Los posibles efectos terapéuticos de la misma se basan en la capacidad para incrementar la concentración de oxígeno en el plasma así como en su capacidad bacteriostática o bactericida. Esta técnica no se encuentra disponible en los hospitales del SSPA por lo que las solicitudes de esta terapia, son enviadas al departamento de Cartera de Servicios del SAS, que centraliza y autoriza o no, la realización de las mismas en centros ajenos al SSPA. Se ha observado una gran variabilidad en la demanda de este procedimiento tanto entre centros del SSPA, como en el tiempo a lo largo de los últimos años. **Objetivo:** analizar el impacto de la regulación y de cambios asistenciales en centros del SSPA, sobre la demanda de OHB en el período 2001-2008.

Métodos: Se han analizado los datos de solicitudes de OHB recibidas entre octubre de 2001 y septiembre de 2008, teniendo en cuenta, tanto la introducción de normas reguladoras de la demanda de la misma, como los cambios asistenciales en centros del SSPA relacionados con este procedimiento (indicación de la valoración de los casos por los servicios de cirugía vascular, protocolización de la asistencia al "pie diabético"...).

Resultados: A partir de la introducción de normas reguladoras de la demanda y de cambios en la organización de la asistencia relacionada con la OHB en centros del SSPA, se ha observado gran disminución en el número de solicitudes recibidas para este procedimiento, demandado fundamentalmente por dos hospitales.

Conclusiones: La regulación de las indicaciones de la OHB y la ordenación asistencial han mejorado la eficiencia del uso de este procedimiento en el SSPA.

P-122. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

M.T. León, J.M. Aldana, I. Pajares, J. Ras, R. Hermosilla, I. Ávila, F. Murillo, J. García, et al

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Garantizar condiciones mínimas comunes para una atención integral, integrada y continuada en condiciones de equidad en Andalucía que supongan mejoras en la salud desde una perspectiva biopsicosocial y basada en la evidencia científica, mediante documento único que refleje prestaciones básicas y actividades efectuadas en Atención primaria (AP), que sea flexible y adaptable a las características de la población.

Métodos: Realización durante 2007 y primer semestre 2008, con colaboración del Pacto Andaluz por el desarrollo de la AP en el siglo

XXI, Sociedades Científicas y distintas áreas de conocimiento del Servicio Andaluz de Salud. Basado en la reunión de un grupo de profesionales de AP que han definido metodología de trabajo y esquema del texto. La secuencia de actividades ha sido: Elaboración de documentos base (atención a la persona adulta, infancia, familia y comunidad), con incorporación de resúmenes de procesos asistenciales con enfoque a la AP Presentación de borrador Valoración del documento por asesores externos Elaboración y difusión del documento final.

Resultados: Obtención de documento único que recoge actividades que se efectúan en AP organizada en sus propios niveles de actuación: atención a la persona, familia y la comunidad, donde conste la oferta de servicios (actividad asistencial, promoción y prevención de la salud) así como los procesos asistenciales para facilitar la consulta, los cuales mantienen su estructura reduciendo el apartado de asistencia hospitalaria, exponiéndose sólo indicadores que interesan a AP Inclusión de dispositivos de apoyo a AP Recoge los problemas de salud de especial relevancia en el momento, en los que intervienen los/las profesionales de AP. Incorporándose la atención pediátrica, como apartado independiente dentro de la atención a la persona por tener especial importancia las actuaciones de promoción y prevención en el seguimiento de la salud infantil y adolescente. Realizándose recomendaciones basadas en la evidencia científica intentando reflejar la labor multidisciplinar del equipo de AP en todas las actividades de la Cartera de Servicios así como la visión integral de la asistencia, habiendo actuaciones que pueden ser tratadas desde distintos ámbitos.

Conclusiones: Obtención de documento único, y flexible que reúne un conjunto de actuaciones básicas y comunes, destinado a dar visibilidad a problemas de salud de especial relevancia y aquellos en los que se ha querido resaltar su importancia, basado en la evidencia científica, y realizado con la participación de profesionales de AP a quienes va dirigido, para desempeñar una atención de calidad a personas de nuestra comunidad.

P-123. EVALUACIÓN DEL SEGUNDO PLAN DE SALUD DE CANARIAS, 2004-2008

J.L. Alonso Bilbao, J.J. O'Shanahan Juan, O. García Aboín, J. Henríquez Suárez, et al

Unidad de Apoyo a la Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar el cumplimiento de los objetivos y las acciones del II Plan de Salud de Canarias.

Métodos: Ámbito: Canarias. Unidad de análisis: Totalidad de las acciones que figuran en cada uno de los objetivos del 2º Plan de Salud de Canarias (2ºPSC). Fuentes de información: Ficha de Evaluación de cada acción, cumplimentada mediante entrevista con el responsable de su cumplimiento. Variables: Para cada una de las acciones se analizó: 1) área, 2) tipo de actividad, 3) nivel de evidencia, 4) grado de coordinación, 5) responsable de cumplimiento, 6) grado de cumplimiento, 7) vinculación contractual. Análisis: Descriptivo de las acciones y objetivos. Cálculo de la ji-cuadrado para el análisis de asociaciones entre variables cualitativas.

Resultados: Se analizaron las 145 acciones que figuran en el 2º PSC, cuya distribución por cada área es la siguiente: Cardiopatía Isquémica (CI) 27, Cáncer 19, Diabetes Mellitus (DM) 21, Salud Mental (SM) 17, Seguridad Vial (SV) 29, Salud Laboral (SL) 14 y Envejecimiento 18. Del total de acciones fueron evaluadas 133 (92%). El grado de cumplimiento de las acciones evaluadas fue: totalmente cumplidas 43 (32,3%), parcialmente cumplidas 64 (48,1%) y no cumplidas 26 (19,6%); observándose diferencias que fueron estadísticamente significativas entre las áreas de Cáncer, CI y DM, cuyo grado de no cumplimiento fue inferior al 10%, con las acciones relativas al envejecimiento, cuyo incumplimiento superó el 70%. Constaba el nivel de evidencia en el 31% de las acciones del 2º PSC, no encon-

trándose asociación estadística entre el nivel de cumplimiento de las acciones y la presencia de evidencia. En relación al tipo de actividad, el 47,9% corresponden a acciones encaminadas a la reducción de riesgos (preventivas) y el 52,1% son de mejora de la oferta asistencial; observándose diferencias por áreas al predominar las relativas a la reducción de riesgos en las áreas de SL (85,7%), SV (69%), CI (58,3%) y DM (57,1%) frente a las de Cáncer, Envejecimiento y SM en las que predominaba la mejora de la oferta asistencial (94,7, 83,3 y 64,7% respectivamente). No se encontró asociación estadística entre el nivel de cumplimiento y el tipo de actividad de las acciones. En relación a la vinculación contractual, se encontró asociación ($p < 0,05$) entre el grado de cumplimiento de las acciones y el que figurase dicha acción de modo explícito o implícito en los Programas de Gestión Convenida (PGC).

Conclusiones: 1. Existe un nivel aceptable en la consecución de los objetivos que figuraban en el 2º PSC. 2. El cumplimiento de las acciones se favorece cuando figuran en los PGC, con independencia del grado de evidencia o del tipo de acción de que se trate, por lo que es una herramienta de gestión cuya utilización debe estimularse.

P-124. ELABORACIÓN DEL III PLAN DE SALUD DE CANARIAS, 2009-2014

J.L. Alonso Bilbao, J.J. O'Shanahan Juan, O. García Aboín, et al

Unidad de Apoyo a la Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: Describir el proceso de elaboración del III Plan de Salud de Canarias y sus características principales.

Métodos: El III Plan de Salud de Canarias (3º PSC) incorpora los siguientes aspectos: 1. Los problemas de salud de la población canaria, junto a las propuestas de acción para hacerles frente. El 3º PSC será más transversal al implicar a todas las instituciones y colectivos y utilizará los avances científicos y tecnológicos de la nueva sociedad de la información y de las comunicaciones. 2. Los problemas de organización y desarrollo de los servicios sanitarios. Iniciaré la reorientación de los servicios de salud y sociosanitarios para adaptarlos al nuevo perfil epidemiológico, que es el de las cronicidades, la asistencia a dependientes, el envejecimiento de la población y la seguridad del paciente. 3. La institucionalización de la participación de los profesionales y de la comunidad a través de los Consejos de Salud y de Dirección, y considerará al paciente como el centro del sistema. 4. La territorialización de las acciones en que se descodifiquen los objetivos.

Resultados: Situación actual: El 3º PSC avanza para su formulación en tres líneas simultáneas y convergentes: -Se realiza la evaluación del II Plan de Salud de Canarias 2004-2008, para determinar sus aciertos y las áreas de mejora de cara a la formulación del 3ºPSC. En la actualidad esta evaluación ya ha concluido. -Se avanza en el desarrollo de los órganos de participación social institucionalizada, que incluye los Consejos de Salud de las Áreas (uno por isla), los Consejos de las Zonas Básicas de Salud (un total de 105) y los Consejos de Dirección. En la actualidad ya están constituidos los Consejos de Salud de las Áreas y se está trabajando en la formación de los diferentes actores sociales de los Consejos de Salud de ZBS mediante un curso con la tecnología de Radio ECCA. -Se trabaja en el proceso de formulación propiamente dicho del 3º PSC. En primer lugar se ha nombrado un Comité Técnico Asesor que va a desarrollar las grandes líneas estratégicas para la gestión de la salud y de los servicios. Posteriormente se trabajará la implementación de estas líneas mediante el trabajo de cinco grupos de expertos. Cada grupo elaborará un informe con sus respectivas propuestas sobre como adecuar las líneas estratégicas a la estructura del Servicio Canario de la Salud.

Conclusiones: Entendemos que las claves del 3º PSC son: Más participativo, Que dirija la gestión de la salud y de los servicios de forma simultánea, Que considere al paciente el centro del sistema.

P-125. PRIORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DESDE LAS OPINIONES Y PREFERENCIAS DE LOS CIUDADANOS

V. Mahtani Chugani, E. Fernández Vega, P. Serrano Aguilar, E. Sanz Álvarez, et al

Servicio de Evaluación Servicio Canario de la Salud; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna.

Antecedentes/Objetivos: La priorización y racionamiento de los recursos sanitarios es un hecho ineludible y controvertido en el que la participación ciudadana no se ha valorado suficientemente. La metodología para incorporar la perspectiva de la población es diversa y existen experiencias que incluyen métodos cualitativos. El objetivo del presente estudio es identificar valores, actitudes y preferencias de la población sobre la priorización y racionamiento de los servicios sanitarios.

Métodos: Estudio cualitativo inductivo incorporando las entrevistas semiestructuradas como técnica de recogida de datos. Se reclutaron a 12 personas, con el objetivo de alcanzar la máxima variación respecto al género, edad, situación laboral y experiencia con los servicios sanitarios. Se realizó la entrevista en dos etapas, y se utilizó una técnica práctica que permitiera la concreción de las ideas. Se exploró sobre la responsabilidad de la toma de decisiones, las fuentes de financiación y los criterios de priorización.

Resultados: Los participantes expresaron la preferencia de que quienes tomaran las decisiones para priorizar fueran médicos con el asesoramiento de otras disciplinas en detrimento de los políticos. La mayoría considera que el problema más importante de financiación se relaciona con una mala gestión de los recursos, aunque admiten que sería necesario aumentar los recursos económicos para sanidad de otras partidas presupuestarias como defensa o infraestructuras. Sobre los criterios para tomar las decisiones se considera sobre todo la gravedad de la situación, mostrándose cautos a la hora de tener en cuenta otros factores como género o edad. En cuanto a priorizar a unas personas por delante de otras, la mayoría tuvo en cuenta la edad pero en casi ningún caso se dio importancia a la posición social o responsabilidades familiares. Manifiestan que les gustaría que se contara con la población a la hora de tomar decisiones referentes a la salud, aunque participar directamente en la toma de decisiones sobre priorización y racionamiento de los recursos sanitarios les parecía más complicado.

Conclusiones: Este estudio aporta conocimiento sobre las opiniones y preferencias de los ciudadanos sobre la priorización y racionamiento de los servicios sanitarios en Canarias. Es importante destacar las dificultades manifestadas por los participantes a la hora de tener que tomar decisiones para las que consideraban que no estaban formados o no poseían conocimientos reales. Por ello, la inclusión de la perspectiva de los usuarios en la priorización y racionamiento puede estar limitada a la consulta, que aún así es posible e ineludible.

Financiación. Fundación Canaria de Investigación y Salud (87/04) y Fondo de Investigación Sanitaria (05/2225).

P-126. REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL IMPACTO DE REFORMAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

M.J. González R., et al

Universidad Simón Bolívar, Caracas.

Antecedentes/Objetivos: Las reformas de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe han incluido cambios en el financiamiento público, en la provisión de servicios, en los arreglos entre diferentes niveles de gobierno, en la participación y regulación del sector pri-

vado, entre otros aspectos. A pesar de la diversidad y profusión de reformas, sin embargo, no ha sido frecuente la revisión sistemática de las evidencias disponibles. El objetivo del trabajo es analizar el impacto de las reformas en la cobertura, equidad y calidad de servicios de salud.

Métodos: Se identificaron trabajos publicados incluidos en las bases de datos MEDLINE y LILACS. Se utilizó el descriptor: "health sector reform" en la opción de "todos los campos". En MEDLINE la búsqueda se restringió al período 1994-2007. En LILACS no se restringió la fecha de las publicaciones (la base de datos es única). Todos los resúmenes fueron revisados (823 de MEDLINE, y 556 de LILACS). Se seleccionó aquellos trabajos que pudieran contener análisis de los resultados de las reformas. La búsqueda de información se concentró en América Latina y el Caribe. Las referencias cruzadas no fueron consideradas.

Resultados: Los trabajos se clasificaron en dos grupos: (1) análisis generales de las políticas de reforma, (2) análisis específicos. Los trabajos en el primer grupo no eran evaluaciones. Los trabajos en el segundo grupo se basan en diseños de evaluación "ad hoc" en los cuales se incluyó la definición de una intervención (política de reforma) y una comparación (pre-post, o inter-países). Estos estudios son más rigurosos, aunque existen diferencias notables entre ellos. Dentro de los resultados más relevantes se encuentran: (1) la implementación de alternativas de aseguramiento basadas en la competencia gerenciada (sea a través de regímenes contributivos o subsidiados) ha sido asociada con aumentos de la cobertura, pero con persistencia de la exclusión de sectores de la economía informal, desempleados, y sectores pobres, (2) los hallazgos sobre el impacto de la descentralización son mixtos: éxitos y fracasos son contingentes a las realidades de los países o áreas, (3) los estudios sobre el impacto de la autonomía y gestión de redes de servicios son escasos.

Conclusiones: Las evidencias sobre el efecto de las alternativas de políticas son reducidas y limitadas, desde el punto de vista conceptual y metodológico. Todavía queda un trecho largo por recorrer en la tarea de analizar la evidencia sobre el efecto de estas múltiples intervenciones. Tal parece que los proyectos de reforma sectorial han sido complejos macro-proyectos que se han implementado sin la debida consideración a los requerimientos de evaluación. Se ha avanzado poco en la evaluación de impacto de estas intervenciones.

PÓSTERES X

Miércoles, 4 de marzo de 2009. 11:30 a 13:00 h

Gestión clínica y calidad de la atención sanitaria

P-127. ADECUACIÓN DE LAS PETICIONES DE MARCADORES SEROLÓGICOS EN UN HOSPITAL

M.J. Pérez Santos, F.J. Mérida de la Torre, E.E. Moreno Campoy, M.J. Gutiérrez Fernández, J.A. Burgos Zarzavilla, N. Lamas García, A. Serrano Álvarez, et al

Área Sanitaria Serranía.

Antecedentes/Objetivos: A veces los médicos solicitan repetidamente marcadores hepáticos no indicados o repetidos y que no aportan beneficios en la atención del paciente. -Cuantificar la frecuencia de peticiones no apropiadas de Hepatitis A, B y C en un hospital comarcal -Establecer una nueva metodología de seguimiento de las peticiones analíticas para mejorar su adecuación.

Métodos: Se estudiaron retrospectivamente todas las peticiones recibidas en el laboratorio entre el 1 de enero de 2006 y el 30 de junio de 2008 (18 meses) y se eligieron criterios adecuados de ci-

nética de marcadores según la bibliografía: -En el caso de la hepatitis A sólo se determinará (VHA Ig M) cuando los enzimas hepáticos estén alterados, y si el peticionario no las ha solicitado, se crearán automáticamente. -En hepatitis B (VHB) no procederá la realización de: ---Anti HBs (Anticuerpo de superficie contra VHB) cuando: o hay una HVB en curso o la petición se solicita con diagnóstico "estudio prevacunado" o el HBsAg (Antígeno de superficie del VHB) y el HbcAc (Anticuerpo frente al core del VHB) son negativos y el paciente no está vacunado. ---HbsAg no procede en pacientes con diagnóstico "estudio postvacunal" ---HbcAc no procede en pacientes vacunados -En Hepatitis C (VHC) en pacientes identificados con toda seguridad (nombre y número de historia y/o fecha de nacimiento) que tengan resultado positivo anterior, se remite a ese resultado anterior.

Resultados: Aplicando los criterios mencionados en un total de 25.996 peticiones, se observó que 4.872 (18,71%) no proceden con la siguiente distribución: En VHB: q Anti HBs: de 6.247 peticiones, 2.878 no proceden (46%); 1 de cada 2,17 peticiones. q HBsAg: de 12.066 peticiones, en 323 no procede (2,67%); 1 de cada 37,35 solicitudes q HbcAc: de 5.426 peticiones, 314 no proceden (5,78%); 1 de cada 17,28 determinaciones. Considerando los tres parámetros, de 23.739 pruebas solicitadas, se han desestimado por aplicación de este protocolo 3.515 (14,8%) En VHA: De 2.257 solicitudes, 1.357 no proceden (60,12%), 1 de cada 1,6 casos.

Conclusiones: 1. El porcentaje de inadecuaciones es mayor en marcadores de infección aguda por VHA y en el Anticuerpo de superficie de VHB 2. A raíz de este estudio se ha puesto en marcha una herramienta informática que identifique automáticamente los criterios de inadecuación.

P-128. PROYECTOS DE CALIDAD EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 1 DE MADRID EN 2007

G. Garzón González, R. Rodrigo Yudego, C. Martínez Cervell, et al

Área 1 Atención Primaria Servicio Madrileño de Salud; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Cada equipo de Atención Primaria (EAP) del Área 1 del Servicio Madrileño de Salud tiene un responsable de calidad y una comisión de calidad estable desde hace años con profesionales formados en herramientas de calidad por la Unidad de Calidad del área. Entre sus actividades se encuentra la elaboración de Proyectos de Mejora Continua de Calidad, anuales en principio, que además figuran en los objetivos que pacta el EAP con el Área. El objetivo de este trabajo es describir la dinámica de elaboración y validación de los proyectos de calidad y los resultados del año 2007.

Métodos: Los proyectos de calidad se desarrollan siguiendo la metodología de ciclos de mejora continua (PDCA). Los grupos de trabajo son las propias comisiones de calidad que tienen también potestad para formar equipos de mejora específicos. Los proyectos desarrollados son remitidos a la Unidad de Calidad del área, responsable de su validación/acreditación en base a criterios de: detección de situaciones mejorables, priorización de problemas, análisis de causas, definición de criterios, indicadores y estándares, descripción del plan de actuación y explicitación de la reevaluación.

Resultados: Durante el año 2007 se presentaron 32 proyectos de calidad. Estos proyectos procedían de 28 de los 33 EAPs, de la Unidad de Salud Bucodental y del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria. Todos los proyectos presentados cumplieron los criterios de acreditación. Con respecto a las áreas de mejora a las que se dirigían, la distribución fue la siguiente: mejora de procesos asistenciales (6), mejora de actividades de procesos/educación (1), mejora de los procesos de cita/agenda (10), mejora de procesos de coordinación en el centro (2), mejora de actividades docentes (3), mejora de gestión de suministros, almacén o materiales (7), mejora de relaciones con otras organizaciones (1), mejora de procesos administrativos (3). El ma-

nejo del paciente sin cita o de urgencia fue el problema al que más proyectos se dirigieron (8/32).

Conclusiones: El nombramiento de responsables de calidad en cada EAP, la formación en herramientas de calidad y el planteamiento de objetivo de un proyecto de mejora anual son intervenciones que consiguen una alta participación en diseño e implantación de proyectos de calidad.

P-129. CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UCI ADULTOS DE UN HOSPITAL GENERAL

M.J. Martínez, C. Robles, J.F. Martínez, I. Navarro, A. Subira, A. Quero, D. Surera, I. Alférez, M. Rodríguez, et al

CH Torrecárdenas Comisión Infecciones.

Antecedentes/Objetivos: El CH Torrecárdenas comunicó en 2005-2006 una mayor incidencia de infección nosocomial (IN) en comparación con la observada en otros centros sanitarios andaluces de igual nivel (Plan de Vigilancia de la IN en Hospitales del SAS) lo que obligó a implantar soluciones correctoras. Ya que las infecciones adquiridas en las UCIs asocian un mayor índice de morbimortalidad, se priorizó en esta unidad en la que se realizaron las siguientes intervenciones: i) una reforma estructural con ampliación del área, aumento del número de habitaciones de aislamiento e instalación de nuevos puntos de lavado de manos con grifería automática, ii) una intensificación de medidas generales de higiene Objetivo: evaluar la repercusión sobre el control de la infección en UCI de conjunto de medidas aplicadas.

Métodos: Estudio retrospectivo cuasiexperimental. Intervención: renovación-ampliación de instalaciones de UCI operativa desde septiembre 2007 con intensificación del programa de higiene de manos. Ámbito: UCI de adultos del CHT. Periodo 2 años: un año antes y otro después de la intervención (periodo 0: sep06-ago07, periodo 1: sep07-ago08) Muestra: pacientes ingresados en UCI con infección/colonización por alguno de los habituales MOs asociados a IN en el CHT: A. baumannii, P. aeruginosa y/o S. aureus meticilin-R (MRSA). Variables: aplicación de medidas frente IN en UCI, infecciones-colonizaciones por MOs. estudiados/estancias en UCI. Se compararon con el test t-Student.

Resultados: Los 12 meses previos a la reforma ingresaron en UCI 1.034 pacientes (5.315 estancias) aislándose alguno/s de los MOs estudiados en 161 muestras de 64 pacientes (6,1%): A. baumannii en 25, P. aeruginosa en 28 y MRSA en 35 pacientes de un total de 1.029 de muestras procesadas. Durante los doce meses siguientes a la puesta en marcha de la nueva UCI ingresaron 1.087 pacientes (5.197 estancias) aislándose alguno/s de estos MOs en 69 muestras de 40 pacientes (3,6%): A. baumannii en 9, P. aeruginosa en 22 y MRSA en 14 pacientes de un total de 1230 de muestras procesadas. En este periodo hubo una reducción significativa de la IN objetivada como: i) una reducción (92 muestras menos) del número total de muestras positivas (p 0,003); ii) un 37% menos (de 64 a 40) de pacientes infectados-colonizados (p 0,039); iii) con descensos tanto del porcentaje de infect.-coloniz./nº ingresos (de 6,1% a 3,6% (p 0,029)) como de la razón de infect.-coloniz./100 estancias (de 1,20 a 0,77 (p 0,030)).

Conclusiones: Los cambios estructurales y funcionales aplicados en la UCI de nuestro Centro han conseguido descender de forma significativa la incidencia de las infecciones-colonizaciones por los patógenos más frecuentemente implicados en la IN de nuestro entorno.

P-130. SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADA DE VIGILANCIA NOSOCOMIAL

M.A. Rodríguez Maresca, J.R. Maldonado, M. Martínez, J. Espín-Gálvez, J.F. Martínez-Coronel, L. García-Balart, I. Navarro, A. Quero, C. Robles-Aguilera, et al

Hospital Torrecárdenas; Comisión de Infecciones.

Antecedentes/Objetivos: En muchas ocasiones escapamos al control de los tiempos de emisión/recepción de informes desde el laboratorio a los diferentes servicios clínicos, produciéndose demoras y pérdidas de información potencialmente evitables. Se propone aquí el desarrollo de una metodología conjunta entre el L. de Microbiología (LM), S. de M. preventiva (MP) y la Comisión de Infecciones (CI), que consiste en una aplicación informática de desarrollo propio, utilizando los recursos telemáticos disponibles en la mayoría de los hospitales del SAS, que consiga una demora mínima entre la emisión y la recepción de los informes, garantizando en todo momento la trazabilidad de la información y mejorando la actividad preventiva en el control de las infecciones nosocomiales (IN).

Métodos: 1) Trabajo coordinado y en equipo: LM-MP-CI 2) Desarrollo de un sistema de Envío Rápido de Informes de Microbiología Especializada (SIRME). El programa de gestión, detecta automáticamente, los fenotipos que cumplan los criterios definidos como agentes bacterianos de vigilancia nosocomial; generándose una alerta nosocomial que es enviada (en PDF) simultáneamente, y utilizando la dirección IP de los ordenadores implicados, al Servicio de MP y al ordenador de la presidenta de la CI. Impresión directa del informe en una impresora selecciona en MP, garantizando las actuaciones preventivas de forma precoz. 3) Verificación de la fiabilidad de los circuitos de trabajo. Utilizando el ejecutable de Windows para la IP del ordenador de MP, asegura el correcto funcionamiento de la impresora predeterminada para la Vigilancia Nosocomial (VN).

Resultados: Registros digitales de los envíos durante el período de 3 meses: 1) Diarios: fecha/hora - Nº de envíos: 103/90 días - Microorganismos informados: o Enterobacterias BLEA +: 41/103 (42,2%) o Pseudomonas multi-R: 7/103 (7,2%) o Acinetobacter multi-R: 6/103 (6,1%) o SARM: 54/103 (55,6%) - Pérdidas: 27/91 (días). 2) Acumulados: listado completo de envíos (103 mo).

Conclusiones: El novedoso sistema de detección e información mediante los circuitos rápidos de transmisión de datos utilizando los recursos disponibles en todos los hospitales del SAS, puede suponer una mejora en el control de las IN mediante una optimización en la metodología de trabajo.

P-131. ESTRATEGIA DE CONTROL DE PATÓGENOS MULTIRRESISTENTES EN UNIDADES DE RIESGO

J.R. Maldonado Castillo, M.D. Sureda Santiso, M. Rodríguez Maresca, M.R. Góngora Abad, A. Subirá Imberón, M.C. Gálvez Contreras, L. García Balart, J. Espín Gálvez, J.F. Martínez Coronel, et al

Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Comisión de Infecciones).

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones nosocomiales (IN) por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) y por *Acinetobacter baumannii* resistente a imipenem (ABRIM) son cada vez más frecuentes en nuestro medio (prevalencia de IN en Hospital Torrecárdenas: SARM: 5,26%, ABRIM: 2,63%. EPINE 2007), son causa de alta morbimortalidad, producen múltiples resistencias al tratamiento y tienen gran capacidad de transmisión. Todo ello unido a las características de especial sensibilidad de los pacientes ingresados en las Unidades de UCI y Reanimación, hace que estas infecciones hayan adquirido especial relevancia en el medio hospitalario. Para minimizar estos problemas, se creó una estrategia conjunta entre las Unidades de UCI y Reanimación, los Servicios de Microbiología y Medicina Preventiva y la Comisión de Infecciones. Se elaboró un protocolo, mediante el cual se seleccionaron a pacientes ingresados susceptibles, se realizaron controles microbiológicos de vigilancia a dichos pacientes, se aplicaron medidas de aislamiento y descolonización selectiva de pacientes colonizados-infectados, se realizaron controles microbiológicos postdescolonización, se supervisaron las actuaciones y se evaluaron los resultados. **Objetivos:** disminuir la colonización-infección

por SARM y/o ABRIM mediante medidas de detección, aislamiento, descolonización y vigilancia.

Métodos: Estudio: Prospectivo cuasi-experimental. Intervención: control microbiológico, descolonización, aislamiento y supervisión. **Ámbito:** Unidades de UCI de adultos y Reanimación del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. **Periodo de estudio:** 6 meses (mayo a octubre de 2008). **Muestra:** 290 muestras de 3 frotis (nasales, axilares y antecubitales) de 52 pacientes. **Variables:** Independiente: Controles microbiológicos, descolonización, medidas de aislamiento y supervisión. Dependiente: Muestras o frotis de colonización-infección por SARM o ABRIM/pacientes seleccionados o frotis de vigilancia realizados.

Resultados: Se detectaron 17 frotis de vigilancia + (5,86%). Se detectaron 10 pacientes con muestras de frotis de vigilancia + (19,23%), 14 SARM y 6 ABRIM. Se detectaron 5 pacientes con muestras de frotis postdescolonización efectiva (55%).

Conclusiones: La estrategia para el control de SARM y ABRIM permite disminuir la colonización-infección de estos patógenos en la Unidades de UCI y Reanimación. Los niveles de cumplimiento son aceptables en ambas Unidades. **Limitaciones:** No se ha analizado por separado las Unidades y los microorganismos. Esta estrategia podría ser extrapolable a otras Unidades de riesgo.

P-132. UNA OPORTUNIDAD PARA EL TRATAMIENTO PRECOZ DE LAS INFECCIONES POR PATÓGENOS DE RELEVANCIA NOSOCOMIAL

M.A. Rodríguez Maresca, I. Reche-Molina, M.C. Gálvez, M. Grau-Gálvez, J. Espín-Gálvez, J.F. Martínez-Coronel, M.J. Martínez, I. Navarro, C. Robles-Aguilera, et al

Hospital Torrecárdenas; Comisión de Infecciones.

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones nosocomiales (IN) y los patógenos multirresistentes suponen un problema de salud pública. La incidencia de IN está cercana al 8%, en nuestro hospital tiene una prevalencia del 5,5%, y la mitad de los pacientes ingresados están recibiendo algún tipo de tratamiento antimicrobiano. Los indicadores para resistencia de SARM fueron superiores al 60% y el número de casos de *Acinetobacter baumannii* por cada 100 ingresos se situaron en 0,31 con un indicador de resistencia a carbapenemas de 0,23. Paralelamente, se llevará a cabo un estudio cuasiexperimental del tipo antes/después que comenzará en nov-08 y durará 1 año. Se establecerán indicadores para medir la precocidad y adecuación de los tratamientos antimicrobianos empíricos basados en los mapas de resistencia locales, la evolución de los pronósticos de los pacientes con infecciones graves, así como la capacidad de detección precoz de brotes epidémicos nosocomiales basado en la innovadora metodología. El objetivo principal es el diseño de un modelo de trabajo que permita optimizar los tratamientos antimicrobianos empíricos, detectar precozmente los patógenos multirresistentes y mejorar la situación de las IN del Servicio de Enfermedades Infecciosas trabajo aplicada.

Métodos: Para alcanzar los objetivos propuestos, se han puesto en marcha dos medidas relacionadas con la comunicación del laboratorio de microbiología y la sección de enfermedades infecciosas de medicina interna: 1) Emisión, en todos los casos que sea técnicamente posible, de informes microbiológicos preliminares basados en las tinciones de gram y los morfotipos aislados en cultivos; 2) envío sistemático y sin demora (a tiempo real) de los informes preliminares y positivos definitivos a una impresora seleccionada en el utilizando los recursos informáticos de la intranet.

Resultados: I. Informes preliminares emitidos en 3 meses: 37 II. Cambios de estrategia de tratamientos antibióticos basados en los informes preliminares: 14 (37,8%) III. Detección de patógenos multirresistentes: 3 (*Pseudomonas aeruginosa* 1; *Staphylococcus aureus* meticilina resistentes 2) IV. Pérdidas y limitaciones del estudio: los fines de semana y festivos no se aplica la metodología del estudio.

Conclusiones: Los informes preliminares pueden ser útiles para la optimización de los tratamientos antibióticos si se utilizan vías fiables y rápidas de transmisión de resultados.

P-133. ¿CUMPLEN LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CON LOS REQUISITOS DE LA LEY 41/2002?

J.E. Calle Urra, P. Parra Hidalgo, R. Gomis Cebrián, F.J. Navarro Moya, A. Gutiérrez Alonso, A. Más Castillo, M.C. Carnicero García, et al

Subdirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, establece la obligación de obtener el Documento de Consentimiento Informado (DCI) por escrito ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y siempre que se apliquen procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes sobre la salud. Establece además los requisitos que dichos documentos deben cumplir. El propósito de este trabajo es, estudiar la calidad formal de los DCI de los 9 hospitales generales del Servicio Murciano de Salud (SMS) y realizar propuestas de mejora.

Métodos: Se ha evaluado la calidad formal de todos los DCI utilizados, en 2007, en los hospitales del SMS. Se han excluido aquellos que no fuesen en realidad DCI, los repetidos, los correspondientes a técnicas no realizadas por el centro, los múltiples, los genéricos y aquellos en los que no coincidiese el nombre del procedimiento con el contenido del DCI. Para la valoración se han utilizado 19 criterios de calidad. Se han elaborado además varios indicadores.

Resultados: Fueron eliminados el 15% del total de 1676 DCI recibidos. El número de DCI valorados fue 1425 y oscilaba por centros entre 39 y 351. Un 2,5% de los procedimientos disponían de más de un DCI y el 25,1% no tenían epígrafes para separar los distintos apartados con información. El porcentaje de DCI con palabras erróneas o siglas era del 13,6 y 9,9% respectivamente. Existía una gran cantidad de documentos que presentaban la palabra "INSALUD" acompañado frecuentemente de la expresión "19_" (mil novecientos). El promedio de defectos por DCI fue 7,6. Los criterios con mayor margen para la mejora eran aquellos relacionados con los datos del procedimiento a realizar y, sobre todo, el C13 (presencia de contraindicaciones), con el 99,2% y el C10 (presencia de consecuencias relevantes) con el 91,3%. El tercer lugar era ocupado por el C19 (constancia de que se ha hecho entrega de copia) con el 87,6%.

Conclusiones: Existe un amplio margen para la mejora en la calidad formal de los DCI. Se observa una alta variabilidad entre hospitales en relación con que procedimientos deben de disponer de DCI. Gran parte de los documentos no han sido revisados en los últimos 5 años y muchos de ellos presentan un formato poco amigable para el paciente (sin epígrafes, con palabras erróneas y/o siglas). Entre las medidas correctoras aparecen la normalización del formato de los DCI a partir de los criterios de calidad utilizados, el establecimiento de sistemas de registro de los mismos y la actualización de su información en los plazos que se establezcan.

P-134. GUÍAS TÉCNICAS DE ATENCIÓN A PROCESOS ASISTENCIALES DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA MUJER

P. Fernández Romero, B. Vega Vázquez, F. Martínez Varela, M.D. Martínez Romero, M.J. Cruces Artero, J.L. Aboal Viñas, J.L. Doval Conde, et al

Consellería de Sanidade de Galicia; Servicio Gallego de Salud; Applica Asociados.

Antecedentes/Objetivos: Durante la elaboración del Plan se identificó como un elemento de mejora imprescindible a la hora de prestar servicios de calidad, la homogenización de las actuaciones de los profesionales que atienden a los procesos de atención a la mujer. La mayor parte de los 32 proyectos definidos tuvieron como primera actuación la elaboración de una guía técnica. Esta comunicación contiene la metodología empleada para la elaboración de esas guías.

Métodos: Se crearon grupos de trabajo formados por profesionales expertos en los procesos asistenciales de las guías. No son guías de práctica clínica aunque éstas son la base para su elaboración pero tampoco guías de procesos asistenciales que contienen todos los aspectos de la gestión por procesos. Estas guías quieren servir de ayuda a la toma de decisiones de los profesionales, homogeneizando las actuaciones sanitarias en el SERGAS. La unidad básica dentro de la guía son los subprocesos en los que se definen su objetivo, el motivo de aplicación y las actuaciones sanitarias a realizar. También se incluyen algunas características de calidad (cualificación o titulación del profesional, instalaciones y materiales necesarios). Se acompañan de información específica del área sanitaria en cuanto a flujos de derivación y forma de acceso a los especialistas consultores. Las guías fueron enviadas a revisores externos y aprobadas por un comité técnico creado en la Consellería.

Resultados: Participaron más 120 profesionales en 17 grupos. La elaboración de las guías ha durado 6 meses y 5 guías ya se están implantando en áreas piloto, 3 están en imprenta, 3 en maquetación y el resto cerrándose por los grupos. Las guías contienen información básica de qué hacer en cada momento y son totalmente complementarias a las guías de práctica clínica. No tienen carácter académico sino que analizando el proceso asistencial en orden cronológico apoyan a los profesionales en su toma de decisiones. El tamaño del documento final es muy asequible para su lectura y aplicación.

Conclusiones: La necesidad de herramientas institucionales que ayuden a los profesionales en su toma de decisión es un paso adelante que algunos Servicios de Salud están dando para mejorar su calidad asistencial. Además es una respuesta a la inquietud presentada por asociaciones de enfermos a la hora de que el servicio sanitario sea prestado de forma homogéneo. Es una herramienta que pretende mejorar la calidad de la prestación de servicios sanitarios ayudando a los profesionales en su labor diaria. Está previsto que las actuaciones definidas en estas guías técnicas sean incluidas en el sistema informático que soporta la historia clínica informatizada para facilitar su uso.

P-135. CUADRO DE MANDOS PARA SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA

I. Olaya Caro, M. Pérez Díaz, et al

Districto Sanitario Córdoba. Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: En los acuerdos de gestión clínica se establece como condición básica necesaria del Distrito, para autorizar las Unidades de gestión Clínica (UGC), la existencia de un sistema de información que garantice la validez de los datos de evaluación y seguimiento del acuerdo, así como la comunicación periódica de esta información a las unidades. Para ello necesitábamos un conjunto de indicadores que proporcionaran a la dirección (tanto de la UGC como de distrito) una visión comprensiva y concisa de la unidad; una herramienta que permitiera a la organización alinear sus recursos y energías con la estrategia (objetivos estratégicos) del servicio andaluz de salud, del distrito sanitario y de la UGC. **Objetivos:** 1. Ayudar a la consecución de los objetivos estratégicos de la organización. 2. Facilitar a los profesionales la comparación con otros centros. 3. Aumentar la responsabilidad y colaboración de los profesionales. 4. Aportar conocimientos a la dirección de la UGC y a la Dirección del distrito. 5.

Ahorrar tiempo en la explotación de los sistemas de información. 6. Detectar oportunidades de mejora en los centros.

Métodos: 1. Definición de cliente del cuadro de mandos 2. Definición de objetivos estratégicos a monitorizar. 3. Definición de indicadores y periodicidad de explotación 4. Definición de fuentes de información 5. Diseño informático: en estos momentos, y con objeto de aportar la información en el menor tiempo posible se ha diseñado en Excel. Está previsto el uso de formato web para 2009. 6. Diseño de un plan de comunicación. 7. Vinculación con otras aplicaciones.

Resultados: -Se ha construido el sistema. -Se han cargado los datos de 1º cuatrimestre de 2008 y del 2º. -Se ha presentado en los centros, con muy buena aceptación por parte de las unidades. El sistema ha recogido y aplicado las sugerencias aportadas por los profesionales.

Conclusiones: -En un mismo formato, amigable y sencillo, se encuentran todos los objetivos presentes en un acuerdo de gestión. Cada objetivo puede ser consultado a través del indicador que lo mide, o puede profundizarse más en la información, viendo su detalle. -Su diseño está pensado para ser utilizado por los profesionales de los centros como clientes principales. -Puede incluirse cualquier otra información que se estime oportuna, vinculándola al objetivo en cuestión. Pueden modificarse los objetivos en función de los cambios en los acuerdos, sin complicación técnica. -Al proporcionar a los centros el archivo en formato Excel, los propios profesionales pueden hacer simulacros de sus resultados, presentaciones de los datos en reuniones, etc.

P-136. EVALUACIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS EN PERSONAL SANITARIO MEDIANTE CONTROL DE LA FLORA TRANSITORIA

I. Campón Pacheco, C. Olvera Porcel, M.D. Martínez Bellón, E. Espigares Rodríguez, M. Fernández-Crehuet Navajas, et al

Hospital Universitario San Cecilio; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: En el Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales del SAS del año 2005 y como parte del contrato programa anual se puso en marcha una campaña de fomento de la higiene de manos centrada en la incorporación de la solución alcohólica para la higiene de manos. Objetivo: evaluar la efectividad de la intervención educativa para mejorar el cumplimiento de la higiene de las manos en el Hospital Universitario de San Cecilio de Granada utilizando como indicador la determinación de la flora transitoria de las manos del personal sanitario, antes y después de la intervención y puesta en funcionamiento de la solución alcohólica.

Métodos: Se han estudiado un total de 660 muestras de las que 254 (38,5%) fueron tomadas antes y 406 (61,5%) después de la intervención e introducción de la solución alcohólica. La metodología se puede sintetizar en recogida de muestras y análisis microbiológico de acuerdo con los métodos microbiológicos habituales, basados en las actividades metabólicas de los microorganismos; intervención educativa directa durante la toma de muestras y al enviar el resultado. Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico de SPSS versión 15.0.

Resultados: Se consideran como flora transitoria los microorganismos incluidos en la familia enterobacteriaceas y Staphylococcus aureus coagulasa positiva. Enterobacterias: antes de la intervención e introducción de la solución alcohólica, se aislaron un total de 12 (57,1%), siendo el personal auxiliar de enfermería con 4 (33,3%) el que presentó el mayor número de aislamientos, seguido de las enfermeras con un 16,7%. Después de la intervención e introducción de la solución alcohólica, de las 406 muestras tomadas se aislaron 9 (2,2%) enterobacterias, valores inferiores a los obtenidos antes de la introducción de la solución alcohólica, siendo igualmente el personal auxiliar

de enfermería el que presentó mayor porcentaje de aislamientos. Al estudiar los staphylococcus aureus, de las 254 muestras tomadas en 34 (13,4%) se aisló S. aureus, con mayor número de aislamientos en el personal auxiliar de enfermería. Después de la intervención e introducción de la solución alcohólica, se aislaron un total de 57 (14%). El personal auxiliar con un 38,6%, seguido de las enfermeras 18 (31,5%) fue el colectivo con mayores porcentajes de aislamientos.

Conclusiones: La intervención ha sido positiva. Disminuye la flora transitoria, aunque aún con un importante potencial de mejora. Es necesario continuar con la educación sanitaria, haciendo especial hincapié en el personal auxiliar de enfermería.

P-137. PROPORCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS EN LOS QUE SE IDENTIFICA LA PERSONA RESPONSABLE

Y. Ortega López, M.D. Martínez Bellón, I. Campón Pacheco, M.A. López Navas, M. Vallejo Serrano, C. Valero Ubierna, et al

H.U. San Cecilio. Medicina Preventiva; H.U. San Cecilio.UCI; H.U. San Cecilio. Urología.

Antecedentes/Objetivos: El registro de las actividades realizadas sobre el paciente y la identificación de la persona responsable de la misma resulta imprescindible para administrar unos cuidados de calidad, además de su necesidad desde el punto de vista legal. Para el presente estudio nos centramos en los procedimientos relacionados con inserción de dispositivos invasivos, ya que son factores de riesgo para el desarrollo de infección nosocomial en el paciente hospitalizado. El objetivo es identificar la proporción de procedimientos de inserción de dispositivos en los que la persona responsable queda identificada en las salas quirúrgicas y médico-quirúrgicas estudiadas. Observar a través de la recogida periódica, la evolución en la identificación.

Métodos: Estudio transversal, Recogida de 418 historias mediante cortes periódicos por sala estudiada en el Hospital Universitario San Cecilio, en el periodo entre marzo y agosto de 2008. Los procedimientos estudiados son inserción de vía venosa periférica, vía venosa central y sonda vesical. Análisis estadístico mediante programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: En relación a la inserción de una vía venosa periférica, la proporción de casos en los que no queda identificada la persona responsable está entre el 30 y el 70% de los casos, dependiendo de la sala. En cuanto a la inserción de una vía venosa central, el porcentaje de casos en los que la persona responsable no queda identificada es mayor, entre el 60 y el 70% de los casos. Respecto a la colocación de un sondaje vesical, el déficit de identificación es importante, encontrándose entre el 60 y el 100% dependiendo de la sala. Al valorar la evolución de la identificación de procedimientos, en general no se observa ninguna tendencia a la mejoría.

Conclusiones: El déficit de identificación de la persona responsable del procedimiento, en la mayoría de las salas en general se encuentra por encima del 40%. La inserción de la vía venosa periférica, es el procedimiento en el que más se identifica al responsable. Aplicar medidas correctoras para conseguir un buen nivel de identificación. Continuar la evaluación periódica para valorar nuevos resultados.

P-138. EFECTIVIDAD DE UN PLAN DE MEJORA CUALITATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA INCREMENTAR EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN. PROYECTO INCOTECA

G. Prieto de Lamo, M. Rosell Murphy, X. Sevilla Merino, T. Rodríguez-Blanco, J. Puig Manresa, J.M. Bonet Simó, C. Martínez Cantarero, S. Juncosa Font, R. Vallès Fernández, et al

Ámbito Centro de Atención Primaria, ICS; IDIAP Jordi Gol.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la efectividad de un plan de mejora para aumentar el grado de control de los pacientes hipertensos, basado en la metodología de la mejora cualitativa y dirigido a los profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP).

Métodos: Diseño: estudio multicéntrico multidisciplinar cuasi-experimental antes-después con grupo control. Asignación no aleatorizada de la intervención por EAP. Ámbito de estudio: 18 EAP de la provincia de Barcelona, 405.232 habitantes. Población de estudio: Estudio de base poblacional, que incluye todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA). Variables de estudio: Dependientes: Principal: buen control de HTA (PAS < 140 mmHg y PAD < 90 mmHg; si diabetes, insuficiencia renal o cardiaca PAS < 130 mmHg y PAD < 85 mmHg); Otras: cifras de presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), educación sanitaria, tratamiento farmacológico y cumplimiento terapéutico. Independientes: Principal: grupo de estudio (intervención (GI) vs práctica clínica habitual (GPCH)); Otras: sociodemográficas y clínicas. Intervención (plan de mejora cualitativo): programa dirigido al personal de los EAP que incluyó sesiones de formación, feedback a los profesionales sobre los pacientes mal controlados, audit de indicadores de resultados y medidas específicas para facilitar la implementación de la guía de práctica clínica de HTA del ICS. Análisis estadístico: análisis descriptivos, diferencia de medias, tamaño del efecto, cambio absoluto y relativo de porcentajes respecto al basal. Análisis previo a la intervención y al final de la misma (un año).

Resultados: Aunque existen diferencias estadísticamente significativas en algunas características basales entre ambos grupos debidas al elevado número de sujetos incluidos en el análisis (32.194), no son clínicamente relevantes. Buen control de HTA: al año, el porcentaje de buen control fue 7% (IC95%: 5,9-8,2) más alto en el GI ($p = 0,000$). Si consideramos el cambio absoluto respecto al valor basal, se encontró un aumento de 5,8 unidades porcentuales en el GI respecto al GPCH. PAS: al año, la media fue de 2,05 mmHg (IC95%: 1,73-2,37) más baja en el GI ($p = 0,000$). PAD: al año, la media fue de 1,02 mmHg (IC95%: 0,81-1,23) más baja en el GI ($p = 0,000$). El tamaño del efecto fue, tanto para la PAS como la PAD, inferior a 0,2, pero más grande en el GI.

Conclusiones: La implantación de un plan de mejora cualitativo multidisciplinar entre los profesionales de Atención Primaria fue efectivo en el aumento de la población de pacientes hipertensos bien controlados.

Financiación. Premio Región Sanitaria Barcelona, Laboratorios Esteve.

P-139. MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON CRISIS CONVULSIVAS EN UN SERVICIO SANITARIO PÚBLICO

R. González Pérez, A. Caballero Oliver, J.M. Aldana Espinal, I. Pérez Torres, I. Ávila Mateo, J.J. Rodríguez Uranga, R. Camino León, E. García Requena, M.D. Jiménez Hernández, et al

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Las crisis convulsivas suponen entre el 0,3 y el 1,2% de las consultas a los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH). Una cuarta parte de los pacientes atendidos por este motivo presentan la crisis por primera vez en su vida. La clasificación por niveles de prioridad, la atención sanitaria, el tratamiento y los cauces de derivación varían según las características del paciente y el tipo de crisis. Los objetivos de este trabajo son: 1) Consensuar criterios para la adecuada clasificación de los pacientes con crisis convulsivas por niveles de prioridad; 2) Sistematizar la atención sanitaria urgente de las crisis convulsivas, y 3) Promover cauces de derivación eficientes para estos pacientes.

Métodos: Se constituyó un grupo de expertos en el que se buscó la representatividad de los distintos perfiles de profesionales

implicados en la atención urgente hospitalaria de los pacientes con crisis convulsivas. La metodología seguida por el grupo fue: 1) Revisión bibliográfica y elaboración de un documento de partida sobre la atención al paciente con crisis convulsivas en urgencias hospitalarias. 2) Selección por consenso de la información clave para dar a conocer en los SUH. 3) Tratamiento de la información seleccionada para favorecer la visualización (elaboración de flujos y diagramas) y el impacto de la misma en los profesionales. 4) Selección del formato adecuado para dar a conocer la información en SUH. 5) Elaboración del documento final con la información clave presentada en flujos. 6) Distribución a los profesionales, en las consultas de neurología, neuropediatría y en los SUH.

Resultados: El grupo de trabajo fue promovido desde un servicio público y quedó conformado por dos neurólogos, dos neuropediatras, dos médicos de familia de urgencias y dos personas de gestión sanitaria. Después de una oportuna revisión de la bibliografía, el grupo identificó documentos e información clave relativos a la atención urgente a los pacientes con crisis convulsiva. Tras ello, definió un modelo de póster con la siguiente información: 1) Flujo sobre la valoración inicial y el triaje del paciente con crisis convulsiva que acude a urgencias hospitalarias 2) Tabla sobre la valoración médica (anamnesis; exploración física, y exploraciones complementarias para cada caso) necesaria en estos pacientes 3) Flujo sobre la derivación del paciente al alta de urgencias hospitalarias.

Conclusiones: Es posible sistematizar la información y los flujos de pacientes que acuden a urgencias hospitalarias. Esta sistematización puede lograr una atención homogénea de los pacientes. Todo ello es esencial para una mejora de la atención urgente a los pacientes con crisis convulsiva.

P-140. GUÍA DE ATENCIÓN A MUJERES CON ENDOMETRIOSIS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

C. Lama, M. Sánchez-Lanuza, M.A. Vlaverde, C. Escalera, J. Aldana, J. García Rotllan, et al

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS; Subdirección de Programas y Desarrollo; Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud; Servicio de Cartera de Servicios.

Antecedentes/Objetivos: La elaboración de la guía obedece a la aprobación en 2007 de una proposición no de Ley en Andalucía, de la iniciativa de la Federación Andaluza de Asociaciones de Endometriosis y porque la endometriosis es frecuente, crónica, progresiva y recurrente en muchos casos, de causa desconocida, con un espectro clínico es muy amplio que condiciona retraso diagnóstico y alteración de la calidad de vida El tratamiento depende de diversos criterios, que hace necesaria la individualización de cada caso El objetivo principal de la guía es ofrecer una asistencia sanitaria de calidad a las mujeres con endometriosis con recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y el establecimiento de un sistema de organización favorable a las mismas.

Métodos: Intervienen el Servicio Andaluz de Salud y profesionales de diferentes especialidades Análisis de la evidencia científica disponible sobre los aspectos que incluye la guía, mediante una estrategia de búsqueda de revisión de la literatura científica en guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y artículos relevantes y de revisión Clasificación de los niveles de evidencia y grados de recomendación con una adaptación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network Revisión externa del documento instituciones y organizaciones profesionales y sociales Actualizaciones según resultados de la investigación. En cualquier caso, la guía se renovará en 2012 Destinada a los profesionales que intervienen en la atención sanitaria de las mujeres con endometriosis.

Resultados: Guía clínica para profesionales de atención primaria y hospitalaria, con recomendaciones para el diagnóstico, desde la sospecha clínica, para el tratamiento y organización de la asistencia sanitaria según diversos parámetros. Se evidencian lagunas en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, diagnóstico y tratamientos.

Conclusiones: 1. Se ha elaborado una guía de calidad para las mujeres con endometriosis. 2. Ha sido relevante la participación de organizaciones profesionales y sociales. 3. Incluye la continuidad asistencial entre atención primaria y hospitalaria. 4. Su aplicación contribuirá al diagnóstico precoz y a la disminución de la variabilidad diagnóstica y terapéutica. 5. Se han identificado áreas de mejora en el conocimiento de la enfermedad que abren líneas de investigación.

P-141. ACCESO A LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

D. Domínguez Tristanchó, B. Pérez García, I. Píriz Martínez, M. García Simón, A. Ramos Jiménez, M. Rebollo Vela, et al

Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Conocer el grado de acceso de los médicos de familia (MF) a los servicios de ecografía y sus preferencias en cuanto al tipo de acceso que desearían tener a esta tecnología.

Métodos: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta administrada por correo postal, nominal, al total de MF y pediatras que ocupan plaza de equipos de Atención Primaria en una Comunidad Autónoma. Intervalo de Respuesta de tres meses. Variables estudiadas: edad, centro de salud (CS), grado de acceso a la ecografía, preferencias sobre el acceso en un futuro, asistencia a cursos de formación y deseos de asistir a cursos de formación. Se dejó una pregunta abierta para sugerencias que se analizaron según porcentajes de temas relacionados.

Resultados: Tasa de respuesta 40% (357 respuestas). Edad media de los encuestados 47 años (rango 28-61). Participaron en la encuesta el 94% de los CS de la Comunidad. 274 (77%) reconocieron tener acceso a la ecografía no obstétrica, 37 (10%) tanto obstétrica como no obstétrica y 44 (12%) reconocieron no tener acceso. Desearían tener ecógrafo en el CS estando ellos capacitados en ecografía 108 (30%), tener un ecógrafo en CS junto con un MF capacitado 60 (17%), y ambas posibilidades 35 (10%). El acceso directo a los servicios de eco prestados por hospitales es preferido por 65 (18%), comparten esta preferencia junto con tener un ecógrafo y un MF capacitado 31 (9%), o con estar ellos mismos capacitados 27 (7%), 21 (6%) prefirieron las tres últimas opciones. 10 (3%) MF prefirieron un acceso indirecto a los servicios de ecografía. Respecto a la formación, 107 (30%) habían asistido a algún curso de ecografía y 250 (70%) no. Desearían recibir formación 286 (80%), no mostraron interés 71 (20%). En el apartado de sugerencias se registraron 116, de ellas 78 (67%) estaban relacionadas con aumentar la formación y/o potenciar la implantación, 21 (18%) falta de tiempo debido a la presión asistencial, 9 (8%) relacionadas con la lista de espera, 8 (7%) solicitaban un radiólogo en el C.S.

Conclusiones: La mayoría de los encuestados tienen acceso directo a la ecografía no obstétrica. El 81% mostró preferencias por implantar la ecografía en A.P. frente a un 19% que prefirió no cambiar el status quo. La mayoría desearían recibir formación en ecografía. Cabe citar la alta presión asistencial en algunos centros como uno de los principales frenos para los profesionales dispuestos.

PÓSTERES XI

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Seguridad de los alimentos y agua de consumo humano

P-142. SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DEL ÁREA SANITARIA NORTE DE CÓRDOBA

M.E. Medina Romero, M.A. Romero Paredes, P.M. Armario Ibáñez, M. Guisado Segador, C. Pérez de la Cruz, M.C. Sánchez de Gracia, A. Rodríguez López, L.J. Fernández Martín, E. Fuentes Ruiz, et al

Servicio de Salud Pública del Área Sanitaria Norte de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: El Real Decreto 140/2003 establece los criterios sanitarios del agua de consumo humano y de las instalaciones que permiten el suministro hasta el grifo del consumidor y el control de éstas. Por tanto, se plantea como objetivo del presente estudio evaluar el cumplimiento de la normativa de los sistemas de abastecimiento en los municipios del Área Sanitaria Norte de Córdoba (ASNC).

Métodos: Se ha procedido a analizar los datos obtenidos de las inspecciones realizadas por los farmacéuticos A4 a los distintos abastecimientos de los municipios desde el año 2006 hasta el primer trimestre del 2008. Así mismo se ha comprobado la información volcada en el Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC).

Resultados: El 40% de los abastecimientos presentan estado de limpieza incorrecto en el año 2006 pasando a un 4% en el 2008. El 4% presentan personal técnico sin formación de manipulador y medidas de seguridad en almacenamiento y/o manipulación de productos químicos insuficientes en el 2006 manteniéndose y pasando a un 33% respectivamente en el 2008. El 82% presentan ausencia de Fichas de Datos de Seguridad en el 2006 pasando a un 71% en el 2008. El 11% presentan ausencia sistemas automáticos de desinfección en el 2006 pasando a un 4% en el 2008. El 24% presentan ausencia de perímetro de protección en el año 2006 pasando a un 27% en el 2008. El 67% no presentan señalización en el 2006 pasando a un 9% en el 2008. El 44% presentan mantenimiento incorrecto en el 2006 pasando a un 35% en el 2008. El 55% presenta una red de abastecimiento no mallada en su totalidad y el 9% no disponían de dispositivos de extracción. El 60% no cumplían en cuanto a la frecuencia establecida para las determinaciones organolépticas y/o de cloro en red en el primer trimestre del 2007 pasando a ser el 24% en el 2008. El 4% no han volcado analíticas en el SINAC correspondientes a los años 2004, 2005, 2006 y en el año 2007 el 100% lo han realizado.

Conclusiones: Se observa una evolución positiva en cuanto al cumplimiento de la normativa, posiblemente motivada por la concienciación de los gestores y las actuaciones de control llevadas a cabo. Sí, se detecta una mayor incidencia en la falta de señalización, deficiencias de mantenimiento y en las medidas de seguridad en almacenamiento y/o manipulación de los productos químicos que se deberá tener en cuenta a la hora de realizar las inspecciones. Así mismo se comprueba que un elevado número de redes no son malladas, por lo que sería recomendable que se tuviera en cuenta por parte del gestor a la hora de fijar puntos de muestreo.

P-143. PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS SEGÚN EL RIESGO (PRO CER) EN CATALUNYA, 2006-2007

L. Cabedo, M.J. Miguélez, E. Barberá, L. Picart i Barrot, et al

Agència de Protecció de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: El Reglamento (CE) 882/2004 sobre los controles oficiales efectuados para garantizar el cumplimiento de la

legislación en materia de alimentos dispone que los Estados Miembros deben garantizar que se efectúan controles oficiales con regularidad, basados en los riesgos y con la frecuencia apropiada. Además puntualiza que para organizar dichos controles hay que tener en cuenta: los riesgos identificados en relación con los alimentos, su procesado, el historial de cumplimiento de la norma de los industriales y la fiabilidad de los autocontroles. El objetivo fue desarrollar un modelo de cuantificación del riesgo de los establecimientos alimentarios que adjudicara una valoración del riesgo de manera individualizada a cada uno de ellos y que permitiera establecer una frecuencia de inspección coherente con dicho riesgo.

Métodos: Para elaborar el modelo de cuantificación del riesgo de las empresas se llevó a cabo una revisión bibliográfica de los distintos métodos disponibles. Se estudiaron los puntos comunes entre los modelos, los factores de riesgo considerados, la forma de valorarlos y su importancia relativa. Seguidamente se adaptaron los aspectos de estos modelos que mejor se ajustaban a la realidad de Catalunya.

Resultados: El modelo PROCER incluye algunos factores de riesgo considerados fijos, que representan el riesgo inherente al tipo de establecimiento, independientemente de la gestión de riesgos que realicen, como son el tipo de alimento y uso previsto, la actividad de la industria, el método de procesado y el tamaño de la empresa. Por otro lado, también valora factores de riesgo variables, como los antecedentes de la empresa, la higiene, las instalaciones y los autocontroles, que dependen directamente de la gestión de riesgos de la empresa. Los datos obtenidos indican que un 48,42% de los establecimientos son de riesgo medio o alto, un 16,04% son de riesgo bajo, un 29,89% de los establecimientos son de riesgo muy bajo, mientras que el 5,65% son de riesgo muy alto. El sector de los platos preparados es el que tiene el mayor porcentaje de establecimientos de riesgo muy alto y el sector de las bebidas alcohólicas tiene el mayor porcentaje de establecimientos de riesgo muy bajo.

Conclusiones: Con este modelo, aparte de conocer el riesgo atribuido a cada establecimiento, se puede conocer el riesgo deseable a fin de detectar la desviación de cada establecimiento respecto a su situación esperada. No es preocupante el nivel de riesgo en tanto que los establecimientos dispongan de suficiente control del mismo, sino que desde el punto de vista de control oficial debe interesar reducir las desviaciones de los establecimientos respecto a su nicho esperado de riesgo.

P-144. INFLUENCIA DE FACTORES AMBIENTALES EN LA DEPURACIÓN DE MOLUSCOS BIVALVOS VIVOS (MBV)

P.Y. Atienza Martínez, I.M. Prieto Cordero, L.B. Sáenz Albanés, F. Peláez Guilabert, M.A. Amado Moreno, V. Delgado Aguilar, E. Rodríguez Herrera, J.F. García Barreto, R. Valladolid Acosta, et al

SAS Distrito Jerez-Costa Noroeste; SAS Distrito Aljarafe (Sevilla); SAS Distrito Sierra de Huelva-Andévalo Central.

Antecedentes/Objetivos: Demostrar cómo influyen en la depuración de mbv factores ambientales relacionados con el agua de depuración, en relación al equilibrio de las concentraciones bacterianas en los mbv y en el agua. Conseguir condiciones óptimas de depuración en industrias para evitar toxiinfecciones alimentarias.

Métodos: Estudio de su depuración (eliminación bacteriana) ante variaciones ambientales de temperatura, salinidad, oxígeno disuelto y turbidez en el agua de mar.

Resultados: El nº de bacterias disminuye con la temperatura hasta el punto de que la relación de la concentración de bacterias en agua es superior a la concentración en el mbv llegando a la determinación de una temperatura óptima de 14-18 °C. El límite inferior de salinidad para la depuración de bacterias del aparato digestivo de los mbv se sitúa en 1'6%. Con el oxígeno disuelto en el agua encontramos una relación inversamente proporcional a la concentración bacteriana, el rango

óptimo es de 5,5 mg/l de oxígeno ya que concentraciones bajas ocasionan gran sufrimiento en los mbv no resistiendo grandes periodos en seco. Con la turbidez se llega a una conclusión diferente ya que para la efectiva eliminación bacteriana los mbv necesitan que el agua esté ligeramente turbia estando relacionado con el descenso de volumen del contenido estomacal. El límite superior de tolerancia es 70 mg/l. Con las circunstancias ambientales detalladas obtenemos que la velocidad de eliminación bacteriana sigue una curva exponencial y al cabo de 24 horas eliminan el 90-95% de las bacterias patógenas del aparato digestivo, aún cuando se partan de contaminaciones muy altas.

Conclusiones: Para la industria alimentaria (centro de depuración de mbv, donde la depuración se realiza en tanques artificiales) que aplicando las condiciones ambientales óptimas conseguirán un máximo rendimiento de la depuración en menor tiempo, garantizando la salud pública. Los centros de depuración tienen la obligación legal de efectuar analíticas microbiológicas de los mbv que reciban, antes de ser sometidos a la depuración. Por ello, estos animales nos van a servir de indicadores del estado de contaminación microbiológica que poseen las zonas de producción, siendo una aplicabilidad directa el hecho de que existiera una normativa que obligara a estos industriales a comunicar a la autoridad competente, en materia de medio ambiente todos aquellos resultados que no estén dentro de los límites establecidos por el Reglamento 854/04 y según zonas de producción (A, B o C) de Andalucía que las establece la orden de 25/03/03, de la Consejería de Agricultura y Pesca.

P-145. GESTIÓN DEL PROCESO DE CONTROL DE CALIDAD DEL AGUA DE CONSUMO EN EL MUNICIPIO DE BILBAO

A. Etxebarria Lanborena, J.J. Orduna Zubiri, et al

Ayuntamiento de Bilbao. Área de Salud y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: El agua es un bien básico al que todos tenemos derecho y los municipios tienen la obligación de garantizar que sea salubre, de calidad y en cantidad suficiente. Al margen del propio abastecimiento, los programas de control de la calidad del agua de consumo son uno de los pilares básicos en los que se apoya la protección de la Salud Pública en la parte correspondientes al control de los condicionantes medioambientales y como tal, es uno de los programas del Ayuntamiento de Bilbao. A nivel de gestión municipal este programa se ubica en el eje 'Bilbao Seguro' en la línea estratégica 'Control sanitario de alimentos y del medio urbano' y tiene su desarrollo en el proceso operativo 'Control de calidad del agua de consumo' dentro del mapa de procesos del Área de Salud y Consumo. La peculiaridad reside en que en este proceso tienen responsabilidad varias unidades pertenecientes a dos Áreas municipales totalmente independientes y cuenta con varios grupos de interés directo, entre los que se encuentran el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, la empresa contratada que gestiona la estación de tratamiento de agua potable propiedad del Ayuntamiento que abastece de agua al 65% de la población y una segunda empresa, que hace entrega del agua que abastece al 35% restante de población.

Métodos: Se impone una absoluta coordinación entre los organismos participantes y el desarrollo y aceptación de un proceso transversal donde quedan delimitadas las competencias y responsabilidades de cada participante, los sistemas de comunicación y transmisión de información, así como los sistemas de medición y evaluación de cumplimiento tanto del propio proceso como de logro de los objetivos prefijados.

Resultados: El proceso describe: - Planificación anual de objetivos y del muestreo representativo conforme al RD 140/2003, que incluye muestreos en red, en depósitos, en estación de tratamiento de agua potable y en grifo de consumidor - Ejecución del muestreo diario - Analítica - Valoración de resultados - Toma de medidas correctoras, en su caso - Validación de datos y envío de resultados al sistema de

información de la Comunidad Autónoma - Sistema de establecimiento de situación de alerta sanitaria - Evaluación anual.

Conclusiones: El desarrollo de este proceso nos ha resultado una herramienta eficaz que nos ayuda a operar y a gestionar, está por encima de los departamentos u organismos participantes, buscando a la vez, la satisfacción de todas las partes e impulsa la consecución de los resultados deseados.

P-146. GESTIÓN DE ALERTAS ALIMENTARIAS

C. Añón García, A. Osuna Aguera, A. Barceló Pinzón, C. Calero Castellano, F. Macías Gómez, A. Correa García, M. G^a-Mauriño Ruiz Berdejo, M.J. Barquero Gutiérrez, M. Bayona García, et al

Distrito Costa del Sol.

Antecedentes/Objetivos: El aumento de alertas por producto con riesgo para la población a través del Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI) requiere un sistema automatizado digital para transmisión telemática de los resultados de la investigación 1ª fase: estudio piloto adaptación del sistema a las características, formato y nomenclatura de los ficheros a enviar así como ámbito/alcance del estudio.

Métodos: Alcance: alertas enero-septiembre/08 N^o alertas con plazo de actuación de 72 h N^o alertas con actuación menos de 24 h Se clasifican alertas según el tipo de producto (pesca, cárnicos, aceites, colorantes...). Se identifican los tipos de establecimientos implicados (industrias, farmacias, herboristerías...). Para estudio piloto se crea un *check list* con aspectos relevantes para investigación en los productos de mayor riesgo y más implicados Se realizan las tareas para disponer automáticamente y telemáticamente de los datos administrativos y fiscales de operadores económicos Se crea un equipo de profesionales Con suministrador se estiman las necesidades de material informático y de tratamiento de la información para ajustarlos a los futuros estándares de certificación Se planifica la realización del estudio con una hoja de ruta y un calendario de actuaciones.

Resultados: No se han investigado 84 de las alertas recibidas por diversos motivos 58 alertas se investigaron en un plazo inferior a 72 h, con resultado negativo. Los productos de la pesca son los más implicados. En 22 alertas se ha actuado en menos de 24 h. En 10 alertas se localizan productos, impidiendo su comercialización: producto a base de patata de Dinamarca, por hidrocarburos alifáticos. Espumaderas de China, migración Pasta chile rojo de China vía R. Unido. Migración de DINP - di-isonoyl phthalate. Embutido de España, colorante no autorizado, arroz rojo fermentado con levaduras (angkak). Complemento alimenticio de España (depuralina), reacciones alérgicas. Aceite de girasol por hidrocarburos alifáticos. Enchilada y fajitas. Pollo de Francia con Cl. Botulinum. Yogourt de fruta de Vietnam, benzoato sódico no autorizado. Leche infantil de España, brote de intoxicación alimentaria leche infantil, productos con leche de China por presencia de melamina. *Check list* implantación de sistema digitalizado de transmisión de datos a bases de datos de establecimientos incluidos en estudio.

Conclusiones: El estudio identifica los aspectos, riesgo, población afectada e identificación de los operadores económicos a investigar. Para el sistema automatizado digital de transmisión de datos se dispone de un *check list* facilita la implantación.

P-147. LAS TÉCNICAS DE AUDITORÍA EN EL ÁMBITO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA, DENTRO DEL PLAN DE SALUD DE JAÉN

F.J. Chavernas, M.I. Sillero, M.C. Piedra, J.R. Menéndez, L. Muñoz, C. Gómez, et al

Delegación Provincial de la Consejería de Salud en Jaén; Distrito Sanitario Jaén Norte; Distrito sanitario Jaén Nordeste.

Antecedentes/Objetivos: La metodología del III Plan Andaluz de Salud (2005-2008) se apoya en la provincialización de las actuaciones como paso estratégico para garantizar su desarrollo. En este proceso, durante el año 2004, se priorizó como problema de salud en Jaén dentro del ámbito de la protección de la salud, la "morbilidad y riesgos para la salud causados por los productos alimenticios, especialmente relacionados con las toxiinfecciones alimentarias". Al par, se especificó como objetivo a alcanzar el disminuir la tasa de incidencia de brotes alimentarios, a través de la introducción de dos herramientas de gestión del riesgo en el ámbito de seguridad alimentaria: la clasificación y control de los establecimientos según riesgo y la introducción de la auditoria como un elemento más del CSOA.

Métodos: Se ha utilizado la metodología de grupo focal con expertos, para la priorización de problemas de salud, además se usó un cuestionario cuya valoración ponderada medía la importancia, factibilidad y la consonancia con los objetivos marco y ejes transversales del III Plan Andaluz de Salud. Para cada problema de salud priorizado, se especificaron los objetivos concretos a conseguir, las estrategias, recursos necesarios, y las necesidades de formación: Estrategia 1: Clasificar según riesgo y realizar una primer auditoria del sistema de autocontrol de todas industrias alimentarias de la provincia. Estrategia 2: Capacitar a todos los ACSO de alimentos en auditorías del sistema de autocontrol Estrategia 3: Auditar los sistemas de autocontrol de los establecimientos alimentarios públicos y comedores colectivos Población diana: La provincia de Jaén de 664.742.habitantes, posee 2125 industrias alimentarias y 100 agentes de control oficial.

Resultados: Considerando el punto de partida en el que se situaba Jaén en 2004, con ningún agente de control capacitado para realizar auditorías, ninguna empresa alimentaria auditada y una tasa de brotes de toxiinfección alimentaria de 3,15 por 100, se ha avanzado: -los porcentajes de industrias alimentarias clasificadas según riesgo y con primera auditoria en el sistema de autocontrol, han pasado del 5% en 2005 al 19% en 2007. -La proporción de inspectores capacitados, ha sido de 68% en 2005, 90% en 2006 y 96% en 2007 -La tasa de incidencia de brotes de toxiinfección alimentaria ha disminuido hasta un 2,1 por 100 (2007), reduciéndose en un 33%.

Conclusiones: las estrategias utilizadas en el Plan de Salud provincializado en Jaén han resultado eficaces tanto para la capacitación de los agentes de control oficial como para la disminución en la incidencia de la tasa de brotes de Toxiinfecciones alimentarias.

P-148. DISEÑO DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LAS SUPERVISIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

A. Linares, C. Aranda, J.C. Rey, et al

Distrito Metropolitano de Granada SAS.

Antecedentes/Objetivos: La Secretaria General de Salud Pública y Participación de la Junta de Andalucía ha desarrollado un Manual de Procedimiento para la Supervisión de establecimientos alimentarios (mps) que establece un procedimiento normalizado de trabajo para las supervisiones de seguridad alimentaria. El Plan de Supervisión establece una evaluación de las supervisiones y una cualificación de los agentes de control sanitario oficial (acso). El segundo Plan de Calidad de la Consejería de Salud incorpora un enfoque de calidad a las actuaciones en protección de la salud. Objetivo Diseñar un proceso de evaluación de las supervisiones de seguridad alimentaria para valorar su efectividad, la calidad de sus informes, su conformidad con el mps y la cualificación de los acso.

Métodos: Revisión bibliográfica sobre material técnico y guías orientativas existentes. Se definieron las fases de la evaluación y posteriormente se diseñó el Documento de Gestión y Protocolo para la

Evaluación. Ambos documentos se basan en la metodología del mps, incluyendo aspectos prácticos obtenidos en supervisiones anteriores. Se ha realizado una primera fase en su validación consistente en su cumplimentación por acso que hayan participado en más de 3 supervisiones.

Resultados: Las fases son: 1. Obtención de los documentos generados durante la supervisión y de los informes de los tutores 2. Evaluación de documentación 3. Emisión de informe de evaluación 4. Aplicación del Ciclo de Mejora Continua de Deming. Los documentos diseñados son: 1. Documento de gestión de la supervisión: Detalla las fases seguir, actividad a realizar, fecha de realización y el soporte documental que debe generar, sirviendo de check list. Evalúa los recursos de personal y tiempo empleados. 2. Protocolo para la evaluación de la supervisión: Los ítems se agrupan según fases. Indican si las actividades se realizaron conforme a la metodología, si de las actividades realizadas existe constancia documental para poder ser auditada por otro nivel del control oficial, número de acso participantes, tiempo empleado, número de evidencias subsanadas... aspectos necesarios para construir indicadores de efectividad y eficiencia Se incluyeron ítems para evaluar si las supervisiones son efectivas para mejorar la seguridad de los productos y aumentar el grado de conformidad de las actividades con su normativa 3. Indicadores para evaluar la conformidad del procedimiento con el mps, su efectividad y calidad.

Conclusiones: Disponer de un Documento de Gestión uniformiza el procedimiento. Los indicadores y protocolos propuestos permiten una evaluación de los informes y metodología bajo criterios técnicos, objetivos y conocidos. El protocolo es una herramienta eficaz que suministra información relevante para evaluar la calidad de las supervisiones alimentarias.

P-149. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE SUPERVISIONES REALIZADAS EN INDUSTRIAS ALIMENTARIAS DEL DISTRITO ALJARAFE

M. Méndez Moreno, L. Morillo Montañés, E. Martín Vallejo, E. García Cucurella, et al

*Unidad de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.
Distrito Sanitario Aljarafe.*

Antecedentes/Objetivos: Desde la implantación del Plan para la Supervisión de los Sistemas de Autocontrol en las empresas alimentarias de Andalucía esta metodología se ha constituido en la principal herramienta de trabajo de los Agentes de Control Sanitario Oficial (ACSO) que han completado su formación. Objetivo: Analizar los resultados de las Supervisiones realizadas y del seguimiento de los planes de mejora implantados por las industrias.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se han estudiado 20 supervisiones realizadas durante el año 2008 en 9 industrias de panadería y pastelería, 5 almacenes de distribución, 3 industrias de comidas preparadas y 3 de aceitunas. Se han analizado las evidencias de no conformidad detectadas durante el desarrollo de las supervisiones y su posterior corrección en los Planes de Mejora implantados por las industrias.

Resultados: En todas las supervisiones se identificaron evidencias de no conformidad, siendo los Planes Generales de Higiene (PGH) de trazabilidad (100%) y mantenimiento de la cadena de frío (95%) los más afectados, así como el análisis de peligros (100%) en aquellas industrias no afectadas por los criterios de flexibilidad. En el PGH de trazabilidad, los aspectos más deficientes fueron la trazabilidad de proceso (72%) y de salida (67%) mientras que la trazabilidad de entrada era correcta en el 60% de las industrias. En ninguna industria se verificaba el Plan. El Plan de mantenimiento de la cadena de frío no se recogía como PGH en el 90% de las industrias, incluyéndose en el análisis de peligros. Las principales evidencias de no conformidad

detectadas han sido la ausencia de registros de vigilancia y verificación del Plan así como deficiencias estructurales en las instalaciones frigoríficas. En el análisis de peligros se comprobó una deficiente identificación de puntos críticos y definición de los límites críticos (84%) y ausencia de registros de vigilancia y verificación de los mismos. Todas las industrias presentaron Planes de Mejora en los plazos establecidos y nos encontramos en la fase de seguimiento de la corrección de las deficiencias detectadas.

Conclusiones: La metodología de la Supervisión favorece una mayor implicación del operador económico como principal responsable de la seguridad alimentaria. Todas las industrias supervisadas están implantando sus Planes de Mejora. Por contra, esta metodología exige un mayor tiempo de dedicación a cada industria por parte de los ACSO dificultando el cumplimiento del resto de sus tareas.

P-150. VALORACIÓN DE LOS NIVELES DE BORO EN EL AGUA DE ALMERÍA Y SUS IMPLICACIONES EN SALUD

M. Ruiz Portero, M.E. García López, J.M. Villegas Aranda, M.V. Romero López, M.J. Sánchez Ariza, C. Cervantes Orozco, et al

Distrito Sanitario Almería.

Antecedentes/Objetivos: En la actualidad la desalación del agua de mar permite paliar en parte la escasez de agua para el consumo humano y para la industria alimentaria en Almería. Uno de los problemas con los que se encuentran las desaladoras es la eliminación del ión boro presente en el agua del mar. Las membranas de ósmosis utilizadas en el proceso de desalación tienen dificultades para poder reducir el ión boro desde los niveles de de 4,5 mg/Kg, que tiene el agua de mar, hasta 1 mg/l que exige la normativa española en el agua de consumo, recomendando la OMS el valor de 0,5 mg/l, como deseable. En este trabajo se comparan los valores de boro de dos desaladoras con diferentes técnicas de captación del agua de mar, la de Almería que utiliza la captación mediante pozos y la de Carboneras que emplea la captación abierta.

Métodos: RD 140/2003 por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano. Guías para la calidad del agua potable (OMS) Estudio comparativo de los niveles de boro del agua producto de la desaladora de Almería y de Carboneras durante el año 2007. Estudio comparativo del agua producto de la desaladora de Almería y el agua suministrada a los grifos de la población en Almería durante el año 2007. Evaluación del riesgo por ingesta de boro en agua de consumo.

Resultados: En la desaladora de Almería los resultados están dentro del límite establecido en el RD 140/2003 (1 mg/l), si bien sólo disponemos de tres resultados analíticos por estar ésta funcionando desde el 2007. Los valores de boro del agua producto de la desaladora de Carboneras presentan una media de $1,002 \pm 0,041$ mg/l. y con un 50% de los datos por encima del valor paramétrico de 1 mg/l. Realizada la evaluación del riesgo para ingesta de boro en Carboneras, las dosis de exposición resultantes para adultos es de 0,028 mg/Kg/día y para niños es de 0,1 mg/Kg/día, lo que no representa un riesgo significativo que pueda afectar a la salud.

Conclusiones: El agua producida por la desaladora de Carboneras presenta mayor nivel de boro, el 50% de los datos supera los valores paramétricos, condicionado por su sistema de captación abierta y a las características de las membranas de ósmosis. El desarrollo de las membranas utilizadas en ósmosis permitirá en el futuro eliminar más iones y producir un agua con niveles dentro de los valores paramétricos. Realizada la evaluación del riesgo por ingesta de boro en agua, no podemos concluir sus implicaciones en salud sin ampliarse su estudio a la ingesta procedente de otros alimentos y a la exposición por otras vías.

P-151. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE NITRATOS EN PRODUCTOS VEGETALES 2006

M. Martínez Leitgeb, A.M. Hidalgo Escobar, R. López Pérez, C. Hernández Vilaplana, E. Gil Gallardo, C. Arjona Murube, A. Blázquez Rojas-Marcos, et al

Distrito Sanitario Huelva-Costa; Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda; Distrito Sanitario Sevilla Este; Distrito Sanitario Aljarafe; Distrito Sanitario Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: En 1997 la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud puso en marcha el Plan de Detección de Contaminantes y Residuos en productos alimenticios. En el caso de los contaminantes, como los nitratos, la norma principal es el Reglamento 466/2001 de la Comisión. La finalidad del Plan de Control de Contaminantes y Residuos en la cadena alimentaria es la de asegurar la puesta en el mercado de alimentos que no produzcan riesgos para la salud pública.

Métodos: El método empleado consiste en un análisis retrospectivo de los resultados del Programa 2006 llevado a cabo en todas las provincias andaluzas por los Servicios de Control Oficial. Este Programa se centró en los muestreos de lechugas y espinacas, que tienen legislados valores máximos de nitratos, y también acelgas, rúcula y patata. Los laboratorios encargados de realizar los análisis fueron los laboratorios provinciales de salud pública. El número de muestras programadas fue de 70 como mínimo: lechugas (40%), espinacas (40%), acelgas (10%), rúcula y patata (10%).

Resultados: Se analizaron un total de 487 muestras, de las cuales se obtuvieron 12 resultados que excedían los límites máximos: 8 resultados positivos en espinacas (3%) y 4 en lechugas (2%). Ante este resultado y debido a que las muestras tomadas tenían carácter prospectivo, se procedió a la toma de muestras reglamentarias, lo cual sólo fue posible en una de ellas por disponer de ejemplares del mismo origen y cuyo resultado fue negativo. En los otros casos se procedió a avisar a las Comunidades Autónomas de origen de los productos.

Conclusiones: La finalidad de estos Programas de Control es comprobar la seguridad de los alimentos puestos en el mercado frente a los peligros de origen químico y ponen de manifiesto la importancia de los sistemas de trazabilidad implantados por las empresas alimentarias para poder localizar los productos que suponen un riesgo para la salud pública.

P-152. EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA LA SALUD POR INCUMPLIMIENTOS DE LOS PARÁMETROS INDICADORES SODIO Y CLORUROS EN AGUA DE CONSUMO EN EL DISTRITO SANITARIO PONIENTE DE ALMERÍA

M.I. Montes Escudero, M.D. del Águila Giménez, S. Villegas Pérez, et al

Distrito Sanitario Poniente de Almería.

Antecedentes/Objetivos: La publicación del RD 140/2003 que establece los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano, supone que la Consejería de Salud en Andalucía edita en 2005 el Programa de Vigilancia Sanitaria y Calidad del Agua de Consumo, que dedica el capítulo 8 a los incumplimientos y define el procedimiento a seguir cuando se detecten. El Decreto 197/2007 de 3 de julio por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del SAS establece que cada Distrito contará con una Comisión de Salud Pública, entre cuyas funciones está la evaluación de los riesgos potenciales para la salud. Desde 2004 se vienen detectando en el agua de consumo público de las zonas de abastecimiento (ZA) de los municipios de Roquetas de Mar y Vícar incumplimientos para los parámetros indi-

cadore sodio (Na) y cloruros (Cl), cuyo origen principal es la intrusión marina. **Objetivo:** Evaluación el riesgo para la salud, de acuerdo con los criterios establecidos en el programa de Vigilancia Sanitaria y Calidad del Agua de Consumo de Andalucía por incumplimiento de los parámetros Na y Cl en la ZA de Roquetas de Mar y Vícar.

Métodos: Se ha hecho la evaluación de riesgos para la salud considerando: Causa que motiva el incumplimiento/Parámetro afectado Valores paramétricos alcanzados en el incumplimiento Resultado analítico los últimos 12 meses Población abastecida Medidas correctoras adoptadas o previstas Evolución de la situación.

Resultados: Existen incumplimientos confirmados para Na y Cl en las ZA estudiadas debidos a la salinización de los acuíferos. Los valores paramétricos máximos alcanzados son Na551pm y Cl1152ppm. Uno de los gestores no ha definido medidas correctoras o preventivas. No se prevé una evolución a la reducción de estos parámetros. La revisión bibliográfica para la definir de medidas de protección de la salud indica que los valores de Na y Cl no suponen riesgo para la salud de la población general aunque si podría haberlo para los grupos de riesgo definidos.

Conclusiones: Es necesario que la población en general reciba información sobre el contenido en Na y Cl del agua de consumo. La información debe dirigirse especialmente a las personas sometidas a "dietas pobres en sal" y a los profesionales sanitarios, para valorar el aporte de sal del agua en su dieta total. Dada la evolución de estos parámetros los gestores deben definir medidas preventivas o correctoras que eliminen los incumplimientos o en su caso, definir suministros alternativos o restricciones de uso.

P-153. TOXIINFECCIONES POR CIANOBACTERIAS: UN NUEVO RETO PARA LA SALUD PÚBLICA EN ANDALUCÍA

C. Gómez, L. Luque, R. Vázquez, et al

ACSO Distrito Sanitario Sevilla Norte; Referente de Investigación del Distrito Sanitario Sevilla Norte; Coordinadora de Sanidad Ambiental del Distrito Sanitario Sevilla Norte.

Antecedente/Objetivos: Las cianobacterias, o algas verde-azuladas, son microorganismos procariontes, fotosintéticos aerobios unicelulares, con una amplia distribución en todo tipo de hábitat de los cinco continentes. Sus procesos vitales requieren sólo agua, dióxido de carbono, sustancias inorgánicas (fósforo y nitrógeno) y luz. Las cianobacterias producen dos tipos de toxinas las neurotoxinas, que pueden causar la muerte por parada cardiorrespiratoria y las hepatotoxinas (microcistinas) que pueden causar la muerte, de manera más insidiosa, por fallo hepático e incluso inducir tumores. En España existe una normativa que obliga a la detección de microcistinas en aguas de consumo humano e incluso indica el nivel guía (concentración menor de 1 µg/l). Aunque en España los casos de intoxicación científicamente documentados son escasos, se han constatado floraciones de cianobacterias tóxicas en embalses de abastecimiento público. Los objetivos son: Conocer la incidencia de intoxicaciones por cianobacterias en humanos en Andalucía. Determinar qué valores deben tomar los factores que influyen en el crecimiento de las floraciones de cianobacterias (luz, temperatura, pluviometría, grado de desertización, eutrofización, concentraciones de fosfatos y nitritos/ nitratos) para detectar situaciones de riesgo de contaminación de nuestros embalses. Identificar los parámetros metabólicos y bioquímicos que nos permitan sospechar la participación de las cianobacterias como agente causal de intoxicaciones.

Métodos: Realizamos una búsqueda sistemática de la literatura científica sobre este tema. Revisamos las bases de datos Medline, EMBASE, Índice Médico Español, Cochrane Library Plus, y se amplió mediante una búsqueda en bola de nieve.

Resultados: No hemos encontrado evidencia de ninguna intoxicación documentada por cianobacterias en España. Por el contrario se

han descrito casos de afectación animal tanto en Europa como en el resto de los continentes.

Conclusiones: La creciente eutrofización de las aguas, unido a una mayor desertización que hace que las aguas de lluvia arrastren mayor cantidad de sales minerales, así como una mayor insolación han dado lugar a un creciente aumento de las floraciones de cianobacterias lo que da lugar a una mayor producción de cianotoxinas, por ello se hace necesario realizar en Andalucía estudios que nos permitan conocer determinados aspectos sobre estos crecimientos masivos y nos permita establecer un modelo para conocer a priori su aparición. Se hace recomendable la formación de los profesionales sanitarios para que en caso de toxiinfecciones incluyan en el diagnóstico diferencial la intoxicación por neuro/hepatotoxinas de cianobacterias.

P-154. ESTUDIO Y PROGRAMA DE MUESTREO DE CONTAMINACIÓN POR NITRATOS EN VERDURAS Y HORTALIZAS, EN EL DISTRITO SEVILLA ESTE, AÑO 2007

E. Gómez Reina, C.M. Sánchez Peña, J.M. Giraldez Martínez, F. Rodríguez Ballester, R. López Pérez, F. Palos Calero, R.M. Sánchez Peña, M.C. Serna Gordon, M. Velasco Ramírez, et al

Área Gestión Sanitaria Osuna; Distrito Sevilla Norte; SAS.

Antecedentes/Objetivos: La presencia de exceso de nitratos en determinados tipos de alimentos adquiere importancia de índole sanitaria debido al posible efecto metabólico de esta sustancia por su consumo a través de la dieta, representando, por tanto, un riesgo potencial para la salud pública, especialmente para los grupos sensibles de la población como son lactantes y niños de corta edad. Como objetivo nos fijamos el comprobar el cumplimiento del Reglamento CE 1881/2006 del 19 del 12 del 2006 por el que se fija el contenido máximo de determinados contaminantes en productos alimenticios y se regula el límite de NITRATOS para espinacas lechuga y alimentos elaborados a base de cereales y alimentos infantiles para lactantes y niños de corta edad.

Métodos: Las actuaciones llevadas a cabo son las tomas de muestras en establecimientos diáneos: Centrales hortofrutícolas, plataformas de distribución, grandes superficies, o hipermercados que comercialicen los verduras y hortalizas. Se toman 19 muestras prospectivas siguiendo el procedimiento de muestreo que establece el Reglamento (CE) 1882/2006.

Resultados: De las 19 muestra tomadas, la distribución por productos alimenticios fue la siguiente: -Siete muestras de lechugas, con rango de resultado de 614 mg/Kg a 1.432 mg/Kg. -Ocho muestras de espinacas, con rango de resultados de 349 mg/Kg a 1.857 mg/Kg. -Dos muestras de patatas, con resultados de 162 mg/Kg y 214 mg/Kg. -Dos de acelgas, con resultados de 906 mg/Kg y 2.451 mg/Kg.

Conclusiones: 1.-Tras el estudio de los resultados obtenidos se pone de manifiesto que todas las muestras salen dentro de rango establecido para los distintos productos analizados 2.-Hay una gran disparidad de los resultados dentro de los mismos productos alimenticios, con lo que cabe pensar en reforzar la información de los peligros de nitratos a los productores primarios. 3.-Debería de existir un control superior en acelgas ya que por su estructura morfológica, mucho más nerviada, la presencia de nitratos es superior así como se demuestra con la analítica.

P-155. PRESENCIA DE LISTERIA MONOCYTOGENES EN ALIMENTOS LISTOS PARA EL CONSUMO

E.J. Cobaleda Atencia, J. Pérez Aparicio, E.M. Jiménez Jiménez, J.E. Molina Miras, A. Méndez Arroyo, et al

Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce.

Antecedentes/Objetivos: La listeriosis, cuyo agente etiológico es *Listeria monocytogenes*, es una enfermedad emergente de incidencia baja pero de elevada tasa de mortalidad que se asocia a la ingesta de alimentos listos para el consumo, siendo un germen ubicuo y resistente que se desarrolla en áreas de refrigeración, afectando especialmente a personas inmunodeprimidas, embarazadas y mayores de 65 años. Por esto y tras la publicación del Reglamento (CE) 2073/2005, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía pone en marcha el Programa de Control de *Listeria monocytogenes* en Productos Alimenticios dentro del Plan de Control de Peligros Biológicos en la Cadena Alimentaria, de cuya aplicación en el periodo 2007-2008 se extrae el presente estudio. Siendo su objetivo el Análisis y Evaluación de resultados obtenidos en el periodo 2007-2008 tras aplicación del Programa de Control de *Listeria monocytogenes* en Productos Alimenticios, en empresas alimentarias del ámbito del Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce en Málaga.

Métodos: Análisis de la documentación generada como resultado de actuaciones de aplicación y seguimiento de las instrucciones del citado programa. Resultados analíticos de las muestras. Priorización de actuaciones en Industrias Cárnicas, sobre un censo de 32 industrias de este sector.

Resultados: Realización de muestreos iniciales (prospectiva y reglamentaria de confirmación) con 5 análisis positivos (detección del peligro) en un total de 7 industrias controladas, y de las 12 tomas de muestras de seguimiento 4 resultados volvieron a ser positivos en el año 2007. Durante el año 2008 se muestrearon 6 industrias, de las cuales una sola fue positiva que no se confirmó en el análisis reglamentario. Comprobación de Sistemas de Autocontrol, documentados en las industrias pero inicialmente implantado sólo en una y en otra sólo los PGHs. Adopción de medidas cautelares provisionales y exigencia a los afectados de adopción de medidas correctoras, sometidas a evaluación y seguimiento oficial. Situación de empresas a finales del periodo bianual: 2 limitaron su actividad (ámbito de comercialización local), y 3 comenzaron nuevamente su actividad tras aprobarse sus medidas correctoras.

Conclusiones: Resultados insatisfactorios en industrias que no tienen identificado a *Listeria monocytogenes* como peligro en su sistema de autocontrol, y por lo tanto no desarrollan medidas de control. El seguimiento de industrias con resultados insatisfactorios confirma la eficacia de las medidas de control (seguimiento y verificación). La aplicación del Programa de Control reduce el número de establecimientos con resultados positivos para *Listeria monocytogenes* (de 5 a 1).

P-156. ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE HIDROCARBUROS AROMÁTICOS POLICÍCLICOS EN PRODUCTOS ALIMENTICIOS 2006

A.M. Hidalgo Escobar, M. Martínez Leitgeb, R. López Pérez, et al

Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda; Distrito Sanitario Huelva Costa; Distrito Sanitario Sevilla Este.

Antecedentes/Objetivos: Este Programa tiene como fin el cumplimiento de la Orden de 25 de julio de 2001, por la que se establecen los límites máximos permitidos de determinados hidrocarburos aromáticos policíclicos en aceite de orujo de oliva, así como por el Reglamento (CE) N° 208/2005, por el que se establecen los contenidos máximos de benzo(a)pireno en determinados alimentos que contienen grasas y aceites, así como en alimentos sometidos a procesos de ahumado y secado susceptibles de ocasionar altos niveles de contaminación. También se han fijado niveles máximos para los alimentos expuestos a un alto nivel de contaminación medioambiental, especialmente en productos de la pesca, debido a vertidos de hidrocarburos de los barcos.

Métodos: Las actuaciones han consistido en el muestreo de aceite de orujo de oliva, tomándose 4 muestras reglamentarias en cada una

de las industrias refinadoras de Córdoba, Jaén y Sevilla, así como 3 muestras en las envasadoras de Almería, Granada, Huelva y Málaga. También se han programado muestreos de pescados y moluscos en Huelva y Cádiz (20 muestras/provincia), pescados ahumados en Cádiz y Málaga (10 muestras/provincia) y productos cárnicos ahumados en Córdoba y Huelva (10 muestras/provincia). Los análisis se han realizado en el Departamento de Hidrogeología y Química Analítica de la Universidad de Almería.

Resultados: Se analizaron 88 muestras entre aceite de orujo, moluscos, pescado, pescado ahumado y producto cárnico ahumado, de las cuales 5 excedieron el límite máximo permitido de benzo(a)pireno (1 de aceite, 1 de moluscos, 2 de pescado y 1 de producto cárnico ahumado). Las actuaciones realizadas con las muestras positivas han sido las siguientes: - Para la muestra de aceite de orujo de oliva con 0,043 mg/kg de benzopireno, tomada en la provincia de Granada, se inició el correspondiente procedimiento resultando negativos los análisis contradictorio y dirimente. - Para la muestra de moluscos, coquina tomada en Huelva, se comunicó a la comunidad de origen del producto (Galicia). - Las muestras de pescado con resultado positivo se tomaron en Cádiz (jurel y besugo) ambas con 0,003 mg/kg sin que se realizaran actuaciones debido al tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la emisión de resultados. - Para la muestra de producto cárnico ahumado, bacon cocido ahumado tomada en Córdoba, se obtuvo un resultado de 0,021 mg/kg, no realizándose actuaciones por el retraso del laboratorio en emitir los resultados.

Conclusiones: Este Programa es de gran interés en Andalucía debido a que los productos alimenticios que se han muestreado son muy abundantes en esta comunidad, garantizándose de esta manera que lleguen a los consumidores en óptimas condiciones.

P-157. CONTAMINACIÓN POR NITRATOS EN PRODUCTOS HORTOFRUTÍCOLAS: CAUSAS Y CONTROL

M. Revuelta González, C.M. Sánchez Peña, E. Gómez Reina, F. Rodríguez Ballester, J.M. Giraldez Martínez, R. López Pérez, A. Díaz Díaz, R. Rodríguez Caballero, R.M. Sánchez Peña, et al

Distrito Sanitario Aljarafe, Área de Gestión Sanitaria de Osuna; Área de Gestión Sanitaria de Osuna.

Antecedentes/Objetivos: Las prácticas agrícolas inadecuadas con un uso abusivo de fertilizantes nitrogenados y de cultivos en invernaderos unido a las características específicas de algunas especies vegetales son algunas de las causas de la acumulación de nitratos en productos hortofrutícolas. La Unión Europea ha reglamentado en diversas especies el límite máximo de nitratos que pueden contener al momento de comercializarse en diversas épocas del año. Objetivo: analizar las causas de la contaminación por nitratos en los productos hortofrutícolas y su posible prevención. Estudiar los resultados de los muestreos realizados en el Área Sanitaria de Osuna así como la inclusión de este peligro en los sistemas de autocontrol de las empresas muestreadas.

Métodos: Dentro del Plan de Control de Contaminantes y Residuos en la Cadena Alimentaria 2006 (programa de nitratos) se tomaron un total de 21 muestras repartidas entre acelgas, espinacas, lechuga y patata para analizar la presencia de nitratos. Durante los muestreos se revisaron los sistemas de autocontrol de las empresas para comprobar la inclusión de los nitratos como peligro a controlar durante el desarrollo de su actividad.

Resultados: De las 21 muestras analizadas se detectaron nitratos por encima de los límites marcados sólo en una de las muestras analizadas correspondiente a espinacas manteniéndose el resto de los resultados por debajo del límite establecido.

Conclusiones: Los riesgos derivados de la contaminación por nitratos en productos hortofrutícolas se podrían minimizar aplicando

unas buenas prácticas preventivas a nivel de la producción primaria. Los niveles de nitratos se encuentran dentro de los límites marcados en el 95% de las muestras analizadas aún no estando este peligro incluido en los sistemas de autocontrol.

PÓSTERES XII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Inmigración y salud

P-158. PROCESO DE PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD LATINOAMERICANA EN UN PROYECTO DE PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL

J.J. Paredes, P. López, E.M. Bermúdez, M. Alcaraz, L.J. García, J.L. Fabado, R. Pellicer, A. Moncholí, A. Ortega, et al

Centro de Salud Pública de Valencia; Dirección Centro Salud Pública Valencia; Centro de Salud Sexual y Reproductiva Fuente S. Luis; Centro de Salud Ruzafa; Centro de Salud Fuente. S. Luis.

Antecedentes/Objetivos: Un eje fundamental para el desarrollo de la promoción de la salud sexual y reproductiva (SSyR) en población inmigrante latinoamericana (LA) es la participación ciudadana. Se describe el proceso y los resultados obtenidos en esta área en los primeros 15 meses de funcionamiento del proyecto en un departamento de salud.

Métodos: El proyecto se lleva a cabo desde un Centro de Salud Pública en colaboración con la Dirección de Atención Primaria (AP), dos Centros de AP y un Centro de SSyR. Se diseñaron las siguientes estrategias para lograr una efectiva participación: Integración en el equipo de una mediadora intercultural de origen LA; Censo de asociaciones de población LA y de entidades que trabajan con esta población en la ciudad; Organización de la primera Jornada de Salud, Inmigración e Interculturalidad; Organización de talleres sobre SSyR con el ayuntamiento; Entrevistas a representantes de asociaciones LA de la ciudad; f) Formación de agentes de salud comunitarios.

Resultados: Contratación, a través de una ONG, de una mediadora intercultural. Realización del censo: se identifican en la ciudad de Valencia, 37 asociaciones de población inmigrante, 17 de ellas, LA y 28 entidades. Organización y realización de la Jornada: presentación del proyecto y otras experiencias de distintas CCAA. Participaron 200 personas de asociaciones y entidades y profesionales de la salud. La mediadora y 2 mujeres latinoamericanas, actuaron como ponentes aportando su visión sobre los servicios de salud. En 7 meses, se han convocado 5 Talleres sobre los temas: presentación del proyecto; salud y determinantes y funcionamiento de un centro de AP; sexualidad y relaciones de pareja; fecundidad y anticoncepción; participación y salud. La asistencia ha aumentado progresivamente desde el primer taller (15 asociaciones de media). Se realizan 13 entrevistas a representantes de asociaciones LA, todas se muestran favorables a implicarse en las acciones comunitarias y en la selección de agentes de salud. La formación de éstos/as se iniciará a finales de este año.

Conclusiones: Para lograr una efectiva participación ciudadana es necesaria una cuidadosa planificación de la ejecución y el desarrollo de la misma, definición de estrategias, objetivos operativos y plan de acción. La participación objetivada en este proyecto confirma la importancia de dicha planificación y el efecto positivo que se obtiene al implicar a la población desde la etapa del diseño, lo que aumenta las posibilidades de éxito del proyecto.

P-159. SITUACIONES Y EXPERIENCIAS RESPECTO A LA PÍLDORA POSTCOITAL EN POBLACIONES DE MUJERES INMIGRANTES

H. Bretin, C. Gómez Bueno, et al

UFR Santé, Médecine et Biologie Humaine, Université Paris 13, Laboratoire Iris (UMR 8156 CNRS - Inserm - EHESS - UP 13); Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: El estudio se realiza como paso previo para planificar la difusión de información sobre la píldora postcoital (P.P.) entre mujeres inmigrantes en Andalucía. Objetivos: Conocer y analizar las condiciones de acceso a la contracepción y P.P. en los países de origen y en países con larga tradición en la recepción de inmigrantes por motivos económicos.

Métodos: Se seleccionaron los 3 países de origen de emigración más representados en Andalucía (Marruecos, Rumania y Ecuador) y 3 países con acceso a la P.P. y con una larga tradición en acogida de inmigrantes (Francia, Suecia y Estados-Unidos). Las herramientas de recogida de información fueron: 1) Literatura científica (inglés, francés, español): búsqueda cruzando los términos: anticoncepción; píldora del día después/siguiente/de emergencia; inmigración/migración, inmigrantes. 2) Sitios webs dedicados a la P.P. y planificación familiar. 3) Contactos con profesionales de la salud pública y planificación (Francia, Estados-Unidos). 4) Entrevistas a mujeres inmigrantes en edad fértil.

Resultados: Respecto a los 3 países de procedencia: El uso de anticonceptivos modernos creció en los 3 casos en las últimas décadas. La P.P. está disponible en los tres países (Ecuador: 1998, Rumania: 2002/2003, Marruecos 2008), pero hay varios obstáculos a su acceso/uso: precio, necesidad de receta, ausencia de campañas informativas, y oposición de grupos "por la vida". Respecto a los 3 países de referencia: Francia, Suecia y EE.UU. distribuyen la P.P. sin receta a los adultos, incluso gratuitamente para los menores en Francia. Se necesita receta para los menores en EEUU, salvo en 9 estados. No hay estudios sobre el uso de la P.P. por las inmigrantes en Francia o Suecia. Un estudio californiano muestra diferencias según los grupos étnicos y más obstáculos potenciales expresados por las hispanas (pedir la autorización de su pareja; que la religión la prohíbe; que no funcionará; no saber donde conseguirla). En Suecia y EE.UU. encontramos iniciativas dirigidas hacia poblaciones inmigrantes: sitio en internet con informaciones en 13 idiomas (Suecia), formación de farmacéuticos y folletos específicos hasta en 11 idiomas (California).

Conclusiones: Informar a las mujeres inmigrantes sobre el acceso a la P.P. a través del desarrollo de herramientas (escritas/orales) en varios idiomas. Formar a farmacéuticos y demás dispensadores de la PP. La literatura muestra también que aspectos como las percepciones del riesgo de embarazo, las condiciones concretas de acceso y las actitudes de los profesionales implicados en su distribución son condicionantes a tener en cuenta.

Financiación. Secretaria General de Salud Pública, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

P-160. DIFERENCIAS POR GÉNERO EN EL ESTADO DE SALUD DE POBLACIÓN INMIGRANTE EN LA REGIÓN DE MURCIA

M.J. Tormo Díaz, C. Martínez Fernández, D. Salmerón Martínez, S. Dios Pintado, C. Navarro Sánchez, et al

Consejería de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: La región de Murcia ha pasado, en una década, de recibir inmigración tradicionalmente masculina y moderada de países del Magreb a albergar una importante ola migratoria de Latinoamérica y Europa del Este de ambos sexos. También ha

crecido el número de trabajadores y jubilados de países de Europa occidental. Estado de salud y utilización de servicios sanitarios son informaciones necesarias para conocer y evaluar la accesibilidad al sistema sanitario regional, y estas necesidades pueden matizarse por géneros. Nuestro objetivo es analizarlas teniendo en cuenta las cargas familiares y la responsabilidad en el trabajo doméstico.

Métodos: Encuesta de prevalencia de población inmigrante en la Región de Murcia de origen magrebí, latinoamericano, europeo del este y del oeste. La muestra -de 16 y más años- se obtuvo a partir de la Tarjeta Sanitaria del Servicio Murciano de Salud. El muestreo fue aleatorio polietápico y estratificado por conglomerados. Se utilizó un cuestionario adaptado a cada idioma y, en el caso de los de habla no hispana, se utilizaron entrevistadores nativos bilingües. Las variables de género utilizadas han sido las derivadas del tipo de convivencia en el hogar, número de convivientes, cuidado de los hijos y trabajo asalariado y doméstico. Se muestran las prevalencias por sexo y origen así como las asociaciones de las prevalencias relativas hombres/mujer mediante las odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Se entrevistó a 1.339 personas de ambos sexos: 365 magrebíes, 672 latinoamericanos, 156 europeos del este y 146 europeos del oeste. La tasa de respuesta global es del 66% (77% Europa este-56% magrebíes). Comparando con los hombres de su misma nacionalidad una similar proporción de mujeres conviven en pareja, excepto las magrebíes, que es 4 veces más frecuente que convivan en pareja que los hombres magrebíes (prevalencia 42% H y 74% M; OR 3,9 (IC95%: 2,5%-5,9%). Mientras mujeres latinas y europeas occidentales conviven con igual frecuencia que los hombres con hijos, en las mujeres magrebíes es casi 5 veces más frecuente y en más del doble en las mujeres de Europa del este. Respecto al estado de salud, salvo las mujeres de Europa occidental que no mostraron diferencias con los hombres, menos mujeres latinas (OR: 0,61: 0,4-0,9), magrebíes (OR: 0,34: 0,1-0,98) y de Europa del Este (OR: 0,5: 0,2-0,97) declararon percibir su estado de salud como bueno y muy bueno.

Conclusiones: Hay importantes diferencias entre las mujeres magrebíes y las de Europa occidental. Las primeras destacan por su mayor frecuencia de convivencia y su peor percepción de salud, y las mujeres de Europa occidental son las que menos diferencias muestran.

Financiación. CIBERESP, FIS (PI 052741).

P-161. TUBERCULOSIS E INMIGRACIÓN EN ALMERÍA. TRES ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DIFERENTES

P. Marín Martínez, A. Martínez Ortega, P. Barroso García, et al

Delegación Provincial de Salud de Almería.

Antecedentes/Objetivos: Desde finales de los años noventa, la provincia de Almería ha ofrecido unas tasas de tuberculosis superiores a las presentadas en Andalucía y España, siendo el porcentaje de los casos en población inmigrante en los últimos años superior al 50%. Conocer la situación epidemiológica de la enfermedad y el abordaje establecido en cada una de las áreas sanitarias de la provincia -Almería, Levante y Poniente- y realizar un acercamiento a los resultados obtenidos en cada una de ellas.

Métodos: Se ha revisado las declaraciones de tuberculosis en Almería en el quinquenio 2003-2007. Se han analizado las variables de año, área sanitaria, país de origen y resultado del seguimiento. Se analizan también los recursos humanos empleados en cada uno de las áreas sanitarias desde el año 2003.

Resultados: Mientras las tasa provincial de tuberculosis en el quinquenio 2003-2007 se encuentra en torno a 26 casos por cien mil habitantes, con un promedio de 160 casos anuales, en el área de Poniente está en 35 de tasa con un promedio de 73 casos anuales, representando los casos inmigrantes el 70% (el 64% de ellos de países

africanos), porcentaje que se ha mantenido en el tiempo y con una finalización del tratamiento del 73%. El área de Almería presenta un promedio de 57 casos anuales, con una tasa media de 21,2 y con un peso de los casos inmigrantes que ha ido creciendo, pasando de un 15,5% en 2003 a un 48% en 2007 (siendo de países europeos el 47% y africanos el 45%), ofreciendo una finalización del tratamiento del 51%. El área de Levante ha presentado un promedio anual de 29 casos y una tasa media de 21,6, representando los casos inmigrantes el 37,2% (siendo el 63% de sudamérica) y presentando una finalización del tratamiento del 77%. En el área de Almería la estrategia se basa en un refuerzo administrativo y seguimiento técnico desde el distrito sanitario con coordinación estrecha con el hospital de referencia, en el área de Levante se ha reforzado el programa con un apoyo de enfermería en el distrito, mientras que en Poniente se constituyó un equipo de distrito formado por médica, enfermera y trabajadora social, en coordinación con el hospital de referencia.

Conclusiones: La tuberculosis constituye un problema importante de salud pública en la provincia de Almería, su abordaje y la organización de los recursos se han adaptado a cada una de las situaciones epidemiológicas que ofrecen las distintas áreas sanitarias de la provincia. Un refuerzo de personal cualificado para el seguimiento y control de los casos favorece una mejor finalización del tratamiento.

P-162. INFLUENCIA DE LA INMIGRACIÓN EN EL REGISTRO PROVINCIAL DE SIDA DE ALMERÍA

A. Martínez Ortega, P. Barroso García, P. Marín Martínez, et al

Delegación Provincial de Salud de Almería.

Antecedentes/Objetivos: En la provincia de Almería se produjo un aumento de la población inmigrante a partir del año 2000, siendo mucho mayor en la zona del Poniente almeriense. **Objetivos:** Conocer la influencia de la inmigración en el patrón de presentación del SIDA en la provincia de Almería.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los casos declarados en el registro andaluz del SIDA en la provincia de Almería en el periodo 2000-2007. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad de diagnóstico, tipo de población, país de origen, distrito sanitario, grupo de riesgo, enfermedad indicativa, si ha fallecido o no. Análisis estadístico: Frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medias y desviaciones estándar para cuantitativas. Para estudiar la asociación entre características de los enfermos y tipo de población se realizó test de Chi cuadrado, con cálculo de odds ratio (OR) e intervalos de confianza. Se estimaron tasas por 1.000.000 habitantes. Como fuente de información se utilizó el registro provincial de SIDA.

Resultados: Se notificaron 181 casos de SIDA. La mayor tasa se dio en el año 2000 con 71,4. Un 38,67% correspondió a población inmigrante (72,85% procedían del área subsahariana). Por distritos el mayor número correspondió a Poniente con el 50,27%, (56% inmigrantes). 79,5% fueron hombres. El mayor número de casos se presentó en el grupo de 25 a 44 años (80,66%). Los casos inmigrantes presentaban mayor riesgo de transmisión heterosexual que los no inmigrantes OR 11,8; IC95% (4,86-29,63); $p < 0,001$. El riesgo de presentar tuberculosis pulmonar o Mycobacterium tuberculosis diseminada o extrapulmonar como enfermedad indicativa de SIDA también fue mayor para esa población OR 2,62; IC95% (1,43-4,8); $p < 0,001$.

Conclusiones: En los últimos años se ha producido un aumento de casos de SIDA en población inmigrante, siendo mayor en el Distrito Poniente. En general, son de menor edad que la población autóctona con una transmisión heterosexual y que debutan como casos de SIDA con tuberculosis. Se considera que estos aspectos son importantes con el fin de establecer la estrategia de abordaje más adecuada para esta población, que implica además una actuación coordinada con el programa de tuberculosis.

P-163. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD E INTERCULTURALIDAD ENTRE LOS MENORES EXTRANJEROS NO ACOMPAÑADOS (MENAS)

M.P. Ruiz Cerezo, A.N. Madero Arias, C.R. Carmen Muela Zurera, et al

Delegación Provincial de Salud de Córdoba; APIC; Córdoba Acoge.

Antecedentes/Objetivos: La llegada de MENAS (Menores Extranjeros No Acompañados) a España es reciente, aparece a finales de los años 90. Los MENAS que llegan a Andalucía son mayoritariamente marroquíes por su proximidad geográfica y se encuentran en España sin la compañía de un adulto que ejerza de manera afectiva las funciones de guarda, su situación por tanto es de desamparo y de ello se derivan dos consecuencias: la tutela automática por parte de la Administración y la regularización de su situación legal en España. Incrementar estilos de vida saludables en los MENAS. Adquisición de competencia en interculturalidad y en promoción de la salud en los profesionales que trabajan en los centros de menores. Conocer herramientas para trabajar la promoción de la salud y la interculturalidad. Favorecer la intersectorialidad entre los profesionales de los centros de menores, profesionales sanitarios y movimiento asociativo.

Métodos: Se trata de una experiencia enmarcada dentro del III Plan Andaluz de Salud, el II PIPIA (Área Socio-sanitaria) y del Estudio sobre la detección de los factores de riesgo psico-social de los MENAS en Córdoba, año 2007. Se intervendrán sobre cuatro centros de protección de menores de Córdoba (Despertares, Apic, Juan de Mairena y Lucano) y también del centro de formación Labora.

Resultados: Los resultados de las actividades son los siguientes: La formación de 20 profesionales que trabajan en los centros anteriormente mencionados. Envío de material de promoción de la salud a todos los Centros de Menores que han participado en el proyecto. Reuniones de coordinación entre los educadores de los centros de menores y los profesionales del centro de salud de referencia (se ha aprovechado la estructura del curso) Taller de evaluación de las dificultades tras la puesta en marcha de la experiencia.

Conclusiones: Los MENAS son una población especialmente vulnerable, tanto por su condición de inmigrantes, como por la de menores y sobre todo porque no tienen en nuestro país ningún adulto que pueda o quiera tutelarlos. La importancia de potenciar los temas de promoción de la salud en la franja de edad en que se encuentran estos menores es crucial a la hora de adquirir hábitos saludables. Esta experiencia favorece la convivencia en interculturalidad y propicia un espacio de negociación de conflictos (situaciones de violencia, baja autoestima...).

Financiación. Consejería de Salud.

P-164. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA: EXPERIENCIA EN LA COMUNITAT VALENCIANA

C. Barona-Vilar, R. Mas-Pons, A. Fullana-Montoro, et al

Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, València.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad de Chagas es un problema sanitario global debido al flujo migratorio iniciado desde Latinoamérica hace algunos años. En países no endémicos, la transmisión del Trypanosoma cruzi es exclusivamente interhumana horizontal (donación de órganos o hemoderivados) y vertical (materno-fetal). Ambas, formas de transmisión son evitables mediante intervenciones de salud pública. La OMS, OPS y consensos internacionales sobre Chagas, recomiendan la detección precoz de la infección congénita ya que el tratamiento precoz del neonato presenta cifras de curación cercanas al 100%. Nuestro objetivo es establecer las bases para la prevención y manejo de la enfermedad de Chagas congénita.

Métodos: a) Análisis de los nacimientos de madres procedentes de países endémicos y su distribución territorial, a partir del Registro de Metabolopatías (2005-2007). b) Coordinación de un grupo de trabajo multidisciplinar (microbiólogos, pediatras, obstetras, médicos de familia, internistas y salubristas). c) Elaboración e integración del protocolo en el Programa de Seguimiento del Embarazo d) Publicación de una Circular del Director General de Salud Pública para regular la serología de Chagas en el primer control serológico de las gestantes procedentes de zonas endémicas.

Resultados: Entre las madres emigrantes, los países latinoamericanos aportaron el colectivo más numeroso (38%). Su contribución al incremento de la natalidad en la CV fue creciente entre 2005 y 2007, con 9021 recién nacidos/as. El protocolo contempla que las matronas de atención primaria informen y oferten a estas mujeres una prueba de cribado inmunocromatográfica rápida, junto al resto de determinaciones serológicas convencionales de la primera visita prenatal. Para ello se diseña un formulario de solicitud específico. Los casos positivos, tras confirmarse en laboratorios de referencia, indicarán que la gestante está en las fases de latencia o crónica de la enfermedad y podría transmitir la infección al feto. Se establecen los circuitos para su seguimiento y control. Tras el nacimiento, los pediatras llevarán a cabo el control serológico y seguimiento del neonato y en caso de infección lo tratarán con Benznidazol®. El estudio de convivientes, corresponderá a los servicios de medicina interna/tropical/infecciosas en colaboración con los médicos de familia/pediatras. Se contempla la edición y distribución del protocolo a todo el personal sanitario y asociaciones de emigrantes implicados.

Conclusiones: La elaboración de protocolos multidisciplinarios que incluyan el cribado sistemático de T. cruzi en los programas de control prenatal de las gestantes, contribuirá a controlar el problema de salud pública que supone la enfermedad de Chagas importada.

P-165. ESTUDIO SOCIOSANITARIO E INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA EQUIDAD EN UN MUNICIPIO CON GRAN POBLACIÓN EXTRANJERA

B. Santos Navarro, P. Baraza Cano, S. Vallejo Godoy, R. Moncada Díaz, A. Abad Ros, M. Ruiz Sánchez, et al

Distrito Sanitario Poniente de Almería.

Antecedentes/Objetivos: En nuestro distrito hemos asistido a un aumento de las cifras de extranjeros en los últimos años y a un rápido crecimiento económico gracias a la agricultura intensiva. El municipio de estudio tiene una población de 20.946 con un 26% de extranjeros, aunque en algunos sectores suponen el 60%. Nos planteamos conocer la realidad social y sanitaria del municipio por sectores y diseñar intervenciones para reducir las desigualdades sociales y mejorar los indicadores de salud.

Métodos: A partir de entrevistas con agentes clave y datos obtenidos de diferentes fuentes, Ayuntamientos, servicios de salud, servicios sociales, asociaciones y delegación de educación, se elaboró un mapa de riesgo del municipio por sectores, utilizando la desagregación a nivel censal del ayuntamiento. Esto nos permite obtener una información sistemática sobre los riesgos sociales de la comunidad estudiada. Se analizó información demográfica, aspectos económicos, nivel de educación, analfabetismo, salud (HTA, IVEs, tuberculosis, violencia de género, programa de cáncer de mama, nº agresiones atendidas en urgencias). Tras la fase de análisis se diseñó un plan de intervención dirigido a mejorar los indicadores en salud.

Resultados: El municipio se dividió en 9 sectores, la mayoría con una zona de barrio y otra parte en casa-cortijos que constituyen el diseminado. Destaca uno de los sectores con sólo diseminado. La población inmigrante se concentra en dos de los sectores (4 y 5).

La tasa de paro es del 11.1%, recursos insuficientes en dos de los sectores (4,5), mayor porcentaje de analfabetismo sector 4,5, mayor porcentaje de IVEs sector 4, mayor porcentaje de agresiones atendidas en urgencias en sector 4, peores indicadores de salud en enfermedades transmisibles que en crónicas el sector 4 respecto a los otros sectores.

Conclusiones: El mayor riesgo sociosanitario se concentra en los sectores 4 y 5. Se trata de personas jóvenes, africanas (Marruecos y Subsaharianos) que trabajan en el sector primario y con tiempo de residencia en España inferior a 5 años. Es una población muy diseminada, con un índice de analfabetismo y de personas sin escolarizar muy alto con recursos insuficientes, y grandes bolsas de población en situación irregular. Ante esta situación se prioritaria una intervención en los sectores 4 y 5, con talleres educacionales en temas de salud y mejorando la accesibilidad de esta población a los recursos sanitarios.

P-166. PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE DE LA COMARCA DEL PONIENTE DE ALMERÍA

P. Espejo Guerrero, J. Espejo Guerrero, R. Moncada Díaz, A. García Suarez, et al

Distrito Poniente.

Antecedentes/Objetivos: El tabaquismo constituye una pandemia con tendencia a aumentar la morbimortalidad de las poblaciones. Como sanitarios debemos atender su prevención y tratamiento a toda la población a la que atendemos. El Poniente de Almería es una comarca en la conviven más de 100 nacionalidades diferentes. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de tabaquismo entre la población inmigrante así como, los factores asociados a su consumo en esta población.

Métodos: La población de estudio fueron los inmigrantes económicos, tanto regulares como irregulares de la comarca del Poniente de Almería. La muestra se obtuvo de las personas que acuden a los distintos Centros de salud, mediante cita previa, demandando atención sanitaria o que acuden a los servicios de urgencias. El muestreo se realizó por cuotas proporcionales a cada una de las poblaciones de inmigrantes, con un tamaño muestral representativo de 470 personas. Las variables descriptivas de estudio se agrupan en: variables del individuo; del entorno familiar-convivencia; del entorno de trabajo; y del hábito tabáquico.

Resultados: Se han encuestado a 470 personas (64,5% hombres y 35,5% mujeres), la mayoría son marroquíes (35,1%) y rumanos (27,4%) con una edad media de 30 años. La prevalencia de tabaquismo es del 40,4% (43,2% hombres y 35,3% mujeres). El nivel medio de dependencia es bajo (Fagerström de 2.3), fuman de media 16 cigarrillos/día, el 86% está preparado para la acción (test de Prochaska). El 70,2% están regularizados con una estancia media en España de 4 años y medio; el 83,2% de los fumadores ya fumaban en su país de origen pero el 62,6% reconoce fumar más al llegar a España. Los de mayor prevalencia son los rusos (76,9%), argentinos (61,5%), búlgaros (56,3%) y rumanos (54,3%), vivir solo y poseer un mayor nivel de estudios son variables asociadas a mayor prevalencia, así como trabajar de conductor, albañil o agricultor (50%, 46,3% y 44,3% respectivamente). Las variables sexo, estar regularizado y estar o no trabajando no son influyentes.

Conclusiones: La prevalencia de tabaquismo entre la población inmigrante (40,4%) es superior a la española (29,5%). Cuando llegan a España aumentan su consumo, siendo los países del este junto a Argentina los de mayor prevalencia.

P-167. INMIGRACIÓN Y RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN EL PONIENTE ALMERIENSE

E. Martínez García, E. Espigares García, F. Machado Ramírez, M.D. Pozo Cano, M. García Martín, J.D. Luna del Castillo, et al

Empresa Pública Hospital de poniente (Hospital de Guadix); CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada; Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Granada; Departamento de Enfermería. Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: El aumento de mujeres inmigrantes en edad fértil ha contribuido significativamente al ascenso de los índices de natalidad. Se han comunicado desigualdades en indicadores básicos de salud reproductiva, muy sensibles a las diferencias socioeconómicas, entre poblaciones autóctonas e inmigrantes. Este estudio tiene como objetivo identificar la repercusión de la inmigración sobre los principales resultados obstétricos y perinatales en una comarca del sureste español.

Métodos: Estudio de la serie de casos constituida por las mujeres que dieron a luz en el Hospital de Poniente de Almería en el período comprendido entre 2005 y 2007. La fuente de datos ha sido el registro informático de ingresos hospitalarios del Servicio de Obstetricia y Ginecología. El país de nacimiento se agrupó en cinco áreas geográficas: España, Magreb, Europa del Este, Subsáhara, Latinoamérica y Resto de países. Variables: edad, abortos y paridad previa, atención durante el embarazo, edad gestacional al parto, inicio (espontáneo o inducido) y terminación (vaginal, instrumental o cesárea), analgesia, episiotomía, y morbilidad; y variables perinatales (presentación fetal, peso, Apgar). Se ha realizado un análisis descriptivo y bivariado.

Resultados: No se ha detectado asociación entre el origen geográfico y la edad gestacional, pero sí con el inicio espontáneo y la utilización de analgesia durante el parto (en ambos casos menos frecuente en mujeres subsahariana) y la frecuencia de cesáreas (mayor para subsaharianas y sudamericanas). La realización de episiotomías es significativamente más frecuente en mujeres españolas. El peso medio al nacer más bajo se encontró entre estas últimas, si bien fueron las sudamericanas las que tuvieron mayor porcentaje de recién nacidos con peso inferior a 2500 g. Un 5% de los recién nacidos presentaron un test de Apgar al minuto menor de 7, este porcentaje fue significativamente superior para los hijos de mujeres del Magreb (6,8%) o procedentes de Subsáhara (7%).

Conclusiones: No se detectan grandes diferencias en los resultados obstétricos y perinatales de mujeres autóctonas e inmigrantes, no obstante son necesarios análisis más complejos que controlen el efecto de la edad y los antecedentes obstétricos, y analicen variables de tipo socioeconómico, cultural y laboral de las mujeres y su entorno, junto a factores relacionados con la integración y el desarraigo.

P-168. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES IMPORTADAS EN ESPAÑA E INMIGRACIÓN

M.L. Roldán Arroyo, J. García García, C. Pardo Serrano, et al

Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete, Universidad de Castilla La Mancha.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la evidencia sobre el impacto de la inmigración en la prevalencia de enfermedades importadas en el Estado español.

Métodos: Revisión bibliográfica de los estudios publicados dentro del marco nacional entre enero de 2000 y enero de 2008, cuyo objeto de estudio estuviese relacionado con enfermedades importadas e inmigración. En total se han estudiado 77 artículos. Las bases de datos utilizadas han sido: MEDLINE, EMBASE, Índice Médico Español (IME), SciELO España y Librería Cochrane. Las variables de clasificación con-

sideradas fueron: tema tratado, año de publicación, localización de la publicación, tipo de estudio, tipología de Roca sobre enfermedades importadas, emplazamiento y variable de comparación, entendiéndose ésta en función de si se establece o no comparación entre población inmigrante y población autóctona.

Resultados: La producción científica en España sobre enfermedades importadas e inmigración presenta una tendencia creciente. La mayoría de los estudios se basan principalmente en revisiones bibliográficas, historias clínicas y exposiciones de casos clínicos, por lo que el 100% son estudios descriptivos, transversales y observacionales. Más del 66% de éstos no establece una muestra comparativa entre población inmigrante y autóctona. El emplazamiento se ha realizado principalmente en el ámbito hospitalario, que corresponde al 57% del total, concretamente en Unidades de Medicina Tropical. En los centros de atención primaria este porcentaje se reduce al 19%.

Conclusiones: La evidencia aportada por los estudios revisados no permite conocer la repercusión de la inmigración en la prevalencia de enfermedades importadas en España debido a que la mayoría de ellos son de corte descriptivo, no utilizan grupos de control y, por tanto, no pueden establecer asociaciones causales. Además, las muestras de estudio consideradas no establecen criterios comunes y presentan sesgos en la elección, emplazamiento y son poco representativas del conjunto de población inmigrante residente en España.

P-169. HÁBITOS ALIMENTARIOS EN POBLACIÓN INMIGRANTE DEL CENTRO DE SALUD DE GUANARTEME (ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA)

F.J. Navarro Vázquez, C. Nuez León, J.C. González González, J.L. Burgazzoli Samper, M.C. Pacheco López, P. Brito Rodríguez, et al

Servicio Canario de la Salud; Gerencia de Atención Primaria; Área de Salud de Gran Canaria.

Antecedentes/Objetivos: El incremento de población inmigrante en Canarias plantea nuevos retos a los servicios sanitarios. El Centro de Salud de Guanarteme es la zona de mayor impacto en cuanto a población inmigrante adscrita (20,3% del total), con una gran diversidad de orígenes (116 países). La alimentación es una característica profundamente enraizada en la vida y la cultura de los pueblos, creando una conciencia de pertenencia al grupo. Es uno de los aspectos que más tarde cambia en el proceso migratorio y sobre el que existen incertidumbres sobre criterios de alimentación equilibrada en el proceso de adaptación y de datos acerca de la intervención nutricional en dicha población. Esto plantea dificultades a la hora de generalizar las recomendaciones nutricionales y las intervenciones más efectivas. El objetivo del estudio es identificar hábitos alimentarios y valores antropométricos de la población inmigrante adscrita al Centro de Salud de Guanarteme.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal por encuesta individual a 250 personas de 18 o más años de origen extranjero adscritas al Centro, seleccionadas por captación oportunista de la agenda de demanda de los facultativos y/o de la Unidad de Atención General. Las variables de estudio son: sociodemográficas, antropométricas, hábitos de salud (tabaco, alcohol, actividad física) y alimentación (frecuencia de consumo según grupos de alimentos).

Resultados: El 45,2% de la muestra proviene de América (Sur y Central), un 28,8% de África, un 14,8% de Asia y un 11,2% de Europa. Muestra predominantemente femenina (58%), con una media de edad de 42 años y con 10 años de media de residencia en España. El valor medio del IMC es de 26,8 (sobrepeso leve), observándose diferencias según continente de origen y género: las mujeres africanas alcanzan un IMC de 31,8 (obesidad) frente al 26,4 de los hombres ($p < 0,001$). En general, sólo las mujeres de origen asiático tienen valores menores de 25 (peso normal).

Conclusiones: Los resultados preliminares de este estudio identifican diferencias en los valores antropométricos de los grupos de inmigrantes adscritos al Centro de Salud de Guanarteme en función de su origen y género. Esta información ha contribuido poner en marcha estrategias de formación de profesionales en el ámbito de la interculturalidad y salud, permitiendo orientar y planificar los recursos de nuestro Centro de Salud más como un nuevo reto que como una sobrecarga, y contribuir a conseguir resultados positivos en el ámbito de la equidad en salud para todos los grupos de población.

Financiación. Beca de Investigación 2007 del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.

P-170. MALTRATO Y SALUD MENTAL EN POBLACIÓN ESPAÑOLA Y ECUATORIANA

D. Álvarez, J. del Amo, A. García-Fulgueiras, V. Ibáñez-Rojo, L. Mazarrasa, V. García-Ortuzar, A. Fernández Liria, R. García-Pino, A. Llácer, et al

Instituto de Salud Carlos III; Servicio Andaluz de Salud; Consejería de Sanidad de Murcia; Universidad de Alcalá; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El maltrato puede tener consecuencias negativas para la salud. En el contexto de un estudio multinivel para analizar la influencia de las características del área de residencia en la salud mental de población inmigrante y autóctona en España, se recogieron datos individuales sobre los antecedentes de maltrato. El objetivo del estudio es describir el perfil de las personas maltratadas, la magnitud del maltrato y su asociación con la salud mental.

Métodos: Estudio transversal con 1.144 entrevistas domiciliarias a adultos españoles y ecuatorianos de septiembre 2006 a enero 2007 mediante cuestionario estructurado en una muestra con proporcionalidad por sexo y nacionalidad (1:1), obtenida aleatoriamente de los Padrones Municipales de 33 áreas (municipios o barrios) de Madrid, Alicante, Almería y Murcia. La salud mental se valoró por el GHQ-28 (punto de corte 4/5). La información de maltrato en el último año fue la única parte del cuestionario autocumplimentada y fue cerrada en un sobre por el/la entrevistado/a. Incluía descripción de cada tipo de maltrato (psicológico, físico y sexual) recogiendo tipo, frecuencia y origen. Se podía señalar que no se deseaba contestar. Se calcularon medias y porcentajes y se aplicaron test de t de Student y Ji cuadrado. Se determinaron las OR con sus IC al 95%.

Resultados: Seis por ciento de los entrevistados no contestaron el bloque referente al maltrato, sin diferencias sociodemográficas significativas con los que lo hicieron. 105 entrevistados (9%) manifestaron haber sufrido algún tipo de maltrato en el último año. Las mujeres ecuatorianas lo sufrieron en mayor medida (16%); en proporciones análogas los hombres ecuatorianos (8%) y las mujeres españolas (7,6%) y, en menor medida, los hombres españoles (4,9%). El tipo de maltrato más frecuente fue el psicológico (82% de las personas maltratadas). Las personas ecuatorianas refirieron maltrato físico (59% de las maltratadas) en mayor proporción que las españolas (22%). La proporción de maltrato sexual fue baja: 15 casos, de los cuales 9 en mujeres ecuatorianas. La pareja fue la fuente principal de maltrato en las mujeres españolas (50%) y ecuatorianas (47,8%). Un 21% no especificaron el origen del maltrato. Las personas maltratadas tuvieron una mayor frecuencia de posibles casos psiquiátricos con una OR = 4,12 (IC95: 2,68-6,36).

Conclusiones: Los resultados son congruentes con otros estudios poblacionales a pesar de las limitaciones del instrumento utilizado y apuntan a que el maltrato debería tenerse en cuenta en los estudios poblacionales de salud mental.

Financiación. FIS PIO41026 y CIBERESP.

P-171. EXPOSICIÓN A RIESGOS PSICOSOCIALES EN INMIGRANTES SEGÚN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE POBLACIÓN ASALARIADA EN ESPAÑA

A. Font Corominas, S. Moncada Lluís, C. Llorens Serrano, F. García Benavides, et al

Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud; Unitat de Recerca de Salut Laboral de la Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar las desigualdades en las exposiciones a riesgos psicosociales de los trabajadores asalariados en España según si son extranjeros o autóctonos, teniendo en cuenta los otros ejes de segregación como son género, clase social y edad.

Métodos: Estudio transversal de una muestra representativa de la población asalariada en España (n = 7.555), procedente de la Encuesta de Riesgos Psicosociales llevada a cabo entre el 2004 y el 2005 por el Instituto Sindical Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Analizamos las prevalencias de exposición a 10 riesgos psicosociales (exigencias cuantitativas, exigencias cognitivas, exigencias emocionales, influencia, control sobre los tiempos de trabajo, posibilidades de desarrollo, apoyo social de compañeros, apoyo social de superiores, inseguridad y estima), a partir de las escalas crudas del cuestionario (COPSOQ), estableciendo para cada escala tres puntos de corte ("más favorable para la salud", "intermedio", y "más desfavorable para la salud"), según si son extranjeros (n = 687) o autóctonos (n = 6.868) para cada uno de los ejes de segregación. La ocupación se agrupó en trabajadores técnicos y directivos y en trabajadores manuales.

Resultados: En general, en todos los análisis (por clase, por sexo y por edad), los extranjeros están más expuestos a riesgos psicosociales que los españoles. En extranjeros, el 14% de los técnicos y directivos y el 51% de los trabajadores manuales están altamente expuestos a baja influencia; en españoles, las prevalencias son 18% y 42%, respectivamente. En extranjeros, el 59% de las mujeres y el 37% de los hombres están expuestas a bajo control sobre los tiempos de trabajo; mientras que en españoles, los porcentajes son el 39% y el 33%, respectivamente. Más de la mitad de los extranjeros mayores de 45 años está expuesto a bajo apoyo social de los compañeros; en cambio, en los españoles, son el 36%.

Conclusiones: Los trabajadores extranjeros están más expuestos a la mayoría de los riesgos psicosociales. Además, las diferencias son distintas según clase ocupacional, sexo y edad: ser extranjero, trabajador manual, mujer y menor de 30 años o mayor de 45 años comporta mayor exposición a riesgos psicosociales.

Financiación. Proyecto FIS PIO31499.

P-172. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS PRÁCTICAS EN SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

V. Santoro Lamelas, L. Vall-Iloera Casanovas, C. Saurina Canals, M. Saez Zafra, et al

CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Grup de Recerca en Estadística, Economia Aplicada i Salut (GRECS).

Antecedentes/Objetivos: El presente proyecto analiza la morbilidad atendida y la utilización de los servicios de atención primaria de la población inmigrante en la Región Sanitaria Girona comparándolo con la población autóctona. Para alcanzar este objetivo, en primer lugar se realizó un análisis cuantitativo con la finalidad de obtener una descripción de la situación actual del uso de los servicios por parte de las personas inmigrantes. Posteriormente se realizó un análisis cualitativo con la finalidad de entender las prácticas que dan sentido a ciertos resultados obtenidos en la fase cuantitativa. El uso de ambas técnicas permitió una mayor profundización y matización en los diversos aspectos analizados.

Métodos: En la fase cualitativa, se realizaron Grupos focales (mujeres marroquíes, mujeres gambianas, hombres nativos e inmigrantes y médicos de cabecera). La información obtenida fue cumplimentada con la elaboración de entrevistas en profundidad a personal sanitario. Finalmente, se realizó un análisis del discurso con la finalidad de conocer los las diversas explicaciones y sentidos de las prácticas en torno a la salud-enfermedad y sistema sanitario de las personas inmigradas.

Resultados: Del análisis realizado se desprende que la manera de utilizar los servicios de atención primaria y de urgencias hospitalarias muestra una estrecha relación con procesos psicosociales, culturales y económicos. Dentro de la visión de la población inmigrante, se destaca que: (a) la situación familiar se vincula estrechamente con la forma de pensar la sexualidad y la planificación familiar; (b) la percepción del servicio sanitario nivel general es positiva; y (c) según sus perspectivas los mecanismos de utilización del servicio sanitarios sería el correcto. Asimismo, los profesionales sanitarios hacen referencia a los factores socioeconómicos y el tiempo de residencia como elementos indispensables para entender las prácticas de los usuarios inmigrantes dentro del sistema sanitario. Se mantiene la idea que la estructura familiar está altamente ligada a las vivencias del paciente respecto a su salud sexual y reproductiva.

Conclusiones: Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de trabajar con el colectivo inmigrante como un colectivo heterogéneo, tanto respecto a sus formas de significar la enfermedad y las relaciones interpersonales; como también debido a las divergencias en la situación socio-económica y condiciones de vida de cada colectivo en el país de procedencia y acogida. Así pues, conocer los factores que pueden influir en la atención sanitaria ha de estar siempre bajo una mirada hacia la heterogeneidad: de significaciones, necesidades y situaciones. Tal aspecto implica conocer barreras de acceso, crear recursos para mejorar la atención sanitaria, fomentar la participación del usuario en su propio proceso de salud y formar profesionales capaces de adaptarse a situaciones cambiantes, eliminando prejuicios sobre "los otros" como un todo holístico.

Financiación. FIS 04/945 y 07/0156 y AMIC 10025.

PÓSTERES XIII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Tabaco: exposición, impacto y políticas de prevención

P-173. SEÑALIZACIÓN DE "PROHIBIDO FUMAR" EN CENTROS DOCENTES

R. López Domínguez, G. Romera Soler, M.I. Caparrós Jiménez, I. Lázaro Jiménez de Cisneros, M.D. Guerrero Haro, V.M. Alfaro Dorado, A. Cayuela Pérez, J.M. De la Fuente Nogales, S. Bo Cadena, et al

Unidad de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Antecedentes/Objetivos: La Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco, establece en su artículo 7 la prohibición total de fumar en centros de trabajo públicos y privados (apartado a) y en centros docentes y formativos independientemente de la edad del alumnado y del tipo de enseñanza (apartado d). Por otro lado, en el Decreto 150/2006, de 25 de julio, que desarrolla la Ley 28/2005, se recogen los requisitos exigibles en materia de señalización en todos los establecimientos

afectados por la ley. El objetivo del presente estudio es conocer el grado de cumplimiento en materia de señalización, de los centros docentes de tres Zonas Básicas de Salud (ZBS) del Área de Gestión Sanitaria (AGS) Norte de Almería.

Métodos: Tipo de estudio: observacional descriptivo. Período de estudio: primer trimestre de 2008. Población de estudio: 52 centros docentes públicos (se incluyeron 6 guarderías, 40 colegios de educación infantil y primaria (C.E.I.P) y 6 institutos de educación secundaria (I.E.S). En el transcurso de las visitas realizadas por los agentes de control oficial dentro del Programa de Salud Escolar, se comprobó la presencia o no de carteles que anunciaran la prohibición del consumo de tabaco y si existían indicios de su consumo (humo, colillas, olor...).

Resultados: De los C.E.I.P. visitados, un 45% se encontraban correctamente señalizados conforme al modelo descrito en el Decreto 150/2006 y un 33,4% en el caso de las guarderías. En ninguno de los dos casos se encontraron indicios de consumo. De los I.E.S. el 83,3% presentaban señalización correcta y en uno de ellos si se encontraron indicios, concretamente presencia de colillas en los aseos de los alumnos.

Conclusiones: La señalización que anuncia la prohibición de fumar de los centros docentes, en general, era escasa con anterioridad a la visita del control oficial, si bien esta anomalía pudo subsanarse en el acto, al ser facilitado el cartel por el servicio de control oficial o bien porque al informar de la página web de la Consejería de Salud, en la que se encuentran disponibles los carteles que cumplen con todos los requisitos exigidos, se procedió a su impresión. Es importante seguir trabajando en la educación para la salud en los centros de enseñanza como forma de prevención tanto del consumo, como de inicio en el hábito de fumar, que constituye un problema de Salud Pública, tratado actualmente como adicción.

P-174. CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO EN ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA Y RESTAURACIÓN EN EL DISTRITO SANITARIO JEREZ-COSTA NOROESTE

L. Plaza Piñero, J.J. Navas Corbacho, F.J. Moreno Castro, A. Ruiz López, et al

Distrito Jerez Costa Noroeste SAS.

Antecedentes/Objetivos: La Ley 28/05 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, consumo y publicidad de los productos del tabaco se desarrolla en Andalucía mediante el Decreto 150/06 que establece en su articulado los requisitos que deben cumplir los establecimientos de hostelería y restauración respecto a la señalización en establecimientos autorizados para la venta y suministro de productos de tabaco, la señalización de máquinas expendedoras de productos del tabaco, requisitos de los centros y dependencias en los que existe prohibición legal de fumar, separación de zonas y la obligación de contar con dispositivos que garanticen la eliminación de humos. Objetivos: conocer el grado de cumplimiento de la normativa vigente en los establecimientos de hostelería y restauración de superficie ≥ 100 m².

Métodos: Método analítico descriptivo tomando una muestra aleatoria de 43 establecimientos de hostelería y restauración con una superficie ≥ 100 m² del Distrito Sanitario Jerez-Costa Noroeste. Como material se han utilizado actas de inspección e informes evacuados del año 2008.

Resultados: De 130 establecimientos visitados hasta el tercer trimestre del año, sólo el 35,38% cumple lo establecido en el D.150/06. De los 130 establecimientos, 41 tienen una superficie superior a 100 m² desprendiéndose del estudio: 1. El 75,61% incumple lo establecido en el art. 4.1 del D.150/06 sobre señalización. 2. El 17,1% incumple lo establecido sobre zonas habilitadas/aislamiento de zonas para fu-

madores. 3. El 14,63% incumple lo establecido sobre extracción de humos.

Conclusiones: La conclusión del estudio confirma que, el sector hostelero presenta "asignaturas pendientes" tanto en señalización como en zonas habilitadas para fumar. En particular, en los locales "mixtos", (aquellos que han habilitado una zona para fumadores) se advierte incumplimiento del porcentaje de espacio establecido por ley para estas estancias, la mayoría supera este porcentaje. Un número elevado de los restaurantes visitados, no aíslan adecuadamente la zona habilitada para fumadores utilizando mamparas, cortinas o incluso realizan la separación con las mesas del restaurante. La Ley "Antitabaco" tiene entre sus principales objetivos proteger a la población no fumadora, limitando el consumo de tabaco en aquellos lugares cerrados de concurrencia pública, sin embargo, pocos establecimientos de los visitados han optado por ser espacios sin humo.

P-175. CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA ANTITABACO EN ESTABLECIMIENTOS DE RESTAURACIÓN DEL DISTRITO ALMERÍA

J.M. Villegas Aranda, C. Cervantes Orozco, M.E. Gil Domínguez, M. Martínez Martínez, A.J. Consuegra Rubio, A. Rubio Alcaraz, et al
Distrito Sanitario Almería.

Antecedentes/Objetivos: La ley 28/ 2005 de 26 de diciembre regula la venta, suministro, consumo y publicidad del tabaco y se adoptan medidas sanitarias frente al tabaquismo. Esta Ley se desarrolla en Andalucía mediante el Decreto 150/2006 de 25 de julio. En los establecimientos de restauración se establecen diferencias en su regulación en función de la superficie destinada a clientes ($\geq 100 \text{ m}^2$ y $< 100 \text{ m}^2$) Objetivo: describir la situación de los establecimientos de restauración del Distrito Almería respecto al cumplimiento de la normativa sanitaria frente al tabaquismo.

Métodos: La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha desarrollado un protocolo de inspección para la vigilancia del cumplimiento de la ley 28/2005 y del Decreto 150/2006. Mensualmente los datos derivados de las inspecciones, respecto al cumplimiento de la normativa frente al tabaquismo, son remitidos por cada profesional, a la Unidad Ambiental Alimentaria del Distrito Sanitario Almería. Se han recabado los datos acumulados desde enero de 2008 hasta 31 de agosto de 2008 derivados de las inspecciones realizadas. Los datos recogidos para cada una de las modalidades ($\geq 100 \text{ m}^2$ o $< 100 \text{ m}^2$) son: - Número de establecimientos a los que se ha realizado primera visita - Número de establecimientos que cumplen todos los requisitos en la primera visita. - Número de establecimientos a los que se les ha realizado segunda visita - Número de establecimientos que cumplen la normativa después de la segunda visita.

Resultados: El censo de establecimientos de restauración del Distrito Almería es de 739. Se han visitado 396 desde enero hasta agosto de 2008 (28,3%). 1-Establecimientos menores de 100 m^2 : Se han visitado 343, de ellos, 293 cumplen los requisitos en la primera visita de inspección (83%). En 22 establecimientos se ha realizado segunda visita, de ellos, 18 cumplen la normativa (82%). 2- Establecimientos de 100 m^2 o más: Se han visitado 53 establecimientos, de ellos, 35 cumplen en la primera visita (66%) En 14 establecimientos se ha realizado segunda visita, 8 de ellos, cumplen con la normativa (57%).

Conclusiones: El número de establecimientos de restauración visitados para establecer el cumplimiento de las normas frente al tabaquismo es escaso, por lo que se considera importante aumentar el número de inspecciones. La respuesta de los establecimientos ante la visita de inspección es positiva favoreciendo el cumplimiento de la normativa en los establecimientos de restauración.

P-176. CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA SOBRE TABACO EN ESTABLECIMIENTOS DE RESTAURACIÓN EN EL DISTRITO CÓRDOBA

R.M. Camacho, M.A. Sánchez, I. Sánchez, M.C. Coletto, S. González, L.M. Blanco, et al

Distrito Sanitario Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: La Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, estableció un plazo de ocho meses para la habilitación de zonas para fumar en establecimientos de restauración cerrados cuya zona útil destinada a clientes sea igual o superior a 100 m^2 . El Decreto 150/2006 desarrolla la citada Ley en materia de señalización y zonas habilitadas para fumar en Andalucía. Objetivo: comprobar el grado de cumplimiento de la normativa sobre tabaco en los establecimientos de restauración del Distrito sanitario Córdoba.

Métodos: Por parte de los inspectores del Cuerpo Superior facultativo de instituciones sanitarias (A4), se visitará el 100% de los establecimientos de restauración cerrados existentes en el Distrito Córdoba. En las inspecciones se revisarán los siguientes aspectos: -Dimensiones de la zona útil destinada a clientes. -Señalización adecuada de las distintas zonas. -Separación adecuada de la zona destinada a fumar. -Existencia de dispositivos de extracción de humos. -Prohibición de fumar en los establecimientos sin zona de fumadores.

Resultados: De un total de 1.294 establecimientos de restauración cerrados existentes, se han visitado hasta el final del segundo cuatrimestre del 2008, 117 de más de 100 m^2 y 670 de menos de 100 m^2 dando un total de 787 (60,8%) establecimientos visitados, los cuales se tomarán como muestra. Se han realizado un total de 803 visitas de inspección. El 70,9% (83) de los establecimientos de más de 100 m^2 y el 93% (623) de menos de 100 m^2 visitados cumplen la normativa. Hasta el momento se han tramitado a la Sección de Procedimiento de la Delegación Provincial de Salud 18 expedientes para iniciar expediente sancionador, si procede.

Conclusiones: Aunque la normativa autonómica sobre el tabaco entró en vigor en julio del 2006 en Andalucía, aún existe un alto porcentaje de establecimientos (36,1%) que no la cumple, alegando en la mayoría de ellos que los clientes exigen que sean establecimientos para fumadores optando el titular del establecimiento por no cumplir la norma, aunque si se consideran informados de la ella. Centrándonos en los establecimientos de menos de 100 m^2 , el porcentaje de incumplimientos disminuye enormemente (7%), lo que puede ser debido a que estos pueden elegir entre habilitarlo para fumar, o prohibir fumar en todo el espacio, optando en la mayoría de los casos por lo primero.

P-177. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DEL CAMPUS UNIVERSITARIO DE JEREZ

J. Rojas Villegas, J. Olvera Calderón, C. Verasategui, J.G. Soto Campos, M.M. Fernández del Barrio, M. Arenas Gordillo, et al

Distrito Jerez Costa; Facultad de Medicina. UCA; Sección Neumología. Hospital de Jerez.

Antecedentes/Objetivos: Según los últimos datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud en 2006 el 29,1% de la población mayor de 16 años es fumadora. En el rango de edad entre 16 y 24 años este porcentaje aumenta al 31,87% y si analizamos por ocupación laboral los estudiantes fuman en un 23,2%. Nosotros hemos querido estudiar la prevalencia y características del consumo de tabaco en una muestra representativa de la población de estudiantes del Campus Universitario de Jerez.

Métodos: Estudio transversal descriptivo de la población estudiantil universitaria del campus. Se realizó entre los meses de febrero y

abril de 2008 utilizando un cuestionario de caracterización anónimo con 21 ítems que incluían datos demográficos, consumo de tabaco, dependencia y motivación para el abandono y cumplimiento de legislación vigente en el Centro.

Resultados: Se obtuvieron 811 encuestas. La edad de los encuestados fue de 21 ± 5 años, por sexo obtuvimos una participación del 31,5% hombres y 68,5% mujeres. Se confesaron fumadores regulares 129 (16,1%), ocasionalmente fumaban 113 (14,1%), el porcentaje de exfumadores fue de 8,4% y nunca habían fumado el 61,4% de la muestra. El número medio de cigarrillos consumido era de 7 ± 6 . El 52,3% de fumadores ha intentado dejarlo al menos en una ocasión siendo las relaciones sociales la causa más frecuente de recaída (55,4%). La motivación para el abandono es baja en el 85% de los casos y la dependencia física leve en un 77,2%. No obstante el 22,8% de los fumadores del Campus tiene una dependencia moderada-alta. Los estudiantes opinan que la señalización de prohibición de fumar en el Centro es correcta en un 89,5%, sin embargo un 34,4% de fumadores ha estado expuesto al humo del tabaco en la semana previa a la encuesta. La mayoría de los encuestados considera que el fumar es una conducta adictiva (61%), frente a un 39% que consideran que es una decisión libre.

Conclusiones: -Encontramos en el Campus de Jerez una prevalencia de tabaquismo alta (30,2% de fumadores regulares más ocasionales). La mayoría de ellos con baja motivación para el abandono. -Siendo la señalización del Campus correcta en cuanto a la prohibición de fumar, un 34,4% de estudiantes se encuentra expuesto al humo del tabaco en el Centro.

P-178. EXPOSICIÓN A TABACO Y PROBLEMAS RESPIRATORIOS URGENTES DE VÍAS BAJAS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA DE LOS NIÑOS DE LA COHORTE INMA VALENCIA

V. Fuentes, M. Estarlich, M. Murcia, F. Ballester, M. Rebagliato, C. Iñiguez, A. Marco, T. Álvarez, E. Serrano, et al

Fundación Investigación La Fe; CIBERESP; Escuela Valenciana de Estudios en Salud; UMH; Hospital Infantil La Fe, Valencia; CS Barrio de la Luz, Valencia; CS Benicalap, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la relación entre la exposición a tabaco durante las etapas pre y postnatales y problemas respiratorios de vías bajas en el primer año de vida de los niños de la cohorte INMA-Valencia registrados en las bases de Urgencias del hospital de referencia.

Métodos: Estudio de cohortes en mujeres embarazadas pertenecientes a los departamentos de salud 6 y 7 de la Comunidad Valenciana cuyos hijos continúan en el estudio al año de vida ($N = 703$). Se obtuvo información sobre el consumo de tabaco materno pre y postnatal, así como variables sociodemográficas y de características del hogar, mediante cuestionarios realizados en la semana 32 de embarazo y en el primer año de vida, momento en el que también se recogieron las variables de salud respiratorias consideradas a partir de los registros de urgencias del hospital de referencia para los niños: bronquitis (CIE-9: 460.0, 493.92, 493.90, 578.8), bronquiolitis (466.1, 466.11, 466.19) y neumonías (481.00 a 487.00). La relación entre los problemas respiratorios y la exposición a tabaco se analizó mediante regresión logística, ajustando por las variables relevantes identificadas en los análisis univariantes ($p < 0,10$).

Resultados: Un 14,1% de las madres fumó en ambos períodos, un 8% sólo fumó en la semana 32 y un 4% sólo en el año. Un 16,2% de niños presentó alguna infección de vías bajas, de las que el 21,6% fueron bronquitis, el 71% bronquiolitis y el 7,5% neumonías durante el primer año de vida. Los modelos univariantes mostraron una relación entre el consumo de tabaco materno tanto pre como postnatal, con asociaciones más significativas para el consumo prenatal. En los modelos

multivariantes, en los que se ajustaba por paridad, clase social, sexo, acudir a guardería, semanas de lactancia y haber recibido lactancia hasta el segundo trimestre se halló una OR de 3,2 ($p = 0,03$) para las infecciones de vías bajas en el caso de que las madres sólo hubieran fumado en el tercer trimestre y de 2,7 ($p = 0,012$) en el caso de que las madres hubieran fumado en ambos períodos. No se encontró una asociación significativa para la exposición en el primer año de vida en ausencia de exposición en el tercer trimestre de embarazo.

Conclusiones: Menos de la sexta parte de las madres fumaron tanto en el segundo trimestre de embarazo como en el primer año de vida. Los modelos multivariantes mostraron una relación de mayor magnitud entre los problemas respiratorios de vías bajas y la exposición a tabaco prenatal con respecto a la postnatal.

Financiación. ISC III (G03/176), FIS-FEDER 03/1615, 04/1509, 04/1112 y 06/1213, Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana 002/2008.

P-179. CONSUMO DE TABACO EN EL MEDIO LABORAL EN CASTILLA-LA MANCHA

N. Magariños, C. Alonso, E. Torres, M.T. Alonso, O. Solas, et al

FISCAM; Consejería de Salud y Bienestar Social CLM.

Antecedentes/Objetivos: En 2007 se realizó una encuesta con dos objetivos, conocer las prevalencias y patrones de consumo de tabaco en población laboral ocupada, especialmente en el sector de hostelería, y su valoración sobre la incidencia de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre.

Métodos: Población: > 16 años, trabajando por cuenta propia o ajena residentes en Castilla-La Mancha. Muestra: 3.561 sujetos ($P = q = 0,50$. Error muestral $\pm 2,81$ para un NC 95,5%), estratificada por sectores de actividad en cada provincia, incrementándose el peso del sector hostelería. Entrevista telefónica tiempo medio de duración 14 minutos.

Resultados: Una de cada tres personas (33,62%) fuma. El consumo medio es 16 cigarrillos/día. Un 19,65% son exfumadores. Fuman más los hombres (35,93%) que las mujeres (29,63%). Por edades, son los más jóvenes (16 a 24 años) los que más fuman (43,2%). El sector de actividad también influye en el consumo, variando entre un 27,27% (IC 27-27,5) de fumadores entre los que trabajan en el sector público hasta un 40,69% (IC 40,2-41,2) entre quienes trabajan en hostelería. En el resto de sectores obtuvimos los siguientes resultados, un 29,73% (IC 29,3-30,0) en agricultura, un 32,69% (IC 32,4-32,9) en industria, un 38,74% (IC 38,4-38,9) en construcción y transporte, un 33,28% (IC 33,0-33,5) en comercio y un 37,37% (IC 37,0-37,7) en servicios a empresas. Respecto a la incidencia de la Ley, el 84,3% sigue fumando lo mismo que antes de su entrada en vigor, mientras que el 14,71% afirmaba lo contrario. Más mujeres (18,31%) que hombres (12,98%) han modificado su hábito tabáquico. Por sectores, los empleados de la Administración Pública (19,97%) y las empresas de servicios a otras empresas (19,66%) son los que más han modificado su hábito tras la Ley.

Conclusiones: Existe relación entre el tabaquismo y el sector de actividad, variando el porcentaje de fumadores entre los que trabajan en el sector público y en el sector de hostelería. Es en este último en el que más personas fuman habitualmente en el centro de trabajo (19,81%) y son también los más reacios a la Ley, un 13,9% considera que las normas son excesivas. El 58,2% de los empleados en el sector está expuesto al humo ambiental de tabaco (HAT) más de 1 hora/día en restaurantes y un 67,2% en bares y pubs. La exposición al HAT más de 1 hora/día en estos establecimientos afecta al 55,6% de empleados no fumadores en restaurantes y al 54,5% en bares y pubs. El tabaquismo pasivo está asociado a un mayor riesgo de enfermedad coronaria, cáncer de pulmón y problemas respiratorios agudos y crónicos. Proteger la salud de los trabajadores, especialmente de los no fumadores, en el sector de la hostelería, significaría extender la

normativa existente a los pubs, bares y restaurantes, tal como lo ya lo hicieron Escocia e Irlanda.

P-180. EL VALOR DE UN HOSPITAL LIBRE DE TABACO: UN PROGRAMA DE CALIDAD

E. Jiménez, M. Sáinz, A. González, S. Cano, M. Rumayor, J. Sánchez, N. García-Arenzana, I. Viúdez, J. Fereres, et al

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El tabaco es una de principales causas de mortalidad evitables y es prioridad en salud pública prevenir la iniciación en su consumo y facilitar su abandono. Los profesionales de la salud actúan como referente social del cuidado de la salud para la población general; en este sentido, un hospital sin humo es un lugar promotor de salud. El objetivo de este trabajo es describir las actuaciones desarrolladas en el Hospital Clínico San Carlos (HCSC) orientadas a la promoción de un hospital libre de humo de tabaco así como sus principales resultados.

Métodos: A través del Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total (EFQM), en el HCSC, desde 1994 hasta hoy, se han llevado a cabo las siguientes actividades: realización de estudios de prevalencia tabáquica entre trabajadores del hospital, creación de un Comité de Prevención del Tabaquismo (CPT), creación de talleres de deshabituación tabáquica y consultas clínicas de tabaquismo a disposición de los trabajadores del hospital, realización de campañas de sensibilización interna y externa mediante cartelería, folletos o información sistematizada a trabajadores, supresión de elementos que incitaran el consumo de tabaco como eliminación de ceniceros y formación de profesionales, entre otras.

Resultados: La prevalencia de tabaquismo en el personal laboral del HCSC ha descendido en los últimos años, pasando de un 36% en 1994 a un 25% en 2002 (datos del total de trabajadores), y de 38,5% en 2004 a 33,7% en 2006 (datos del personal sanitario, que son, según la OMS, quienes suponen un modelo de comportamiento y actuación para la población general). Han desaparecido el 99% de los "puntos negros de tabaco" intrahospitalarios. Se han realizado un total de 144 talleres de deshabituación tabáquica (1384 participantes) con un éxito del 32,5% en el abandono del hábito tabáquico al año. Se ha atendido a 1213 pacientes en las consultas de la Unidad de Tabaquismo, se han colocado más de 1200 carteles, se han difundido 64.500 trípticos, se han celebrado 36 reuniones del CPT, se ha colaborado con distintas organizaciones científicas y ONGs y se ha participado en 10 jornadas científicas promovidas por distintas organizaciones colaboradoras.

Conclusiones: Toda la actividad realizada en el Hospital Clínico San Carlos muestra distintas vías para impulsar la Red de Hospitales sin Humo en la Comunidad de Madrid.

P-181. EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO EN UNA MUESTRA DE HOSPITALES EUROPEOS

M. Fu, E. Fernández, C. Martínez, J.M. Martínez-Sánchez, M.J. López, A. Ouranou, B. Dautzenberg, G. Invernizzi, M. Nebot, et al

Institut Català d'Oncologia; Universitat de Barcelona; Red Catalana de Hospitales Sin Humo, Barcelona; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); European Network for Smoke-free Hospitals, París, Francia; Istituto Nazionale dei Tumori, Milán, Italia; Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: Describir los niveles de humo ambiental de tabaco (HAT) en una muestra de hospitales europeos durante el año 2007.

Métodos: Estudio transversal descriptivo en una muestra de conveniencia de 30 hospitales en 7 países europeos (Alemania, Austria,

Bélgica, España, Francia, Grecia y Rumania). Se utilizó como marcador de HAT las partículas respirables en suspensión de diámetro < 2,5 μm ($\text{PM}_{2,5}$). Se midieron las concentraciones de $\text{PM}_{2,5}$ en vestíbulos, salas de espera de urgencias, unidades de hospitalización de medicina interna y cirugía, cafeterías y escaleras de incendios. Las mediciones se realizaron con un monitor portátil pre-calibrado de partículas y de concentración de masas operado por láser. Se calcularon medianas y rangos intercuartiles (RI) de las concentraciones de $\text{PM}_{2,5}$ para describir los datos por país y por lugar muestreado.

Resultados: Se realizaron en total 199 mediciones, cuya concentración mediana de $\text{PM}_{2,5}$ fue 3,0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. El 50% de las mediciones se encontraba entre 2,0 y 7,0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Los niveles de $\text{PM}_{2,5}$ fueron similares en todos los países. La concentración más alta de $\text{PM}_{2,5}$ por lugar muestreado se encontró en medicina interna (4,0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; RI: 1,8-7,3). La mayoría de las medidas estuvieron por debajo de 25,0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, correspondiente al límite promedio de 24 horas recomendado por la OMS para las guías de calidad del aire en el exterior.

Conclusiones: La exposición al HAT en los hospitales europeos estudiados es muy baja. La medición de las $\text{PM}_{2,5}$ puede ser un método sencillo y efectivo para monitorizar la exposición al HAT y el cumplimiento de la legislación sobre espacios libres de humo en los hospitales.

Financiación. Comisión Europea (Proyecto N° 2005329). Los autores también reciben financiación del Instituto de Salud Carlos III, Gobierno de España (RTIC Cáncer RD06/0020/0089 y CIBERESP CB06/02/0032) y de las Consejerías de Universidades (SGR200500646) y Salud (convenio GFH 20008), Generalitat de Catalunya.

P-182. PRIMEROS GRUPOS DE INTERVENCIÓN AVANZADA EN TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD DE HUELVA

I. Robles Gómez, J. Obando y de la Corte, M.T. González García, et al
CS Huelva-Centro; D.S. Huelva-Costa.

Antecedentes/Objetivos: El tabaquismo es un importante problema de Salud Pública y la Atención Primaria el lugar estratégico donde captar a los fumadores para darles la respuesta adecuada. Conocer la demanda generada en un Centro de Salud permitirá adaptar las intervenciones al escaso tiempo disponible. La terapia grupal sería una solución eficiente. En el Distrito Sanitario Huelva-Costa se pone en marcha por primera vez esta forma de deshabituación tabáquica por los profesionales formados de un Centro de Salud. **Objetivos:** 1. Conocer la demanda para intervención avanzada grupal antitabaco en un Centro de Salud urbano. 2. Identificar los antecedentes patológicos y las características sociodemográficas y del hábito tabáquico de los participantes. 3. Valorar la eficacia del programa.

Métodos: Estudio descriptivo de los fumadores captados para Intervención Grupal Avanzada en el Centro de Salud Huelva-Centro desde el 14 de febrero al 14 de agosto de 2008. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, nivel de estudios, actividad laboral, factores de riesgo cardiovascular, enfermedades crónicas relacionadas con el tabaco, número de cigarrillos diarios, años fumando, intentos previos de abandono, motivos para dejar de fumar, test de Richmond y de Fagerström.

Resultados: Se derivaron 67 pacientes, siendo incluidos 41. De éstos 23 (56,1%) eran mujeres y 18 (43,9%) varones. Edad media: 46,02 años \pm 13,69. Nivel de estudios: el 34,1% completaron primaria, 22% secundaria y 41,5% estudios universitarios, 2,4% sin estudios. Laboralmente estaban activos el 61%, desempleados 7,3%, jubilados 12,2%, amas de casa 17,1% y 1 estudiante (2,4%). Presentaban factores de riesgo cardiovascular 11 (27%) y otra enfermedad crónica 6 (15%). En cuanto al hábito tabáquico fumaban una media de 21 cigarrillos/día, con 30 años de evolución, Fagerström: 5,6 y Richmond: 7,5. De los 41 participantes, el 92,7% están rodeados de fumadores, y el 85,4% han realizado intentos previos de abandono. La salud es en el 53,7%

el motivo principal para abandonar el hábito. El 39% abandonan el tabaco y reducen un 17% al mes del día D.

Conclusiones: 1. En 6 meses han sido derivados para intervención avanzada grupal 67 pacientes. 2. El perfil más frecuente es el de una trabajadora con estudios universitarios, fumadora importante con dependencia moderada y motivación media-alta que había realizado algún intento serio de abandono. 3. Más del 50% han abandonado o reducido el hábito al mes del día D. El seguimiento al año valorará la eficacia real del programa.

P-183. EL TABACO COMO PROBLEMA DE SALUD EN UNA PRISIÓN DE MUJERES

B. Gil Barcenilla, M.R. Sagraera Pérez, M.C. Carmona Saucedo, L. Lara García, et al

Plan Integral Tabaquismo Andalucía; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: En los países occidentales el tabaquismo se considera un marcador de desventaja social ya que los grupos sociales más desfavorecidos fuman más y las tasas de abandono son más bajas que en la población general. Las mujeres privadas de libertad son un grupo poblacional especialmente desfavorecido por el bajo nivel socioeconómico y educativo del que parten, así como por el aislamiento familiar, social e institucional que sufren en la prisión. En este contexto es esperable una alta prevalencia de tabaquismo y dificultades específicas para acceder a servicios de deshabituación. Como el Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía (2005-2010) se plantea entre sus líneas de acción el abordaje del tabaquismo en la población privada de libertad se formula el objetivo de conocer la prevalencia del tabaquismo en este colectivo, su perfil de consumo y las expectativas de las internas.

Métodos: Como paso previo a una intervención de abordaje del tabaquismo en una prisión de mujeres en Alcalá de G. (Sevilla) se diseñó y administró una encuesta para conocer el consumo y las actitudes frente al tabaco de la población reclusa de ese centro. Los cuestionarios fueron administrados por el personal del centro en octubre 2006. Se recogió información demográfica, del consumo de tabaco, del deseo de abandono y de los intentos previos de abandono.

Resultados: Se obtuvieron 103 cuestionarios de un total de 160 internas. El promedio de edad fue de 37 años, un 22% eran analfabetas y un 16,25% eran de origen extranjero. El 73% eran fumadoras y el 6% exfumadoras. La media de consumo diario fue de 17,5 cigarrillos. El 91,5% de las fumadoras ya fumaban antes de ingresar en el centro, un 49% de las fumadoras considera que su consumo ha aumentado en prisión y otro 32% que ha disminuido. El 87,5% de las internas deseaban dejar de fumar y el 55,1% de ellas había hecho algún intento de dejar de fumar. Todas las internas que querían dejar de fumar deseaban recibir ayuda para conseguirlo.

Conclusiones: Las mujeres en situación de privación de libertad son un grupo poblacional especialmente desfavorecido y con tasas de tabaquismo tres veces superiores a las encontradas en la ENS 2006. Para el diseño y la puesta en marcha de actividades en este colectivo es muy interesante constatar el deseo de abandono que expresan las internas así como su disposición a recibir ayuda para ello.

P-184. SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LA LEY DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO

J. Bohórquez Escolar, C. Sarmiento Fedriani, A. Sánchez-Blanco Izquierdo, M.A. Torrecilla Rojas, M. Muñoz Rubio, et al

SAS.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de tabaco ha llegado a tratarse en la actualidad como el mayor problema de Salud Pública que

nos afecta, al suponer la principal causa de morbimortalidad evitable. La Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía estableció un Programa de vigilancia y control de la aplicación de la Ley 28/2005 de 26 de diciembre, así como del desarrollo reglamentario de la misma recogido en el Decreto 150/2006 de 25 de julio. El objetivo de este trabajo es identificar las deficiencias más frecuentes detectadas en la inspección de establecimientos relativos al cumplimiento de la normativa sobre consumo, venta y publicidad de productos del tabaco y proponer líneas de actuación prioritarias para solucionarlas.

Métodos: Estudio descriptivo realizado en una muestra de 58 establecimientos, 36 de ellos de restauración y 22 establecimientos hoteleros, ubicados en el Distrito Sanitario Condado Campiña, de la provincia de Huelva, correspondientes al período de enero a diciembre de 2007. Se han realizado en total 86 visitas, entre inspecciones ordinarias, y en su caso extraordinarias.

Resultados: El número de establecimientos del estudio fueron 58, de ellos, 36 establecimientos de restauración, 19 hoteles y 3 residencias de ancianos. Establecimientos de restauración: de los 36 fue necesaria visita extraordinaria en 23 de ellos (63%). · Establecimientos con menos de 100 m²: 20 establecimientos, de los cuales se permite fumar en el 95% de ellos. Solamente uno de ellos optó por local donde no es permitido fumar. · Establecimientos con más de 100 m²: 16 establecimientos de los cuales - 4, cumplen la normativa, 25% - 8, no estaban correctamente señalizados, 50% - 4, tenían zonas habilitadas para fumar, que no cumplen requisitos, 25%. Se comprueba en la segunda visita, que han sido subsanadas las deficiencias en 7 de los 16 establecimientos, 58,3%. Establecimientos hoteleros De los 22 establecimientos del estudio, cumplen la normativa 9 de ellos (40,9%); el resto o no estaban debidamente señalizados o los carteles no eran homologados.

Conclusiones: El 95% de los establecimientos de menos de 100 m², optaron por permitir fumar. El 68,7% de los más de 100 m², cumplen la normativa tras segunda visita. De los hoteles y residencias de ancianos solamente el 40,9% cumplen normativa.

P-185. EXPOSICIÓN AL AIRE CONTAMINADO POR HUMO DE TABACO EN LA INSPECCIÓN DE ALIMENTOS DEL SECTOR HOSTELERO

M. Torres Morales, M.A. Martín Linares, J.B. Bosques Sánchez, F. Molina Cano, M.L. Delgado Muriel, F. De Haro García, B. Alférez Callejón, A. Gullón González, et al

Veterinarios A4; Área Sanitaria "Norte de Almería"; Hospital "La Inmaculada"; Huércal-Overa (Almería).

Antecedentes/Objetivos: La Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, prohíbe totalmente fumar en centros de trabajo públicos y privados, salvo en los espacios al aire libre. No obstante, incluye medidas voluntarias que posibilitan que en el sector de la hostelería permanezcan en la actualidad numerosos espacios cerrados donde se permite fumar. En estos espacios, los trabajadores están expuestos, como "fumadores pasivos", al aire contaminado por el humo del tabaco. Cuantificar el tiempo de exposición al aire contaminado por humo de tabaco, de los Agentes de Control Sanitario Oficial de Alimentos, durante las labores de inspección en los establecimientos del sector hostelero del Área de Gestión Sanitaria "Norte de Almería".

Métodos: Los establecimientos hosteleros, del Área Sanitaria "Norte de Almería", que comprende las Zonas Básicas de Salud: Albos, Cuevas, Huércal-Overa, Los Vélez, El Mármol, Serón y Vera. El número de establecimientos donde se permite fumar se ha obtenido a partir de una muestra de 280 locales, que comprende hoteles, restaurantes, bares y cafeterías visitados durante el año 2008. El número de visitas de inspección previstas en el año, se ha calculado de acuerdo con la frecuencia de inspección establecida según la clasificación de los establecimientos en función del riesgo sanitario. El tiempo de perma-

nencia en los locales en los que se permite fumar se ha estimado en una media de 45 minutos por visita.

Resultados: De un total de 1138 establecimientos de restauración censados en el año 2008, en 678 se permite fumar. El número de visitas anuales previstas es de 872. El tiempo de exposición al año del conjunto de los inspectores sería por lo tanto de 654 horas. En un reparto idealmente equitativo entre los 11 inspectores que habitualmente realizan actuaciones de inspección en estos establecimientos, supondría para cada uno de ellos 59,45 horas al año de exposición al aire contaminado por humo de tabaco.

Conclusiones: El tiempo de exposición en la actualidad es significativamente alto, comparado con el de otros trabajadores que han dejado de estar expuestos, ante la prohibición total de fumar que se establece en el artículo 7 de la Ley 28/2005, en centros públicos y privados, salvo en los espacios al aire libre. Se trata, pues, de una situación excepcional a tener en cuenta en el marco de los estudios de riesgos laborales.

P-186. IMPACTO DE LA LEY DEL TABACO EN EL LUGAR DE TRABAJO: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE TRABAJADORES EN ESPAÑA 2005-2007

M.L. Bauzá Amengual, I. Pereiró Berenguer, N. Ruíz Varea, M. Blasco González, E. Sánchez Vázquez, et al

Universitat Illes Balears; CS Puerto Sagunto; CS L'Alguer; CS Serreria II; CS Trafalgar.

Antecedentes/Objetivos: En España se producen 50.000 muertes anuales relacionadas con el tabaco. Los políticos y gobernantes son cada día más conscientes de la necesidad de legislar a favor de la salud de sus ciudadanos y así, el 1 de enero de 2006, entró en vigor la nueva Ley del Tabaco. Este estudio se ha diseñado con la finalidad de describir si la nueva Ley del Tabaco, en su aplicación al lugar de trabajo, influye en el hábito tabáquico de los trabajadores activos que acuden a las consultas de Atención Primaria de la ciudad de Valencia y Palma de Mallorca.

Métodos: Diseño: Estudio de seguimiento, post-intervención, de una cohorte de trabajadores. Sujetos de estudio: Trabajadores activos, mayores de 18 años, que acuden al centro de salud por cualquier motivo, en la ciudad de Valencia y en Palma de Mallorca. Criterios de Inclusión: ser fumador hasta, al menos, el día 31 de diciembre de 2005; mayor de 18 años; trabajador activo; teléfono para poder contactar; dar su consentimiento oral. Variables: Sexo, nivel educativo, edad, lugar de trabajo, número de trabajadores de la empresa, fuma actualmente, fecha en que ha dejado de fumar, número de cigarrillos fumados (antes ley, al mes siguiente, a los seis meses y a los dieciocho meses), actitud frente al tabaco, influencia de la Ley en su modificación del hábito. Recogida y análisis de datos: Se llevó a cabo en 9 centros de salud.

Resultados: Se reclutaron 220 trabajadores, el 53,2% eran mujeres, la edad media de 40 años DE: 11. El 9,5% había dejado de fumar un mes después de la aplicación de la Ley. La media de cigarrillos/día fumados antes de la Ley era de 20 y paso a 13 ($p < 0,000$) un mes después de la aplicación de la Ley y a 14,7 a los 18 meses ($p < 0,000$). La media de cigarrillos día fumados en el trabajo pasó de 8 a 2 ($p < 0,000$) al mes y de 1,4 ($p < 0,000$) a los 18 meses. Entre los que siguieron fumando, el 74,1% no fumaban en el lugar de trabajo. Las variables relacionadas con cumplir la ley en el lugar de trabajo fueron el nivel educativo, el sexo del trabajador y el tamaño de la empresa. Al final del estudio (año y medio después), el 50% de los que habían dejado de fumar en el primer mes se mantenían como no fumadores (4,7%).

Conclusiones: La entrada en vigor de la Ley del Tabaco en España ha sido efectiva, reduciendo tanto la prevalencia de fumadores como el número de cigarrillos fumados en el lugar de trabajo. Sería necesario diseñar campañas de divulgación del cumplimiento de la Ley dirigidas a pequeñas empresa con nivel de instrucción medio bajo de sus

trabajadores. Así mismo, hace falta establecer sistemas de vigilancia que garanticen el cumplimiento de la Ley.

Financiación. Ayuda a la investigación, UIB.

PÓSTERES XIV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Economía de la salud

P-187. EVALUACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA LEY 28/2005 DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO

M.J. Soriano, A. García-Altés, M.J. López, A. López, M. Nebot, E. Fernández, J.R. Villalbí, J.A. Gomes Precioso, C.A. da Silva Pinto de Sá, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Universidad Politécnica de Cartagena; Institut Català d'Oncologia; Universidade do Minho, Portugal.

Antecedentes/Objetivos: Dado el impacto negativo del tabaquismo en la salud de la población, en los últimos años diversos países de Europa han adoptado políticas de restricción del tabaquismo. En España, la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo entró en vigor el 1 de Enero de 2006. Además de las ganancias en salud, este tipo de leyes también tienen implicaciones económicas derivadas del menor consumo de recursos sanitarios y de su impacto en el sector hostelero y tabaquero, por lo que suelen generar reticencias. El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto económico de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo en España en el sector hostelero y en el sector tabaquero.

Métodos: Diseño pre-post con grupo control. Se han analizado las variables de interés antes y después de la entrada en vigor de la ley en la población española y en Portugal, mediante modelos de dobles diferencias. Adicionalmente, se ha analizado la tendencia de las variables seleccionadas, mensual, trimestral y anualmente en el periodo 2004-2007. Las variables analizadas han sido: volumen de negocio y tasa de ocupación del sector hostelero, y número de cigarrillos vendidos en expendedurías y tasa de ocupación en el sector tabaquero. Las fuentes de información utilizadas han sido Encuesta anual de servicios, Encuesta de población activa, Comisión del mercado de tabacos y Censo de Habitantes.

Resultados: El análisis de tendencias permite ver algunos resultados preliminares. En España, el número de ocupados en el sector hostelero ha pasado de 1098,7 miles en el primer trimestre de 2004 a 1342,2 miles en el primer trimestre de 2007. El número de locales del sector hostelero ha pasado de 302.825 en 2004 a 308.947 en el 2007. En Portugal, el número de ocupados en el sector hostelero pasa de 265,9 miles en 2004 a 266,9 miles en 2006. El número de locales del sector hostelero ha pasado de 83.017 en 2004 a 87.482 en el 2006. En España, el número de ocupados en el sector tabaquero en el primer trimestre de 2004 era de 72 miles y de 88 miles en el primer trimestre de 2007. El número de cigarrillos ha pasado de 4.663.050.132 en 2004 a 4.455.138.251 en 2007, mientras que su valor en euros ha aumentado. En Portugal, el número de ocupados en el sector tabaquero en 2004 era de 206,8 miles y de 219,5 miles en 2006.

Conclusiones: Estos resultados preliminares apuntan a que la ley no habría tenido ningún impacto negativo en el sector hostelero, ni en la ocupación del sector tabaquero. Las reticencias generadas estarían infundadas, tal y como también se ha demostrado en otros países donde se ha evaluado la ley.

Financiación. ETS (PI07/90675).

P-188. TRATAMIENTO DEL DOLOR: GASTOS DIRECTOS

R. Herrero Delicado, J. Giménez Arnau, V. Rausseil Rausseil, O. Monteagudo Piqueras, M.J. Martínez Ros, T. Fernández Aparicio, J.J. Herranz Valera, S. Sánchez Bautista, A. Serrano Navarro, et al

Dirección General Asistencia Sanitaria Servicio Murciano Salud; Dirección General Planificación, Financiación Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería Sanidad y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2006), la proporción de medicamentos prescritos más frecuentes fueron los indicados para paliar el dolor, tanto a nivel nacional con un 24,8%, como en la Región de Murcia (RM) con un 22,4%. En función de esta información, el presente estudio tiene como objeto verificar el gasto directo generado en la prescripción farmacéutica en un centro de salud de la Región de Murcia con una cobertura poblacional de 27.491 adultos, sobre una población total de 32.648.

Métodos: La población de estudio la constituyen los usuarios con Tarjeta de Identificación Sanitaria que han recibido prescripción médica relacionada con el dolor, adscritos al centro público sanitario asistencial seleccionado. La elección del Centro de Salud se basa en la sólida implantación del programa OMI-AP (Oficina Médica Informatizada de Atención Primaria), su amplia cobertura poblacional y la baja rotación de personal, factores que garantizan una calidad de la información de la historia clínica. Como fuente de información se utilizó AdN (Análisis de Negocio), que es el aplicativo del Servicio Murciano de Salud para la gestión farmacéutica de la Región de Murcia, implantado desde 2004; de donde se extrajo el número total de recetas, el gasto unitario por receta y los Gastos globales entre los años 2004-2007, desglosados por cada uno de los fármacos de los Grupos Terapéuticos relacionados con el tratamiento del dolor, que según las recomendaciones de la Guía Farmacoterapéutica del Servicio Murciano Salud y la Guía SEMFyC son: antiinflamatorios, antirreumáticos, relajantes musculares y analgésicos.

Resultados: En el período comprendido entre los años 2004 y 2007 el número total de prescripciones de medicamentos indicados para el dolor asciende a 275.741 unidades con un gasto global de 1.525.682 € y un gasto unitario medio de 5,53 €, de donde: Antiinflamatorios y Antirreumáticos representa un 41,4% de las prescripciones y 48,4% del gasto total, despuntando el ibuprofeno al frente en número de prescripciones (53% del peso del grupo y 22% del total); Relajantes Musculares se prescriben un 4,4% del total, destacando con un 70% el uso y el gasto asociado a tetrazepam respecto al resto de fármacos del grupo; Analgésicos es el grupo terapéutico más prescrito y con mayor gasto, con un 54,2% y 49,4% respectivamente, donde el paracetamol es el fármaco puntero en consumo (56,4% de los analgésicos y 31% del total).

Conclusiones: En el centro de salud objeto de estudio la prescripción conjunta de los tres grupos terapéuticos supone un 14,67% (por debajo de los resultados publicados por la ENS), con un gasto farmacéutico asociado correspondiente al 5,67% del total del centro. Estas cifras, junto a la constancia de que ibuprofeno y paracetamol son los fármacos más prescritos para el tratamiento del dolor, verifica el correcto seguimiento de las recomendaciones de las guías clínicas.

P-189. MODELO DE SIMULACIÓN DE DINÁMICA DE SISTEMAS PARA LA PREVISIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LA REGIÓN DE MURCIA

M.C. Vivo Molina, J.A. Martínez García, M. Ruíz Marín, J.A. García Córdoba, F. Molina Durán, F. López Hernández, et al

Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: ¿Hacen falta especialistas? El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó un estudio sobre la necesidad de es-

pecialistas en España, en el que indicaba diferencias geográficas y por especialidades. El objetivo de nuestro proyecto es desarrollar un modelo de gestión basado en la dinámica de sistemas, que sirva para poder predecir el impacto de diferentes políticas y entender las causas estructurales que producen variación en los elementos del sistema. El horizonte temporal cubre hasta 2018.

Métodos: La Dinámica de Sistemas ha sido la metodología empleada para la creación del modelo de simulación. El origen de esta técnica se remonta a finales de los años cincuenta y su implantación definitiva se produce durante la década de los setenta. El desarrollo de ésta técnica, se debe al trabajo de J.W. Forrester del Instituto Tecnológico de Massachussets, el cual por primera vez utilizó técnicas pertenecientes a las tecnologías de ingeniería automática para el estudio de procesos sociales y económicos. El objetivo básico de la dinámica de sistemas es llegar a comprender las causas estructurales que provocan el comportamiento del sistema. Esto implica aumentar el conocimiento sobre el papel de cada elemento del sistema, y ver como diferentes acciones, efectuadas sobre partes del sistema, acentúan o atenúan las tendencias de comportamiento implícitas en el mismo. Existen diversos software para la implementación de la Dinámica de Sistemas, para nuestro proyecto hemos usado el software Vensim.

Resultados: Hemos desarrollado un modelo dinámico, que relaciona las variables que influyen en la necesidad de médicos especialistas, y nos permite planificar la necesidad de dichos médicos especialistas, implementando nuevos escenarios. Con el fin de plantear la previsión de posibles déficits o superávit en las diferentes especialidades. El modelo está formado por dos grandes subsistemas que son la oferta y la demanda, cada uno de estos subsistemas está formado por una serie de variables que los definen.

Conclusiones: 1. El modelo se muestra útil en su preparación por el debate y encuentro generado entre todos los implicados en el problema. 2. Se precisa una Revisión periódica del modelo con el fin de poder implementar nuevos escenarios. 3. Se valora útil para restablecer políticas de planificación en base a los resultados obtenidos en el modelo.

P-190. NUEVOS INSTRUMENTOS PARA VIEJOS PROBLEMAS: LOS ACUERDOS DE RIESGO COMPARTIDO Y SU IMPACTO EN LA ACCESIBILIDAD A MEDICAMENTOS INNOVADORES

J. Espín Balbino, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La sostenibilidad del sistema público sanitario es uno de los temas más importantes en la agenda de los responsables políticos autonómicos y nacionales. Uno de los capítulos donde el gasto sanitario público ha tenido un aumento más considerable en los últimos diez años ha sido en el farmacéutico, cuya partida ya ronda el 25% del gasto sanitario público. Los nuevos medicamentos que se incorporan al mercado lo hacen a un precio muy alto, principalmente por los coste de I+D cada vez son mayores, unido a un menor número de productos en el mercado y a las imperfecciones de un mercado como el farmacéutico. Ante esta situación, y tratando de ocuparse de parte de las incertidumbres que rodean los nuevos medicamentos (escasez de información sobre sus resultados, el gasto presupuestario final es mayor que el previsto inicialmente, etc), en el escenario internacional han aparecido unos nuevos instrumentos, conocidos como de riesgo compartido, que tratan de plantear un nuevo paradigma de negociación ante estos nuevos medicamentos que se incorporan al mercado. Sin embargo, muchas dudas planean sobre los resultados finales de estos instrumentos, especialmente en un aspecto: cómo afecta a la accesibilidad de la población. El objetivo de esta comunicación oral es revisar las experiencias europeas sobre los contratos de riesgo compartido y su impacto en la accesibilidad de nuevos medicamentos.

Métodos: Revisión de la literatura y contacto con las instituciones gubernamentales responsables de los acuerdos.

Resultados: El estudio compara la accesibilidad a medicamentos innovadores sujetos a contratos de riesgo compartido en algunos países del entorno europeo. Los resultados demuestran que puede haber un aumento o disminución de la accesibilidad de acuerdo al acertado uso o no del instrumento. Algunos países, más que excluir un nuevo medicamento de la financiación, lo que realice es una mejor selección del público objeto de éste (por ejemplo, seleccionando un subgrupo de la población).

Conclusiones: Se recomienda no utilizar estos contratos de riesgo compartido de forma indiscriminada porque (1) los costes de administración y gestión de los instrumentos son elevados y difícil de mantener a lo largo del tiempo; (2) puede dificultar el acceso a medicamentos necesarios en enfermedades con pocas alternativas terapéuticas; (3) pueden convertirse en una moda pasajera que nos distinga cuando han de utilizarse realmente. Sin embargo, pueden ser un buen instrumento para conseguir (1) más evidencia postmarketing; (2) mayor accesibilidad para medicamentos que, en países con umbrales máximos de coste efectividad, estarían fuera del mercado; y (3) nuevas formas de negociación y relaciones financiador/industria farmacéutica.

P-191. EFECTIVIDAD Y ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS DE ANDALUCÍA

F. Jódar Sánchez, L. García Mochón, J.J. Martín Martín, M.P. López del Amo González, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la efectividad y estimar los costes directos del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en una población de ancianos institucionalizados en veintidós residencias de la tercera edad de Andalucía.

Métodos: Estudio cuasi-experimental de un año de duración aplicando la metodología Dáder del SFT, interactuando con el anciano y con su médico responsable al inicio y a los 12 meses del seguimiento. La población objeto de estudio está constituida por un total aproximado de 950 ancianos, de los cuales, 470 pertenecen al grupo de intervención (GI) ingresados en 11 residencias y los restantes al grupo de control (GC). Los criterios de inclusión en el estudio son: edad superior a 65 años y validez cognitiva del anciano según su historia clínica. Los criterios de exclusión han sido: ancianos en plazas de respiro familiar y mayores en los que la responsabilidad del seguimiento de su estado de salud corresponde a médicos que no pertenecen a su residencia ni al Servicio Andaluz de Salud. La calidad de vida se está estimando mediante el Perfil de Salud de Nottingham (PSN) y el Euroqol. Como medidas de efectos se utilizan los RNM identificados y resueltos, y la calidad de vida. Para la estimación del coste, se consideraron los costes directos (medicación y tiempo del personal) por periodo de tratamiento antes y después del SFT, desde una perspectiva del sistema socio-sanitario.

Resultados: Actualmente se dispone de un total de 107 pacientes del GI y 18 pacientes del GC. Se excluyeron 7 pacientes por no responder a los criterios de inclusión, y se registraron 46 pérdidas. La muestra del pilotaje quedó constituida por 59 casos con una media de edad de 82 años y 6,25 fármacos prescritos; y 13 controles con una media de edad de 78 años y 3,54 fármacos prescritos. Se detectaron 61 RNM en 33 pacientes del GI. Se logró intervenir en el 81,96% de los RNM detectados y se resolvió el 67,21%. Ambos grupos obtuvieron una menor tarifa promedio del Euroqol al final del estudio ($p = 0,59$) En cuatro de las seis dimensiones del PSN, el GI presentó medias más bajas que el GC al final del estudio. El tiempo medio de la intervención fue de 67,30 minutos/paciente con un coste anual de 20,87 €/

paciente. Al final del estudio, el GI obtuvo un incremento del coste de 329,89€ respecto al GC si bien el coste medio de la medicación diaria se redujo en 0,20 € /paciente.

Conclusiones: La intervención sobre los RNM aplicando la metodología Dáder fue efectiva aunque la diferencia en la calidad de vida no fue significativa. No parece que el SFT en ancianos institucionalizados altere sensiblemente el gasto en medicamentos.

Financiación. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

P-192. COSTE DEL PROCESO HOSPITALARIO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LIBRE ACCESO

F. Cots, J. Corral, F. Macià, X. Mateu, M. Gallén, A. Reig, J.M. Borrás, X. Castells, et al

Hospital del Mar, Institut Municipal d'Assistència Sanitària, Barcelona; Pla Director d'Oncologia, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La estimación de costes válidos para la gestión clínica y la investigación en variabilidad y adecuación de la práctica asistencial requiere cierta madurez en los sistemas de información clínica, asistencial y económica en el entorno hospitalario. Dada nuestra disponibilidad de esta información basada en actividad clínica es factible construir un sistema que relacione todos los componentes del proceso asistencial del paciente oncológico. El objetivo es integrar las informaciones clínica-asistencial y económica para valorar el coste directo del proceso asistencial hospitalario del cáncer colorrectal, mama y pulmón y las causas de su variabilidad. Asimismo, determinar el coste hospitalario según estadio TNM y fase de la enfermedad.

Métodos: Se diseñó un sistema de información basado en una cohorte histórica de 2.576 pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer colorrectal, mama y pulmón entre los años 2000 y 2005 en el Institut Municipal d'Assistència Sanitaria (IMAS) con seguimiento hasta diciembre de 2007. Las principales fuentes de información fueron el Registro de Tumores hospitalario y los registros de actividad clínico-asistencial. Para valorar los actos asistenciales, se utilizaron los costes unitarios obtenidos del 'SisCost' del hospital correspondientes al año 2003.

Resultados: A partir de la construcción del sistema de información sobre el proceso asistencial del paciente oncológico, se dispone del coste por paciente, así como de los principales componentes del mismo. Se pueden construir costes medios del proceso y por mes de supervivencia estratificado por estadio y fase de evolución de la enfermedad.

Conclusiones: Los resultados aportan información relevante para futuros análisis de coste-efectividad e impacto presupuestario de nuevas intervenciones preventivas o alternativas al tratamiento actual.

Financiación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Fondo de Investigación Sanitaria (FIS); Dirección General de Planificación. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

P-193. EL COSTE DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN URGENCIAS BANALES

J.L. Navarro Espigares, E. Hernández Torres, M. Salinero Sendras, et al

Hospital Universitario Virgen de las Nieves; FIBAO.

Antecedentes/Objetivos: El progresivo aumento de la utilización de los Servicios de Urgencias en los últimos años ha generado importantes incrementos de costes. Las pruebas diagnósticas realizadas en urgencias son uno de los principales drivers de costes. Los sistemas de triage establecidos permiten clasificar a los pacientes en cuatro

categorías: críticos, preferentes, urgentes y no urgentes (o banales)
Objetivo: Calcular el impacto presupuestario de las pruebas diagnósticas aplicadas a las urgencias banales en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN).

Métodos: Estudio descriptivo transversal de costes sobre los pacientes atendidos en el área de urgencias del HUVN entre el 1 de septiembre de 2007 y el 29 de febrero de 2008. La información recogida incluye la prioridad de la urgencia, unas variables sociodemográficas (sexo, edad) y otras de actividad (nº de pruebas/tipo de prueba). Se ha calculado el coste de cada episodio de urgencias a partir de la traducción de cada prueba diagnóstica en Unidades Relativas de Valor (URV) según el modelo del Servicio Andaluz de Salud y el coste medio unitario de cada URV en el HUVN. Se han utilizado los tests estadísticos Chi-cuadrado y ANOVA para analizar la posible asociación entre el coste de las pruebas diagnósticas y las variables sociodemográficas de cada paciente.

Resultados: Durante el periodo estudiado se han atendido 43.387 urgencias. La media de edad los pacientes fue de 49,86 (+21,56) años. La distribución de sexos mostró un 51,10% de hombres. Respecto al triage, un 28,30% de las urgencias se clasificó como banal. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la prioridad y las categorías de edad y sexo. La prioridad aumenta con la edad y con el sexo masculino. A 24.956 de las 43.387 urgencias atendidas se les realizaron pruebas diagnósticas de laboratorio y/o radiológicas, de las cuales un 13,30% (5.826) fueron clasificadas como banales. La media de edad de los pacientes con pruebas es de 55,63 años (+21,80) y un 50,40% son hombres. El coste medio por episodio de las pruebas diagnósticas es de 65,70 euros. En el caso de las urgencias banales, este coste asciende a 57,66 euros. No se ha verificado una relación significativa entre coste, edad y prioridad.

Conclusiones: El coste de las pruebas diagnósticas en las urgencias clasificadas como banales asciende a 335.927 euros, representa el 11,78% del coste total del servicio de urgencias. Este coste innecesario tiene un peso del 4,3% en el presupuesto del servicio de urgencias y de un 0,25% en el presupuesto del hospital. Los resultados muestran una buena gestión de pruebas diagnósticas en los episodios de urgencias clasificados como banales con costes unitarios un 12% inferiores a los del resto de pacientes.

P-194. COSTE POR PROCESO. EL COSTE DEL PARTO EN UN HOSPITAL DE BARCELONA

E. García-Alzórriz, F. Cots, R. Carreras, A. Payà, E. Del Amo, M.A. Sala, X. Castells, et al

CIBERESP; IMAS.

Antecedentes/Objetivos: La disponibilidad de información asistencial y económica que refleja el conjunto del consumo de recursos asistenciales directos del proceso de embarazo, parto y puerperio e incluso del consumo de recursos asistenciales del neonato, permite plantear un estudio para valorar de manera consistente el coste total del conjunto del proceso y analizar las diferencias debido al tipo de parto, el seguimiento del embarazo y la procedencia de la madre.

Métodos: En el ámbito del Hospital del Mar y del PASSIR de Ciutat Vella y Sant Martí se ha recogido toda la información asistencial y económica de los nueve meses anteriores y de los tres meses posteriores a la fecha del parto de todas las mujeres que han dado a luz durante la ventana temporal (01/10/2006 al 30/09/2007). Así como, el consumo de recursos asistenciales del neonato durante sus primeros tres meses de vida. Las principales fuentes de información han sido el registro de actividad del PASSIR (Programa de salud sexual y reproductiva), el sistema de información asistencial del (IMASis) y el sistema de contabilidad analítica (SisCost) del IMAS.

Resultados: A partir de la transformación de la información previa, se dispone de los costes medios del proceso de nacer de manera

global (4.141 €) y segmentados en función del tipo de parto (cesárea: 5.575 €, parto no instrumentado: 3.519 €, parto instrumentado: 3.884 €), el origen de la mujer (nacional: 4.105 €, inmigrante: 4.170 €) y por seguimiento en el PASSIR (seguimiento: 4.226 €, sin seguimiento: 3.866 €). Se incluye en el estudio un análisis estadístico para determinar si las diferencias encontradas son significativas o no. Se encuentran diferencias significativas por tipo de parto pero no al combinarlo con el origen de la madre o el seguimiento del embarazo.

Conclusiones: Estamos en disposición de construir costes relacionados con el conjunto de un proceso como el del parto de forma muy aproximada y establecer las causas que explican la variabilidad del mismo.

Financiación. Dirección General de planificación. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

P-195. RELACIONES CONTRACTUALES DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE 5 PAÍSES EUROPEOS CON SISTEMAS DE SALUD PÚBLICOS INTEGRADOS

P. Zegarra Salas, J.M. Freire Campo, J.R. Repullo Labrador, et al

Escuela Nacional de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: El sistema de contratación y pago a los médicos condiciona incentivos determinantes de la práctica médica, con gran influencia en la calidad percibida, en la carga de trabajo asumida así como en la frecuentación o el patrón de referencia a especialistas. Las diferencias existentes entre países en los sistemas de contratación y pago a los médicos de atención primaria (AP) suponen un experimento natural de gran interés para descubrir ventajas comparativas de unos sistemas sobre otros. Para que esta comparación sea útil es imprescindible que sean comparables los sistemas sanitarios en su conjunto. Por ello en este estudio se han elegido cinco países europeos con sistemas públicos mayoritariamente integrados (financiación y provisión pública): Reino Unido (Escocia), Suecia, Portugal, Italia y España. Nuestro objetivo es comparar los diferentes tipos de contratación y pago a los médicos de AP de cinco países europeos con sistemas sanitarios públicos integrados e identificar ventajas comparativas en las diferentes experiencias y modelos de relación contractual y pago a los médicos de AP de los países estudiados.

Métodos: Revisión documental y bibliográfica de fuentes primarias sobre los sistemas de contratación y pago a los médicos de AP de los cinco países estudiados complementada con entrevistas en profundidad a expertos de cada país sobre los temas objeto de estudio a través de un cuestionario estructurado.

Resultados: El estudio de los cinco países de la UE con sistemas de salud públicos integrados identificó dos prototipos dominantes de relación contractual: (1) empleo y retribución por sueldo (Suecia, España y Portugal), y (2) contratación externa de médicos autónomos (Escocia -RU-, Italia y Suecia) con retribución basada en pago capítativo. Dentro de cada prototipo coexisten a su vez diferentes modalidades de pago (sueldo, capitación, pago por acto, pago por objetivos). Las características importantes de una buena organización de la AP (médicos con lista de población a cargo, puerta de entrada al especialista) son compatibles con los dos sistemas de contratación existentes en estos países.

Conclusiones: Del análisis realizado se puede concluir que no existe una forma óptima de contratación-pago de los médicos de AP; todas tienen ventajas e inconvenientes comparativos cuyos incentivos positivos o perversos están fundamentalmente ligados al contexto organizativo y a la cultura profesional y social dominante. No obstante, contexto organizativo y forma de contratación y pago están muy relacionados y se influyen mutuamente de modo que es posible utilizar esta relación para mejorar la organización y el funcionamiento de la AP.

P-196. APROXIMACIÓN AL COSTE DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL CÁNCER DE MAMA EN CATALUÑA

J. Corral, F. Cots, X. Castells, J.R. Germà, J.M. Borràs, et al

Pla Director d'Oncologia, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Hospital del Mar, Institut Municipal d'Assistència Sanitària; Servei de Oncologia Mèdica, Institut Català d'Oncologia.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de mama tiene una alta incidencia y una tendencia a seguir aumentando. El consumo de recursos ligado a su tratamiento es muy importante y también incorpora tendencias crecientes en algunos elementos de la estrategia terapéutica, como por ejemplo la quimioterapia. Se presupone una significativa variabilidad en uso de recursos respecto a las OncoGuías. El objetivo que se planteó en este estudio fue estimar el coste hospitalario del tratamiento del cáncer de mama según el estadio en tres hospitales públicos de Cataluña.

Métodos: Se seleccionaron los casos diagnosticados de cáncer de mama en el año 2003 en el Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS), Institut Català d'Oncologia-L'Hospitalet (ICO-L'Hospitalet) e Institut Català d'Oncologia-Badalona (ICO-Badalona). Se siguió la evolución de todos los casos hasta diciembre de 2006. Se efectuó un estudio retrospectivo de costes de los componentes del proceso asistencial de los casos a partir de bases clínico-administrativas y de historias clínicas. Se utilizaron los costes unitarios del IMAS correspondientes al año 2005 para valorar los actos asistenciales. Se estimó el coste medio por paciente según el estadio y tipo de coste. Se calcularon intervalos de confianza percentil bootstrap para esta variable.

Resultados: Se revisaron un total de 291 casos con diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama (162 IMAS, 78 ICO-L'Hospitalet y 51 ICO-Badalona). El coste medio por paciente fue de: 10.291 € (IC95%: 9.293-11.289 €) en el estadio I, 15.610 € (IC95%: 12.975-18.244 €) en estadio II, 19.174 € (IC95%: 14.034-24.313 €) en estadio III y 26.999 € (IC95%: 3.691-50.307 €) en estadio IV. Los principales componentes del coste por paciente fueron: hospitalización (32,1%), quimioterapia (26,6%), directo (laboratorio, pruebas complementarias, etc.) (20,2%), ambulatorio (13,4%) y radioterapia (7,7%). El coste relativo de la hospitalización y el directo disminuían en estadios más avanzados de la enfermedad, mientras que el correspondiente a quimioterapia aumentaba en fases avanzadas.

Conclusiones: El coste hospitalario del cáncer de mama presenta una variabilidad importante, principalmente en fases avanzadas de la enfermedad. El peso del tratamiento quimioterápico en el coste por paciente es bajo debido al tipo de citostáticos utilizados en los tratamientos. Aunque la utilización de los nuevos fármacos aprobados aumentará significativamente este porcentaje del coste debido a quimioterapia. El modelo presentado puede servir de base comparativa del impacto del cambio de terapias en el coste total y en el peso relativo de cada estrategia terapéutica.

Financiación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.

P-197. ESTUDIO DE LA DIFUSIÓN DE LA TECNOLOGÍA DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS EN GALICIA

F. Reyes Santías, D. Vivas Consuelo, M. Caballer Tarazona, et al

Universidad de Santiago de Compostela; Universidad Politécnica de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Analizar las curvas de difusión de la tecnología diagnóstica del TC en el sector público y en el sector privado en la C.A. de Galicia.

Métodos: Las variables utilizadas para el estudio se han agrupado en variables sociodemográficas, variables de recursos y estructura

de los hospitales y variables de actividad de los hospitales. Se han clasificado los hospitales objeto de la muestra con la metodología multivariante del cluster. El estudio de la difusión de las tecnologías y la obtención de la curva de difusión se ha realizado empleando la metodología de MLG de medidas repetidas aplicada a los cluster.

Resultados: Los principales resultados obtenidos muestran que la incidencia en la formación del cluster de las variables objeto de la tesis con la densidad refleja la que la tecnología de TC se sitúa de forma habitual en localizaciones urbanas. Contrasta la curva de difusión de la tecnología de CT en el sector privado con las curvas con pendiente creciente en el sector público, lo que nos hace plantear la hipótesis de que la oferta de equipos de CT en el sector público y privado no sería una oferta complementaria sino una oferta sustitutiva. Se justifica la hipótesis de que el uso de la tecnología de CT está todavía en fase de difusión y que no ha llegado a la meseta de la curva epidemiológica de difusión.

Conclusiones: -La difusión de la tecnología de CT en los hospitales públicos se ha realizado conforme al criterio de equidad - La adopción de la tecnología de TC por el sector privado es sustitutivo de la actividad radiológica en el sector público -El sector privado localiza la tecnología de TC en los núcleos de mayor densidad de población.

P-198. THE EFFECT OF INFORMATION IN THE PROVISION OF HEALTH CARE. IS INFORMATION EQUALLY USEFUL FOR EVERYONE?

M. García-Goñi, P. Windrum, et al

Universidad Complutense de Madrid; Manchester Metropolitan University Business School.

Antecedentes/Objetivos: The health production function and the demand of health services have been extensively explored in the health economics literature. Education and information are among the usual inputs of the health production function and have been shown to affect the health status of the individuals through variations in their health behaviours, and can also affect the demand of health services.

Métodos: However, different patients may need different types of information, and the health systems may benefit from selecting the type of information provided to each individual. In this paper, we present a model in which we analyze the effects of two different types of provision of information through educational programs for the specific set of individuals suffering chronic illnesses. We take advantage of a change in an educational program for type 2 diabetes patients in the Manchester Metropolitan area.

Resultados: We find how a more intense informational program in which patients are more involved (patient-centred program) improves the health status and is highly beneficial for chronic patients, having a negative impact in the demand of health services compared to the simple traditional informational program which is more practical for individuals with acute illnesses and has been shown in the literature to increase the demand of health services.

Conclusiones: The education or information effect that increases the demand of health services is discounted by a better health status in chronic patients with the total result of a lower demand of health services.

Financiación. Financiado por la Comisión Europea, VII Programa Marco (FP7-SSH-2007-1).

P-199. DETERMINANTES DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA

A. Aparicio Llanos, M. Morera Salas, et al

Universidad de Costa Rica; Caja Costarricense del Seguro Social.

Antecedentes/Objetivos: Investigar los determinantes de la utilización de consultas médicas en Costa Rica.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud, Costa Rica 2006. Los individuos encuestados corresponden a una muestra aleatoria de población no institucionalizada de 2.004 hogares. En cada hogar fueron entrevistados todos los miembros de la familia, para un total de 7.523 individuos. La submuestra seleccionada suma 5.959 personas mayores de 15 años. Esta encuesta recogió información sobre utilización de consultas médicas con la pregunta ¿Cuántas veces ha consultado con algún médico, equipo básico de atención, clínica del seguro, hospital, homeópata, otro en el último mes? Ésta es la variable dependiente. Como variables explicativas se utilizan el nivel educativo, edad, sexo, condición de asegurado, estado de salud percibido, número de enfermedades crónicas, el quintil de ingreso per cápita del hogar y región geográfica de residencia. En el análisis econométrico se utilizó un modelo Binomial Negativo Estándar ligado al enfoque de demanda de salud de Grossman y un modelo en dos partes congruente con el enfoque agente-principal.

Resultados: La comparación de los modelos estadísticos propuestos permite comprobar la superioridad de la especificación en dos partes (Logit Binomial y Binomial Negativa Truncada) a la hora de explicar la utilización de consultas al médico. Los factores determinantes de la utilización de consultas médicas fueron el nivel educativo, estado de salud percibida, número de enfermedades crónicas declaradas y región de residencia. El estado de asegurado resulta un factor determinante en la demanda de servicios de salud en muchos estudios, pero para el caso de Costa Rica no resultó significativo, lo cual puede estar explicado porque la Constitución Política de Costa Rica garantiza la salud de la población y obliga a la Seguridad Social a brindar los servicios a personas no aseguradas.

Conclusiones: El hecho de que las variables de necesidad de salud expliquen de forma significativa la probabilidad de contacto en el uso de consultas médicas y que además, no se registren diferencias significativas de utilización entre quintiles de ingreso y situación de seguro, es un resultado esperable y deseable en un sistema público solidario y casi universal como el costarricense. No se obtienen resultados concluyentes de la influencia del médico en la frecuencia de utilización de consultas que postula el modelo de agente-principal.

Financiación. Este proyecto contó con el apoyo de una beca parcial sin condiciones del PPPI de la Merck Company Foundation, brazo filantrópico de Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, New Jersey, USA.

PÓSTERES XV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Gestión ambiental/protección de la salud

P-200. ESTUDIO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LAS ZONAS DE BAÑO DEL LEVANTE ALMERIENSE

C. de Oña Baquero, V.M. Alfaro Dorado, A. Cayuela Pérez, M.I. Caparrós Jiménez, R. López Domínguez, I. Lázaro Jiménez de Cisneros, M.D. Guerrero Haro, G. Romera Soler, J.M. De la Fuente Nogales, et al

Servicio Andaluz de Salud. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Antecedentes/Objetivos: El Real Decreto 1341/2007 de 11 de Octubre sobre la gestión de la calidad de las aguas de baño incorpora al derecho interno español la Directiva 2006/7/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de Febrero, relativa a la gestión de la calidad de las aguas de baño. La aplicación de la nueva normativa implica cambios importantes en el desarrollo de las actuaciones de vigilancia sanitaria de las aguas de baño, entre éstos cambios se halla

la reestructuración de los sistemas de información y comunicación al público, que requieren la participación y coordinación de todas las administraciones públicas, de carácter autonómico y local. En este sentido, durante la temporada de baño, los ayuntamientos están obligados a proporcionar información al público sobre las características e infraestructuras de la playa, las medidas de seguridad y toda aquella que le faciliten el resto de administraciones con competencias en aguas de baño. El objetivo del estudio es comprobar la existencia de información al público establecida por la norma y su adecuación a la misma en las zonas de baño (ZB) del levante almeriense (LA).

Métodos: Estudio descriptivo transversal de la información expuesta en los carteles informativos por las administraciones locales competentes en cada una de las ZB del LA, llevado a cabo por el control oficial en la primera quincena del mes de julio de 2008.

Resultados: El 80,8% de las ZB del LA están señalizadas. La información expuesta presenta deficiencias en un 85,7% en relación a lo establecido en el artículo 13 del RD 1341/2007 y en el Programa Anual de Actuaciones de Vigilancia Sanitaria de Aguas de Baño Marítimas de la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Las deficiencias en la información se presentan en un 14,3% en la denominación, en un 66,7% en la descripción de las aguas, en un 28,6% en la información general de playa, en un 66,7% en la descripción de la ZB, en un 66,7% en la descripción del tipo de playa, en un 14,3% en las características (tipo) y número de dotaciones de infraestructura, un 71,4% de los carteles no aportaban la clasificación vigente de las aguas de baño de la temporada 2007 y el 100% no incluyeron el plan de limpieza de la playa.

Conclusiones: El estudio realizado evidencia que sólo uno de los ayuntamientos proporciona la información completa en los carteles de sus ZB en base la normativa actual. Por lo que se deduce que sería recomendable dirigir la intervención del control oficial, además, hacia el asesoramiento de las administraciones locales implicadas.

P-201. REGISTROS DE INCIDENCIAS POR FAUNA Y DEMANDA ASISTENCIAL EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE ALBOX

M.I. Caparrós Jiménez, R. López Domínguez, M.D. Guerrero Haro, A. Cayuela Pérez, C. De Oña Baquero, I. Lázaro Jiménez de Cisneros, V.M. Alfaro Dorado, J.M. De la Fuente Nogales, S. Bo Cadena, et al

Unidad de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Antecedentes/Objetivos: La fauna constituye un factor de riesgo ambiental para la salud humana. En los centros sanitarios se demanda la asistencia por distintas patologías que normalmente son dermatitis y otras reacciones a picaduras de artrópodos. El objetivo del presente estudio es conocer y evaluar los registros de incidencias sanitarias producidas por fauna en la Zona Básica de Salud de Albox perteneciente al Área de Gestión Sanitaria (AGS) Norte de Almería.

Métodos: Tipo de estudio: observacional descriptivo. Período de estudio: años 2005, 2006 y 2007. Fuente de información: libro de registros de urgencias. Se incluyeron 710 registros de incidencias sanitarias producidas por fauna (209 en el año 2005, 289 en el año 2006 y 212 en el año 2007) que solicitaron asistencia médica durante el horario de urgencias (desde las 15 horas hasta las 8 horas del día siguiente) en el Centro de Salud de Albox. El estudio se centró en los siguientes campos: meses del año, agente causal (avispa y afines, mosquitos, pulgas, orugas toxicóforas, garrapatas, escorpiones, medusas y erizos de mar) y grupo de población afectada (adultos y/o niños).

Resultados: Teniendo en cuenta todos los registros analizados, con respecto al agente causal, en el 55,91% de los casos éste no fue identificado. En el año 2005, el 32,53% de las incidencias se debieron a avispa y afines y en el año 2006 un 7,26% se debieron a picaduras de escorpio-

nes. Durante todo el periodo de estudio los mosquitos constituyeron un 3,23% de las incidencias. Durante los meses de junio, julio y agosto del año 2005 se produjeron un 50,71% de las incidencias, mientras que en los mismos meses del año 2006, estas supusieron un 62,28%. En el año 2005, el 75,58% de las incidencias ocurrieron en adultos.

Conclusiones: Cabe destacar el elevado porcentaje de incidencias en las que el paciente no fue capaz de identificar el agente causal. El mayor número de incidencias, como era previsible, se produjeron durante los meses de verano, siendo en el mes de julio, de los tres años incluidos en el estudio, en el que se precisaron más demandas asistenciales. Los adultos constituyeron el grupo de población afectada con más frecuencia.

P-202. NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD PRODUCIDA POR ALÉRGENOS DE PALOMA (COLUMBA LIVIA): MEDIDAS CORRECTORAS DIRIGIDAS A DISMINUIR LAS CONCENTRACIONES AMBIENTALES

T. Montalvo, M.J. Cruz, F. Morell, V. Peracho, et al

Servicio de Higiene Pública y Zoonosis, Agencia de Salud Pública de Barcelona; Servicio de Neumología, Hospital Vall d'Hebron Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La neumonitis por hipersensibilidad (NH) es una enfermedad de base inmunológica producida por una amplia variedad de antígenos que llegan a los pulmones por vía inhalatoria. La fuente de alérgenos responsables de NH por palomas, es el material orgánico procedente de orina y plumas. En el presente estudio se analizaron los niveles de aeroalérgeno de paloma en el domicilio de una persona afectada por NH que tenía cercano a su domicilio (aprox. 50 metros) un palomar con 150 palomas. Los niveles previos fueron comparados con una segunda medición tras la adopción de medidas correctoras consistentes en la limpieza en profundidad de la instalación y la reducción del 50% de las palomas.

Métodos: Los niveles de aeroalérgeno de paloma se analizaron en un total de 6 muestras recogidas en el domicilio de la persona afectada. Una de las muestras fue obtenida en el periodo anterior a la adopción de las medidas correctoras y cinco muestras en el periodo posterior y en diferentes días. Para la toma de muestras se utilizó un captador de alto volumen que funcionó a 30 litros/hora (tiempo de muestreo: 8 horas) y filtros de microfibras de vidrio (tamaño de poro: 1 mm). Las muestras se analizaron mediante un ELISA de inhibición. Los resultados se expresaron en U/m³.

Resultados: En la primera medición efectuada en el periodo anterior a la adopción de las medidas correctoras se obtuvo un nivel ambiental de aeroalérgeno de paloma de 16 U/m³. Durante el periodo posterior se obtuvieron niveles no detectables en tres muestras recogidas en un primer día con condiciones meteorológicas de viento, y 2,3 y 4,2 U/m³ en dos muestras obtenidas un día posterior sin viento.

Conclusiones: 1) Las condiciones meteorológicas pueden afectar de manera importante a las mediciones ambientales. 2) Las medidas correctoras ejecutadas redujeron los niveles ambientales de alérgenos, pero fueron insuficientes para reducirlos totalmente. 3) El análisis de alérgenos es una herramienta imprescindible para evaluar los riesgos derivados de la presencia de palomas en la ciudad, y poder así llevar a cabo medidas preventivas y/o correctoras dirigidas a mejorar la calidad ambiental.

P-203. ESTUDIO SANITARIO DE LA POBLACIÓN DE PALOMAS (COLUMBA LIVIA F. DOMESTICA) EN LA CIUDAD DE BARCELONA

T. Montalvo, M. Simón, M. Pepió, A. Torrents, M.D. Ferrer, V. Peracho, et al

Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Las aves, debido a su importante papel como reservorios y/o vectores de enfermedades infecciosas, pueden representar un riesgo para la salud de las personas. La paloma doméstica (*Columba livia f domestica*) es la especie más abundante en la mayoría de ciudades europeas causando en algunas ocasiones importantes problemas sanitarios y de degradación del mobiliario urbano. La ciudad de Barcelona presenta una de las densidades de palomas más elevadas del mundo. Las posibles consecuencias negativas de una superpoblación ha llevado a la Agencia de Salud Pública de Barcelona a realizar un estudio dirigido a conocer el estado sanitario de la población de palomas mediante el análisis de una serie de indicadores sanitarios.

Métodos: En el mes de enero de 2007 se capturaron 320 ejemplares de palomas en los 10 distritos de la ciudad de Barcelona. Se examinaron 62 palomas para el virus de la Influenza a partir de excrementos y hisopos traqueales, y para el West Nile Virus (WNV) a partir de muestras de sangre. 204 ejemplares se examinaron para *Chlamydomphila psittaci* a partir de hisopos cloacales. *Campylobacter* spp y *Salmonella* spp., se analizaron a partir del contenido del recto de los 320 ejemplares capturados.

Resultados: Las 62 muestras analizadas para el virus de la Influenza i WNV fueron negativas. De las 204 muestras analizadas para *Chlamydomphila* spp., 3 dieron resultado positivo como *Chlamydomphila psittaci* (1,4%). De las 320 muestras analizadas, se aisló *Salmonella* enterica en 10 ejemplares (3,1%). Las cepas correspondieron al serovar Typhimurium (9 cepas) y al serovar Lagos (1 cepa). *Campylobacter* spp. se aisló en 87 ejemplares de los 320 examinados (27,5%). La totalidad de las cepas pertenecieron a *Campylobacter jejuni*.

Conclusiones: 1) Ausencia en la población de palomas estudiada de los agentes causales de las zoonosis virales que mayor preocupación actualmente generan en los sistemas de vigilancia de salud pública, 2) Baja prevalencia de *Chlamydomphila psittaci*, 3) Las prevalencias obtenidas de *Campylobacter* y *Salmonella* no sufren cambios significativos respecto al estudio realizado en las palomas de la ciudad de Barcelona en 1991 (Casanovas et al., 1995), 3) El estado sanitario de la población de palomas pone de manifiesto la necesidad de dar continuidad a los sistemas de vigilancia con una periodicidad aproximada de dos años (siempre y cuando la situación epidemiológica no sufra ningún cambio significativo), de cara a seguir realizando seguimientos epidemiológicos de las principales zoonosis, gestionar eficientemente las actividades de control y proponer estrategias que permitan minimizar posibles riesgos sobre la salud de las personas.

P-204. CONTROL INTEGRADO DE PLAGAS EN LA CIUDAD DE BARCELONA

S. Franco, T. Montalvo, T. Simic, V. Peracho, et al

Servicio de Higiene Pública y Zoonosis, Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Los programas de vigilancia y control de plagas son una herramienta imprescindible para mantener bajo control una serie de seres vivos, que por su abundancia y/o sus características pueden ocasionar problemas sanitarios, molestias, o pérdidas económicas. En este sentido la Agencia de Salud Pública de Barcelona inició en el 2005-2006 la implementación de un programa de control integrado de plagas, con el objetivo de mejorar la gestión global del programa, especialmente la eficacia de las acciones de control y minimizar los riesgos derivados de la aplicación de plaguicidas sobre las personas y el medio ambiente.

Métodos: La metodología de trabajo utilizada es la del control integrado, entendido como la combinación e integración de todas las medidas posibles de cara a elegir la estrategia de control que cause la menor afectación a los seres vivos no diana y al entorno. Bajo este modelo se implementan dos líneas de trabajo: 1) la atención a las

incidencias ciudadanas y 2) la vigilancia de las zonas de riesgo. El programa supone una serie de mejoras, por un lado en el modelo documental de gestión y supervisión del programa y por otro lado en la colaboración con otros agentes y servicios que operan en el territorio y que pueden contribuir al control de plagas.

Resultados: El número de incidencias ciudadanas en el 2004 fue de 1546, 1098 en el 2005, 869 en el 2006 y 950 en el 2007. Las actividades de control ejecutadas en el 2004 fue de 2170, 2366 en el 2005, 5621 en el 2006 y 7217 en el 2007. La vigilancia de las zonas de riesgo se inició en el 2006 con 33 zonas de riesgo clasificadas y gestionadas, que se vieron aumentadas a 50 zonas en el 2007. La implicación de los agentes del territorio se inició de manera continuada en el 2006 realizándose 828 comunicaciones, y 1173 en el 2007, todas ellas relacionadas con medidas de seguridad, medidas correctoras o comunicaciones formales. La supervisión y seguimiento del programa comportó la creación y/o revisión de 7471 documentos en el 2006 y 9528 en el 2007.

Conclusiones: 1) El nuevo programa ha permitido una mayor presencia en el territorio, adecuar las actuaciones a los casos concretos y llevar un seguimiento detallado. 2) La implicación de agentes que operan en el territorio ha sido tímida, y es necesario trabajar en este campo. 3) El programa ha permitido disminuir las incidencias de las plagas más habituales, aunque han aumentado las re-emergentes. 4) La vigilancia y el seguimiento continuado del programa nos ha permitido evaluar las actividades de control y valorar, en los casos necesarios, la conveniencia de un replanteamiento en las estrategias de vigilancia y control.

P-205. CONTROL DE LA TENENCIA DE PERROS Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

S. Bouis, J.R. Villalbí, M. Rodríguez Campos, S. Burgos, V. Peracho, J. Durán, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Las políticas municipales vinculadas a los animales de compañía, tradicionalmente asumidas por los servicios de salud pública, han evolucionado por la creciente regulación y el aumento del volumen de animales de compañía en los hogares.

Métodos: Se analizan los componentes de salud pública en las regulaciones vigentes, y su aplicación en Barcelona. El objetivo de la salud pública es la reducción de riesgos asociados a la presencia de animales de compañía sin control, especialmente las agresiones. Se identifican los programas estructurados de actuación en curso, y se valoran los potenciales indicadores asociados a su monitorización y evaluación de resultados.

Resultados: Los programas se definen en torno a cuatro grandes ejes interconectados, que persiguen el control de los perros vagabundos y el fomento de una tenencia responsable que reduzca los riesgos de lesiones. Son: la captura y custodia de animales abandonados o perdidos a través del centro de acogida municipal; la gestión de registros, como el registro censal municipal de animales de compañía y el registro de licencias para la tenencia y conducción de perros potencialmente peligrosos (PPP); gestión de agresiones notificadas, que persigue el seguimiento del estado sanitario del perro agresor y la evaluación de su potencial peligrosidad, que puede culminar en una sanción administrativa o en la declaración del perro como PPP; la gestión de denuncias que involucran a perros sin control, que tienen su origen en los cuerpos policiales o en los informes técnicos del centro de acogida municipal o del servicio de higiene pública y zoonosis. Se proponen y discuten indicadores para el seguimiento y evaluación de estos programas. La evolución de los indicadores muestra la creciente implantación de los programas. Sólo la gestión de expedientes sancionadores por faltas graves o muy graves muestra indicios de descenso que sugieren una mejora de la situación. Los indicadores

de los demás programas muestran una actividad estable una vez estructurados.

Conclusiones: Los indicadores muestran el volumen de recursos y actividad requeridos si se ejerce la autoridad. La concentración en una única organización de la gestión de los diferentes programas es clave para su buen funcionamiento y su eficacia. La coordinación entre los diferentes programas de vigilancia y control de animales de compañía contribuye a mejorar su resultado: la minimización de los riesgos sanitarios está condicionada por la eficaz gestión administrativa y sancionadora definida por la normativa. Las administraciones deben ejercer la autoridad y responsabilizar a la ciudadanía de sus animales, favoreciendo comportamientos cívicos y una tenencia responsable. Esto disminuye los riesgos de lesiones y el coste del mantenimiento de los programas de control.

P-206. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS PISCINAS DE USO COLECTIVO DE CÓRDOBA SEGÚN DATOS RECOGIDOS DE LOS LIBROS DE REGISTRO Y CONTROL EN 2008

M.T. Gallego Quevedo, F. Cano Campos, M.A. Fernández Fernández, L.M. Santiago Fernández, et al

Delegación Provincial de Salud de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: Conocer las características de los vasos (tipo, clasificación, antigüedad, superficie de lámina, profundidades, aforo, procedencia del agua de llenado, pendientes), método y dosificación de los sistemas de desinfección, método y productos empleados en la depuración y laboratorios que realizan los análisis reglamentarios de todas las piscinas de uso colectivo de la provincia.

Métodos: Estudio y tratamiento de los datos mencionados que han sido declarados por el titular de la piscina y figuran en la Hoja de Registro del Libro de Registro y Control de la calidad del agua de cada uno de los vasos existentes. La información para toda la provincia se recoge en la Delegación Provincial cuando se diligencian los Libros, en una base de datos diseñada a tal fin.

Resultados: Existen 305 piscinas, de las que 81 son públicas y 224 privadas de uso colectivo. 139 (46%) están en Córdoba capital y 166 (54%) en el resto de la provincia. De los 519 vasos existentes, 176 (34%) son infantiles y 343 (66%) recreativos. El 38% de las piscinas tienen 1 vaso; el 57%, 2; el 3%, 3 y el 2% más de 3. El 59% vasos se construyen con anterioridad a la entrada en vigor del D23/99 por el que se aprueba el Reglamento Sanitario de Piscinas de Uso Colectivo. 377 (73%) de los vasos tienen una superficie de lámina menor de 200 m²; 109 (21%) entre 200 y 500 m² y 33 (6%) mayor de 500 m². El 41% piscinas tienen vasos con superficie de lámina mayor a 200 m² por lo que precisan de socorrista. En un 25% de los vasos, el agua de llenado no procede de la red pública. Todos los informes sanitarios sobre estas aguas (65) han sido favorables. Las profundidades de los vasos recreativos oscilan entre 0,4 y 2,5 m. El 8% de los vasos de chapoteo tienen una profundidad superior a 0,4 m. El 80% de los vasos abren entre mayo y junio y se cierran mayoritariamente en septiembre. La desinfección siempre es por cloración siendo manual en tan sólo 1 vaso infantil y 1 recreativo. La depuración es en todos los casos a través de depuradora. Los productos mayoritariamente utilizados son algicidas, floculantes y reguladores de pH. Son 20 los laboratorios debidamente autorizados, que realizan análisis quincenales y mensuales en el agua de los vasos de nuestra provincia.

Conclusiones: El 59% vasos se han visto especialmente afectados por el D23/99 al haber sido construidos con anterioridad a su entrada en vigor. El 97% de los vasos cumplen la norma con respecto a los datos de este estudio. Se ha hecho un gran esfuerzo por los titulares de estos establecimientos para adecuarse a la normativa.

P-207. DESINFECCIÓN, DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DDD): ESTUDIO COMPARADO 2002-2007 EN HUELVA

J.L. Gurucelain Raposo, R. Garrido de la Sierra, M.J. Viñas Casasola, et al

Delegación Provincial de Salud, Huelva; DAPS Huelva-Costa.

Antecedentes/Objetivos: En 2003 se hizo un estudio para caracterizar los diagnósticos y tratamientos DDD realizados en la provincia de Huelva. Se utilizaron certificados emitidos por las empresas durante 2002 y remitidos a la Delegación Provincial de Salud. Ahora comparamos aquellos resultados con datos de los certificados emitidos en 2007 con el objeto de valorar la variación de especies detectadas, lugares de aplicación, principios activos utilizados y sus implicaciones en la salud.

Métodos: Se tomaron muestras aleatorias simples con un nivel de confianza del 99% y precisión del 90% a partir de una tabla aleatoria obtenida mediante el programa "statcalc" de epiinfo: nº de certificados 703 (tamaño muestral 134) en 2002 y 854 (tamaño muestral 140) en 2007.

Resultados: En 2007 se recibieron un 21,5% más de certificados, todos ellos con diganosis previa mientras que 37 carecían de ella en 2002. La proporción roedores/insectos pasa de 43:57 en 2002 a 60:40 en 2007. En la detección de roedores resalta el vuelco sufrido en la proporción de rata gris/rata negra (73:27 a 16:84) pero algunas incoherencias en la relación nombre común/nombre científico que figuran en los certificados cuestiona la correcta identificación de especies. Los insectos más diagnosticados fueron cucarachas (tres especies): 93% en 2002 y 91% en 2007. Un 71% de los lugares en que se ha realizado la diagnosis estaba en 2002 relacionados con establecimientos alimentarios y sólo en un 52% en 2007. Aumentan los tratamientos en centros educativos del 2,24% a 19,29% y otros centros del 2,24% a 15%. La proporción de principios activos en roenticidas aplicados permanece estable. Sigue la hegemonía de la Bromodialona usada en un 77% de los casos en 2002 y en el 85% en 2007. En los principios activos insecticidas disminuye la aplicación de organofosforados que pasando del 76,3% de los casos en 2002 al 18,48% en 2007; entre éstos el Clorpirifos casi desaparece al pasar del 70,9% al 2,5%.

Conclusiones: Se han dejado de realizar tratamientos "preventivos", es decir, sin diagnosis previa, y por tanto de aplicar productos químicos peligrosos sin necesidad. Se observa poca variación en las especies detectadas en uno y otro periodo salvo lo expuesto para ratas, por lo que se recomendaría mayor formación (carné de aplicador de biocidas). Se evoluciona hacia una elección de productos insecticidas menos agresivos con el entorno como son los piretroides en lugar de organofosforados. Se diversifican los lugares de tratamientos ampliándose a espacios de convivencia como colegios, hospitales y residencias. Tras la utilización durante años de estos productos sería interesante comprobar mediante marcadores biológicos como han pasado estos o sus metabolitos a la especie humana.

P-208. PROGRAMA DE VIGILANCIA SANITARIA DE FUENTES DEL PARQUE NATURAL SIERRA DE ARACENA Y PICOS DE AROCHE

M.P. González de Canales García, M.J. Fernández Gómez, P. Gómez Carballar, et al

Distrito Sanitario A.P Sierra de Huelva-Andévalo Central.

Antecedentes/Objetivos: El gran número de fuentes y manantiales del Parque Natural Sierra de Aracena y Picos de Aroche correspondiente al área del Distrito A.P Sierra de Huelva-Andévalo Central han supuesto históricamente un bagaje importante, constituyendo un recurso medioambiental, social, cultural y agrario; siendo por

tanto imprescindible el estudio de la aplicación del programa de vigilancia de fuentes (no conectadas), que toma más relevancia, por la accesibilidad y uso habitual de las fuentes por la población. El estudio es relativo a 22 municipios del ámbito del Distrito y del Parque Natural, que supone una población de 30.754 habitantes. Con una afluencia media-alta de la población y siendo generalmente el tipo de surgencia del agua subterránea en manantial o galería y con caudal medio-alto. **Objetivos:** estudio de la contaminación por nitratos de origen agrario en un espacio natural protegido. Estudio de la rotulación como medio de información a la población usuaria. RD 140/03, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano.

Métodos: Se han analizado un total de 73 fuentes con 1195 muestreos realizados en el periodo 2003-2007, realizándose las tomas de muestras trimestralmente. Los datos se refieren a muestreos prospectivos tomados por farmacéuticos A-4 del Distrito, analizados por espectrofotometría de absorción molecular (Merck SQ 118 Nitratos Photometer SQ 118).

Resultados: Mayores de 50 p.p.m. 65 muestras, que suponen un 5,46% del muestreo y menores de 25 p.p.m. 980 muestras, que supone el 82,35% del muestreo. Observándose que a lo largo de los cinco años el rango de variabilidad es de un 3%. Fuentes rotuladas: 43,83%. El porcentaje total de muestras no conformes, teniendo en cuenta otros parámetros analizados es del 45,97%.

Conclusiones: En relación al Programa de Vigilancia Sanitaria de Fuentes se ha comprobado que la contaminación por nitratos es baja y constante en el tiempo, no siendo por tanto la contaminación por nitratos un factor determinante en la zona, ni las prácticas agrarias un factor de contaminación ambiental del Parque. Asimismo se detecta un bajo nivel de rotulación, a pesar del alto grado de muestras no conformes por otros parámetros. Se considera por tanto necesaria la recomendación de establecer programas o actividades de concienciación con los Ayuntamientos para dar una información adecuada a la población, intentando hacer partícipe a la ciudadanía en la conservación y mantenimiento de estos recursos naturales, de gran valor medioambiental, turísticos, históricos y agrarios.

Financiación. Asistencia al congreso.

P-209. CONTROL DE LAS AGUAS RESIDUALES EN LA INDUSTRIA VINÍCOLA

J.F. García Barreto, P.Y. Atienza Martínez, I.M. Prieto Cordero, L.B. Sáenz Albanés, F. Peláez Guilabert, R. Valladolid Acosta, M.A. Amado Moreno, V. Delgado Aguilar, E. Rodríguez Herrera, et al

SAS Distrito Aljarafe (Sevilla); SAS Distrito Sierra de Huelva-Andévalo Central (Huelva); SAS Distrito Jerez-Costa Noroeste (Cádiz).

Antecedentes/Objetivos: A efectos de la Ley de Aguas, se consideran vertidos los que se realicen directa o indirectamente en las aguas continentales, así como en el resto del dominio público hidráulico, cualquiera que sea el procedimiento o técnica utilizada. Norma de calidad ambiental se entiende como la concentración de un determinado contaminante o grupo de contaminantes en el agua, en los sedimentos o en la biota, que no debe superarse con el fin de proteger la salud humana y el medio ambiente. La industria vinícola genera anualmente un gran volumen de subproductos y residuos sólidos y líquidos, de una tipología estacional que acentúa la dificultad de su manejo y cuya gestión no está optimizada en España, con las implicaciones medioambientales que esto supone. Cabe destacar, a modo de ejemplo, que según estudios realizados, la industria española del sector genera 6 veces más aguas residuales que otros países productores del entorno como Francia e Italia.

Métodos: Se realiza un estudio de gestión de los distintos tipos de residuos generados en la industria vinícola: (1) Residuos gene-

rados por la limpieza de las instalaciones y maquinaria, (2) Aguas residuales: aseos y operaciones de limpieza de la maquinaria, (3) Residuos generados en la elaboración del producto, (4) Vino en mal estado. Se estudian las posibles contaminaciones derivadas de los distintos residuos. La metodología del estudio está basada en: Características de la actividad causante del vertido, Localización exacta del punto donde se produce el vertido, Características cualitativas (con indicación de todos los valores de los parámetros contaminantes del vertido), cuantitativas y temporales del vertido. Descripción de las instalaciones de depuración y evacuación del vertido.

Resultados: Se aportan gráficamente los datos del estudio de las concentraciones mínimas permitidas de contaminantes en las aguas residuales procedentes de la industria vinícola y procedimientos autorizados para la eliminación de vertidos, comparándolos con los resultados realmente obtenidos.

Conclusiones: Es necesario controlar los vertidos resultantes de estos tipos de industrias por su alta demanda biológica de oxígeno y deteriorar un bien escaso en Andalucía como es el agua.

P-210. CONTROL DE LAS AGUAS RESIDUALES DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS NO CONECTADAS A REDES MUNICIPALES DE ALCANTARILLADO

F. Peláez Guilabert, L.B. Sáenz Albanés, M.A. Amado Moreno, V. Delgado Aguilar, R. Valladolid Acosta, E. Rodríguez Herrera, I.M. Prieto Cordero, J.F. García Barreto, P.Y. Atienza Martínez, et al

SAS Distrito Aljarafe; SAS Distrito Sierra de Huelva-Andévalo Central; SAS Distrito Jerez-Costa Noroeste.

Antecedentes/Objetivos: El plan de eliminación de subproductos animales y otros residuos no destinados al consumo humano tiene por objeto evitar que estos provoquen contaminaciones cruzadas con los alimentos producidos y que afecten a la inocuidad de la cadena alimentaria. En este sentido, las aguas residuales generadas en las industrias alimentarias, por su alto contenido en materia orgánica, pueden constituir un peligro que debe ser tenido en cuenta.

Métodos: Clasificamos las industrias según actividad y volumen de aguas residuales que pueden llegar a generar, ya sea del procesado y lavado de alimentos, limpieza de instalaciones o procedentes de equipos como calderas de cocido y cubas de fermentación. Salvo excepciones, las empresas generadoras de grandes volúmenes de aguas residuales (mataderos, industrias lácteas, industrias transformadoras de vegetales, aceituneras) se encuentran ubicadas fuera de los cascos urbanos, lo que imposibilita su retirada a través de los colectores municipales.

Resultados: Los mataderos o salas de despiece que generen SANDACH de categoría 1, deberán diferenciar la parte de la red de saneamiento en contacto con estos subproductos, así como indicar las rejillas afectadas, y determinar para ellas un plan específico de retirada del material retenido y mantenimiento. Tanto en estos establecimientos como en los que se generen aguas residuales con gran cantidad de materia orgánica se deberá, realizar una criba previa mediante un sistema de sifones y rejillas adecuadas. Cuando las condiciones así lo requieran deberá instalarse sistemas de depuración de las aguas antes de su vertido y realizar analíticas periódicas que se conservarán al menos dos años para acreditar el cumplimiento de la normativa de aguas residuales y SANDACH.

Conclusiones: Siendo competencia de las autoridades de Medio Ambiente y Confederación Hidrográfica vigilar la calidad de las aguas residuales, es el control sanitario oficial quien garantiza la supervisión del plan de eliminación de aguas residuales y subproductos así como del control del peligro de contaminación a lo largo de la cadena alimentaria.

P-211. MUS MUSCULUS, EL ETERNO COMPAÑERO

M.V. Villalón Arias, G. Cánovas Sánchez, M. García-Mauriño Ruiz-Berdejo, M.C. Gallego Domínguez, M.D. Zayas Zafas, A. Correa García, B. Muñoz López, et al

Distrito Sanitario Costa del Sol; Raycu Control de Plagas; Ayuntamiento de Benalmádena.

Antecedentes/Objetivos: El *Mus musculus* es la especie más frecuente de ratón. Mantiene con los humanos una relación de comensalismo. Requiere cantidades de agua extremadamente pequeñas para vivir. Un adulto consume de 3 a 4 g de alimento diariamente pero destruye mucho más debido al vicio añadido de probar muchos alimentos que contamina. El objetivo del presente trabajo es analizar la evolución de la presencia del *M. musculus* en 70 establecimientos alimentarios con un programa de control implantado.

Métodos: Se realiza un estudio de seguimiento retrospectivo desde enero del 2000 hasta septiembre del 2008. Se analizan 527 tratamientos efectuados tras diagnósticos positivos a *Mus musculus* en 70 establecimientos, agrupados según actividad alimentaria en: industrias de elaboración, industrias de almacenamiento y distribución, establecimientos de restauración, minoristas polivalentes y puntos calientes. El programa de control se implanta instalando porta-cebos de seguridad con rodenticidas en bloques parafinados. Consiste en 6 revisiones anuales de periodicidad bimensual más una revisión adicional al mes de la primera en las que se comprueba el consumo de cebos, y si éste existe, es prueba indiscutible de nueva presencia de ratones.

Resultados: En 27 de los establecimientos (38,6%) el tratamiento inicial ha conseguido erradicar al ratón, mientras que 43 (61,4%) han presentado reinfestaciones. El 51,2% de los establecimientos con reinfestaciones han tenido varias a lo largo de un año que se han repetido durante todos los años estudiados. En el 48,8% restante, se ha detectado una reinfestación por año que se mantiene durante los años examinados. Las vías de entrada del *Mus musculus* en las instalaciones son la mercancía exterior (20%), puertas de entrada (20%), conductos eléctricos (30%) y fallos en el cierre superior y estructura de las naves y edificios (30%).

Conclusiones: 1. Se observa que el 31,4% de los establecimientos controlados padecen varias reinfestaciones al año y a lo largo de los años. 2. Es en las industrias de almacenamiento y de elaboración ubicadas fundamentalmente en polígonos industriales donde se observa mayor número de reinfestaciones. 3. En los establecimientos de medianas dimensiones el control es más efectivo y duradero. Se recomienda controlar las instalaciones mediante medidas físicas y completar la vigilancia implantando un programa de control con cebos rodenticidas revisados periódicamente por personal especializado. Sería aconsejable extender el control químico en las instalaciones colindantes con los establecimientos alimentarios ya que son las fuentes principales de reinfestaciones, incluyendo también los conductos eléctricos de la vía pública.

P-212. EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN AMBIENTAL DEL DISTRITO SANITARIO GRANADA DESDE SU IMPLANTACIÓN

J. Herraiz Batllori, L. Molina García, J. Castro Peña, A. Toledano Marín, D. Ruiz Orpez, et al

Distrito Sanitario Granada (SAS); Eurocontrol SA.

Antecedentes/Objetivos: Desde 2006 Distrito Sanitario Granada (DSG) realiza gestión medioambiental (SGA) en las actividades llevadas a cabo en la sede, en los Centros de Salud (CS) y Consultorios. Gestión soportada en los requisitos de la norma UNE EN ISO 14001:2004. La implantación del SGA supone el cumplimiento de la

reglamentación ambiental aplicable, y la identificación de aspectos y disminución de impactos ambientales. El seguimiento del impacto ambiental se realiza a través de los indicadores establecidos con el objetivo de: Disminuir el impacto ambiental que conllevan las actividades realizadas en el DSG y Centros de Salud.

Métodos: -Revisión del establecimiento de indicadores y parámetro de referencia tanto en términos absolutos como relativos. - Comunicación-Formación al personal de los Centros de Salud, con objeto de inculcar Gestión Medioambiental en su trabajo y como forma de vida. - Seguimiento y análisis periódico de indicadores, actuando en consecuencia con objeto de disminuir el impacto medioambiental asociado. -Visitas de revisión sistemáticas de trabajo en los Centros de Salud Recursos: reuniones lideradas por la Dirección Económico Administrativa del DSG, contando con la participación activa de los responsables de Gestión Ambiental tanto en la sede como en los CS, visitas de control (personal responsable de Gestión Ambiental en el DSG) a los centros de salud.

Resultados: Se ha obtenido la mejora en la tendencia de los indicadores ambientales como: a) Consumo de papel. En términos absolutos (Kg papel) 21.547, 30.780 y 32.101 para los años 2005, 2006 y 2007 respectivamente, lo cual supone un incremento del 4,29% en 2007. Sin embargo en términos relativos (teniendo en cuenta la actividad de los centros), en 2007 se produce un decremento de -12,73% respecto al 2005; b) Consumo de agua. En dos años se ha conseguido el objetivo marcado de reducción del consumo de agua 2%, ya que en 2005 se produjo un consumo de 8.131 m³ mientras que en 2007 disminuyó hasta 6.480 m³ representando un decremento de -20,31% para los mismos centros; c) Consumo de electricidad. El objetivo marcado de reducción del 2% ha sido conseguido en 2 años ya que se pasó de 1.270.160 Kw durante 2005 a 1.198.333 Kw en 2007. Consumo imputado a los mismos centros de salud, lo cual refleja un decremento del -5,66%.

Conclusiones: La adecuada gestión ambiental en las actividades llevadas a cabo en la organización, se ve reflejada en el seguimiento de indicadores estratégicamente establecidos y asociados a objetivos. La Política Ambiental de una Organización es aconsejable a Instituciones similares a la nuestra por la concienciación - educación ambiental de los integrantes de la misma y los beneficios que ello conlleva tanto económicamente como protección medioambiental.

P-213. PROCEDIMIENTOS E IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES SEGÚN CRITERIOS DE GRAVEDAD, MAGNITUD Y FRECUENCIA PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SIGA-SAS (SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN AMBIENTAL) EN DISTRITO SANITARIO GUADALQUIVIR

M.T. Sánchez González, V. Tejedor Garrido, E. Fuentes-Guerra Caballero, M.T. Álvarez de Sotomayor Morales, D. Galán Zurita, M.D. Luna Gómez, E. Gómez-Villalva Pelayo, A. Díaz Expósito, M. Solís Castro, et al

Distrito Sanitario Guadalquivir. Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La implantación de Sistemas de Gestión Medioambiental puede favorecer la valoración positiva del Servicio prestado por los Centros Sanitarios de nuestro Distrito. Es necesario establecer un análisis del impacto de las actividades asociadas a la prestación de los servicios sanitarios que nos lleva a la aplicación de buenas prácticas de gestión ambiental con las cuales se pretende conseguir: una racionalización del consumo de los recursos y el consumo de materias primas, energía y agua; una mejora en la eficiencia de las prácticas relacionadas con la gestión ambiental en nuestros Centros; minimizar la generación de contaminantes emitidos a la atmósfera, vertidos al agua o terreno, así como de los residuos; controlar los riesgos ambientales derivados de accidentes o situaciones de emergencia y mejorar las prácticas de gestión interna, racionalizando

nuestros esfuerzos. Lograr la consecución de todos estos objetivos requiere sobre todo un cambio en la actitud de las personas de forma que tomen conciencia de la influencia de su comportamiento en el medio ambiental y por tanto en la eficacia del SIGA-SAS.

Métodos: Realización de una evaluación inicial ambiental de los Centros de Cabeceras de Zonas Básicas; municipios con más de 6.000 habitantes y el Distrito Sanitario. Creación de documentos de trabajo estableciendo los criterios y requisitos de carácter ambiental respecto al desarrollo de actividades y servicios. Medición de aspectos ambientales en relación a su significancia.

Resultados: Los aspectos con significancia superior a 45 y considerados significativos son: Generación de emisiones contaminantes a la atmósfera provocados por calderas, Generación de residuos urbanos procedentes de basura (residuos urbanos no segregables) y tipo II residuos sanitarios asimilables a urbanos y de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos, Generación de residuos peligrosos (actividad asistencial), Generación de residuos (actividades de soporte), Consumo de recursos (energía eléctrica, gasoil o gasolina).

Conclusiones: Identificados los aspectos significativos podremos ejercer acciones para eliminarlos, reducirlos o corregirlos. Los aspectos ambientales significativos servirán como base para definir nuestros objetivos y metas ambientales. Favorecer la mejora medioambiental supone ser respetuoso con el entorno, participando en el desarrollo sostenible y consiguiendo así una mejora en los Centros y por tanto en nuestros servicios Sanitarios.

P-214. DEFICIENCIAS FRECUENTES EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS PELIGROSOS D.S. SEVILLA ESTE 2007

R. López Pérez, C.M. Sánchez Peña, M. Martínez Leitgeb, F. Rodríguez Ballester, E. Gómez Reina, J.M. Giraldez, A. Blázquez Rojas-Marcos, A. Hidalgo Escobar, J. Garabito Duran, et al

DS Sevilla Este; DS Cádiz Bahía-La Janda; DS Córdoba; DS Huelva Costa.

Antecedentes/Objetivos: En una sociedad como la actual, donde cada vez se hace más uso de ellos, conocer la peligrosidad de los productos químicos y efectos negativos potenciales para la salud pública que pueden producir, como las medidas a adoptar, es fundamental para minimizar riesgos, para asegurar este conocimiento es necesario disponer de información adecuada y precisa. El sistema de información sobre propiedades, riesgos y medidas de seguridad, de los productos químicos, se basa en dos herramientas: etiqueta y ficha de datos de seguridad. El objetivo es por tanto el estudio de riesgos derivados de las deficiencias en etiquetado y FDS de productos comercializados e incluidos en el Programa de Seguridad Química 2007 en el ámbito del Distrito Sevilla Este así como la tipificación de los errores frecuentes en este ámbito.

Métodos: -Datos de Programas de Seguridad Química 2007 de D.S. Sevilla - Este. -Total productos estudiados: 42 -Origen: Fabricantes, distribuidores y venta público. - Normativa de aplicación.

Resultados: De 42 productos estudiados durante el año 2007 se han obtenido 325 errores de sistemas de información, 62% errores en etiquetado y 48% a errores de la FDS Errores en etiquetado: De los errores detectados en el etiquetado se han diferenciado en tres tipos: errores en datos de la etiqueta (E), formato de etiqueta (FE) y en frases P (FP). El 64% corresponden a errores en los datos de la etiqueta, el 26,40% a errores detectados en el formato y el 9,6% a las frases P Los errores más frecuentes en el etiquetado (E) se producen en la asignación de las frases R (18%) y consejos de prudencia (15%). Errores en FDS: La distribución de errores en las FDS, según ITEMS del protocolo de La Consejería de Salud para el estudio de productos químicos utilizado se describe a continuación: F1 1,30% F2 1,34% F3 5,40% F4 10% F5 17% F6 8,20% F7 5% F8 4,2% F9 9% F10 9,20% F11 14,60% F12 14,76%.

Conclusiones: El etiquetado presenta más irregularidades que la FDS, hecho importante, ya que a menudo para los usuarios es la única documentación de advertencia de los posibles peligros, que se les suministra. Para una correcta identificación de los peligros asociados al preparado/sustancia hay que conocer la composición exacta y la contribución de los mismos al producto siendo esto precisamente el error más detectado en las FDS (F5) Se hace imprescindible por tanto la continuar trabajando desde la administración en este aspecto a fin de conseguir que los productos que se comercialicen sean más seguros para los usuarios.

P-215. RESIDUOS SANITARIOS: NORMATIVAS AUTONÓMICAS Y PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

J. Plata, et al

Área de Gestión Sanitaria Serranía de Ronda.

Antecedentes/Objetivos: El creciente aumento de la capacidad de consumo de las sociedades modernas acarrea un notable incremento de la producción de residuos de todo tipo y de los problemas ambientales asociados. Los servicios sanitarios no son ajenos a esta dinámica. Al incremento de la conciencia social, los Gobiernos responden legislando la gestión de residuos: el cuerpo normativo que regula los diversos aspectos de esta materia es notable y complejo. Los residuos sanitarios plantean problemas especiales en su gestión, riesgos ambientales, salud laboral y pública y su tratamiento supone importantes esfuerzos económicos. Sin embargo, no hay una normativa comunitaria ni estatal que se ocupe específicamente de su ordenación. Así, diversas Comunidades Autónomas han legislado la materia. En Andalucía no hay una normativa dedicada a regular los residuos sanitarios. Sin embargo, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha publicado la última versión (2007) de su Plan de Gestión de Residuos (PGR), de aplicación a la totalidad de sus Centros.

Métodos: Se ha recopilado la legislación autonómica (LA) vigente en materia de residuos sanitarios: un total de 20 textos legales que se aplican en 13 Comunidades Autónomas. Se han desglosado las prescripciones de las trece normas y se comparan con los contenidos del PGR siguiendo la estructura y definiciones éste.

Resultados: El PGR y las LA mantienen en líneas generales criterios similares que se encuadran en la Gestión Avanzada de Residuos, como dictan las disposiciones de la Comunidad Europea. Los contrastes sustanciales surgen de la propia naturaleza de los textos. Las LA cubren aspectos no ordenados por legislación de ámbito superior (nacional o comunitaria) y dejan fuera de sus ámbitos de aplicación aquellos residuos que están afectados por legislaciones específicas. En cambio el PGR se ocupa de la totalidad de residuos que se manejan en sus Centros y pormenoriza aspectos de la gestión de grupos como los no peligrosos (generales y sanitarios asimilables a urbanos), químicos, radioactivos e industriales. Por otra parte, las LA regulan las fases de gestión que se dan fuera de los Centros: transporte externo y tratamiento y eliminación final. El PGR se limita a la gestión interna de residuos, dentro de los propios Centros Sanitarios.

Conclusiones: La gestión de los residuos sanitarios en Andalucía adolece de dos debilidades: El PGR obliga a los Centros del SAS, pero el resto de actividades sanitarias queda fuera de su ámbito de aplicación y, por otra parte, no hay una ordenación específica de la gestión extracentros. Ambas cuestiones podrían ser solucionadas mediante una regulación legal autonómica de un residuo con una problemática específica como es el sanitario.

PÓSTERES XVI

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Evaluación y gestión de las tecnologías sanitarias

P-216. INTERACCIÓN ENTRE EXPERTOS CLÍNICOS SOBRE EL ACUERDO Y EL USO ADECUADO DE LA ARTROSCOPIA DE RODILLA.

J.M. Molina Linde, R. Villegas Portero, J.R. Lacalle Remigio, et al

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Actualmente el abordaje artroscópico de la rodilla es la técnica quirúrgica más difundida para tratar diversas patologías de esa articulación, y es el procedimiento quirúrgico más utilizado en traumatología. El objetivo fue analizar el efecto de la interacción "cara a cara" sobre el acuerdo y el uso adecuado de artroscopia de rodilla en un panel de expertos.

Métodos: Se desarrolló un panel de expertos mediante la metodología RAND/UCLA con los siguientes pasos: 1) revisión de la literatura, 2) desarrollo de la lista de indicaciones (escenarios clínicos); 3) los expertos votan las indicaciones desde 1 (extremadamente inadecuado) a 9 (extremadamente adecuado), sin interactuar entre ellos (primera ronda); 4) reunión presencial con los expertos para discutir y volver a puntuar las indicaciones (segunda ronda); 5) resultado de la adecuación de las indicaciones (adecuado, dudoso e inadecuado). Los resultados se compararon entre la primera y la segunda ronda. Se confeccionó una encuesta para medir la influencia (1-nada, 5-mucho) de la revisión de la literatura y la interacción entre los expertos.

Resultados: El total de indicaciones evaluadas en las dos rondas de evaluaciones ha sido de 768. En la primera ronda hubo acuerdo en el 22,7% de las indicaciones. De éstas, el 54,6% se calificaron como "adecuadas"; 3,5%, como "dudosas", y el 41,9%, como "inadecuadas". En la segunda ronda, los resultados fueron los siguientes: indicaciones con acuerdo, el 54,7%. Entre éstas, el 71,2% fueron calificadas como "adecuadas"; 3,3%, como "dudosas", y el 25,5%, como "inadecuadas". Los desacuerdos se redujeron del 15,9% al 0%. En cuanto a la influencia de la revisión de la literatura en la primera ronda de evaluaciones, los expertos dieron una puntuación media de 4,3 (n = 11). Y por lo que respecta a la utilidad de la discusión para la segunda ronda, la puntuación media de los expertos fue de 3,5 (n = 11).

Conclusiones: La metodología de adecuación de la RAND/UCLA es un recurso importante para evaluar tecnología cuando no se dispone de suficientes evidencias. La combinación de las características clínicas de los pacientes permite clasificarlos con alto grado de especificidad. La interacción y la discusión de las pruebas entre los expertos pueden cambiar el acuerdo y, por ende, la adecuación de la técnica examinada.

Financiación. Proyecto financiado por el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

P-217. NANOTECNOLOGÍA EN MEDICINA

M. Cuadros, A. Llanos, R. Villegas, et al

Observatorio de Tecnología Emergentes. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA).

Antecedentes/Objetivos: Nanotecnología es un campo de la ciencia esencialmente multidisciplinar, que trabaja con una escala correspondiente a 10⁻⁹ metros. Nuestro objetivo fue identificar nanodis-

positivos en uso en el ámbito de la medicina asistencial, así como su posible utilización a corto-medio plazo (1-5 años).

Métodos: Realización de una encuesta a profesionales expertos y un estudio bibliométrico. Los expertos se identificaron a partir de la Plataforma Española de Nanomedicina y utilizando la estrategia “en bola de nieve”. El cuestionario fue estándar con preguntas cerradas y abiertas, estructuradas para dar cobertura tanto al uso potencial como al actual, excluyendo la investigación. Las respuestas obtenidas fueron analizadas automáticamente por un gestor de encuestas. Para el estudio bibliométrico se diseñó una estrategia de búsqueda altamente sensible y sin límite de fecha para las bases referenciales MedLine, Embase y Current and Contents.

Resultados: Se identificaron 58 expertos, de los que respondieron 10 (17%). El 60% afirmaron conocer alguna aplicación de la nanomedicina en el manejo asistencial de alguna enfermedad, fundamentalmente nanodispositivos involucrados en el diagnóstico y tratamiento del cáncer o la diabetes. Sólo un 50% y un 33,3% de los expertos conocían hospitales españoles y extranjeros que usaran nanotecnología, respectivamente. En cuanto a las futuras aplicaciones, el 80% señalaron alguno de los siguientes nanodispositivos como los de potencial implantación: dendrímeros, sistemas liberadores de fármacos, biosensores, Xyotax, ferrofluidos y chips. Ninguna de las técnicas fue identificada como de aplicación inmediata (1 año). El estudio bibliométrico localizó 653 referencias, todas ellas con publicación posterior a 2000, de las cuales 383 (58,6%) fueron publicados en el último año. El mayor número de publicaciones versaron sobre tratamiento (23%) y diagnóstico (12%), centradas en el desarrollo de fármacos antitumorales. No se recuperó ningún ensayo clínico.

Conclusiones: Pese a la baja tasa de respuesta, explicado por lo emergente del tema y el formato web de la encuesta, se observó concordancia entre los expertos y el estudio bibliométrico, mostrando el estado incipiente de esta área tecnológica en la curva de adquisición de las tecnologías médicas. Destacaron como las más desarrolladas las aplicadas a importantes problemas de salud pública, como el cáncer y la diabetes. Sin embargo, los conocimientos sobre posibles riesgos son muy limitados.

Financiación. Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad del Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la Fundación Progreso y Salud de Andalucía.

P-218. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN PARA LA OBSERVACIÓN POST-INTRODUCCIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

M.L. Varela Lema, A. Ruano Raviña, T. Cerdá Mota, et al

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En un Sistema Nacional de Salud, cuya principal misión es velar por la equidad y calidad de las prestaciones ofrecidas, es importante poner en marcha un sistema que permita conocer el comportamiento de las tecnologías sanitarias una vez introducidas en la práctica clínica. El objetivo de esta comunicación es evaluar los instrumentos de recogida de información que podrían servir para este propósito.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura médica y una revisión de diferentes agencias/organismos nacionales e internacionales de evaluación. En base a estos hallazgos se identificaron posibles herramientas de recogida de información y se llevó a cabo una revisión bibliográfica específica para cada una de ellas. Se incluyeron únicamente artículos publicados a partir del 1995 con información relevante.

Resultados: Se identificaron 4 instrumentos de recogida de información: los registros clínicos, los formularios/encuestas, la historia

clínica y las bases de datos informatizadas. Según los resultados de la revisión sistemática: 1) los registros son herramientas muy útiles para recoger información exhaustiva sobre la práctica clínica pero su utilidad se ve limitada por su complejidad y el importante consumo de recursos, 2) las encuestas son de gran valor dada su factibilidad, su relativo bajo coste y la posibilidad que ofrecen para el seguimiento de pacientes sin necesidad de plantear revisiones clínicas, 3) los datos de las historias clínicas muestran ser válidos para variables demográficas y enfermedades de fácil diagnóstico pero dudosos para evaluar efectos secundarios y/o problemas de efectividad. Existen indicios de que la historia clínica electrónica podría ser válida si ésta es la única fuente de datos y existe una colaboración estrecha con los clínicos para establecer las variables de recogida, 4) Los datos del CMBD son de gran utilidad en procedimientos/intervenciones que requieren hospitalización.

Conclusiones: 1) No existe un único instrumento ideal para llevar a cabo la observación post-introducción. 2) La elección de un instrumento u otro depende en gran medida de la tecnología, de la estructura/enfoque de cada institución y de los recursos disponibles. 3) En nuestro contexto, planteamos que la observación post-introducción podría ser llevada a cabo mediante un registro de casos, empleando los cuestionarios auto-cumplimentados para recoger los datos de carácter administrativo y clínico en el momento de la intervención/tratamiento y las encuestas telefónicas para el seguimiento de los pacientes.

P-219. DETECCIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS OBSOLETAS

A. Ruano Raviña, M. Velasco González, L. Varela Lema, T. Cerdá Mota, et al

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Dirección Xeral de Aseguramento e Planificación Sanitaria. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación de tecnologías sanitarias apenas se ha prestado atención a la detección de tecnologías sanitarias obsoletas, definidas como aquellas tecnologías o indicaciones para una o varias indicaciones en uso cuyo beneficio clínico, seguridad o coste-efectividad ha sido superado de manera significativa por otras alternativas disponibles. La obsolescencia de las tecnologías sanitarias es un proceso natural, ya que las nuevas tecnologías que se van introduciendo en la práctica clínica superan frecuentemente a aquellas ya establecidas en términos de eficacia, seguridad o coste-efectividad y la caracterización de una tecnología sanitaria como obsoleta permitiría redistribuir los recursos a otras tecnologías más eficientes. El objetivo de esta comunicación es identificar y describir las fuentes de información más útiles para la detección de tecnologías sanitarias obsoletas.

Métodos: Para localizar las diferentes fuentes de información se realizó una revisión sistemática de la literatura científica en bases de datos automatizadas (MEDLINE; EMBASE; CRD; Cochrane, etc.) y se creó un grupo de trabajo para indicar cómo y en qué fuentes localizarían información sobre potenciales tecnologías obsoletas.

Resultados: La revisión sistemática no aportó resultados de interés, únicamente el deseo de diversas instituciones internacionales (NICE, etc.) en iniciar la evaluación de este tipo de tecnologías. Se establecieron 5 tipos de fuentes de información, que pueden clasificarse en sistemas de identificación pasivos y activos. Entre los sistemas de identificación activos estarían: 1) Consulta directa de la literatura científica en bases de datos tipo Medline; 2) Revisión de informes de evaluación de tecnologías sanitarias y de revisiones sistemáticas con el objeto de estudiar las deficiencias de las tecnologías de comparación frente a las nuevas tecnologías que se evalúan; 3) Consulta de la base de datos EUROSCAN, donde figuran las tecno-

logías que se cree que serán sustituidas por una nueva tecnología; 4) Consulta de la normativa vigente donde las actualizaciones de la cartera de servicios nacional y autonómica fijan las tecnologías que se van a reemplazar y sustituir. En cuanto a las fuentes de detección pasivas, serían las constituidas por redes de detección de tecnologías obsoletas similares a las de las tecnologías emergentes, en las que los clínicos notificarían a las agencias las posibles tecnologías obsoletas.

Conclusiones: La existencia de fuentes de información permite emplear una metodología para la detección de tecnologías sanitarias obsoletas. Es preferible la detección activa que la detección pasiva ya que aumentará el número de tecnologías detectadas.

Financiación. Plan de Calidad del MSC.

P-220. EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL EN PAÍSES EMPOBRECIDOS

G. de la Cruz, M.A. Martín, R. Alcázar, A. Sarría, et al

AETS. Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Casi 10 millones de niños menores de cinco años mueren al año por causas prevenibles y más de 500.000 mujeres mueren por causas relacionadas con la maternidad, la mayor parte en países empobrecidos, registrándose enormes disparidades entre países y dentro de ellos. Existen intervenciones para mejorar la salud materna e infantil, sin embargo no se conoce la efectividad en la reducción de la mortalidad. El objetivo de este estudio es identificar la efectividad en la reducción de la mortalidad materno-infantil de estas intervenciones en países empobrecidos y clasificar la evidencia encontrada.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura científica en las bases de datos Medline y Lilacs hasta agosto del 2008. Se incluyeron revisiones sistemáticas, narrativas y meta-análisis sobre intervenciones prenatales, intraparto y postnatales, intervenciones de salud en menores de 5 años y comunitarias dirigidas a la salud materno-infantil. La población de estudio fue mujeres en edad fértil y niños/as menores de 5 años de países empobrecidos. Los resultados estudiados fueron la tasa de mortalidad materna, en menores de 5 años, la tasa de mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y perinatal. La evidencia se clasificó en: existe, limitada y no existe evidencia. La calidad del estudio se evaluó mediante la lectura crítica de los artículos y valorando su capacidad de minimizar el riesgo de sesgo.

Resultados: 27 artículos cumplieron los criterios de inclusión, 16 eran de alta calidad. La variable resultado más estudiada fue la mortalidad infantil. La mortalidad materna se estudió solamente en 7 artículos. Las intervenciones más frecuentemente estudiadas fueron las prenatales, seguidas de las postnatales y por último las intraparto. La población sobre la que se ha realizado estos estudios es mayoritariamente de Asia meridional y África subsahariana, siendo muy escasos los estudios encontrados en países de América Latina.

Conclusiones: Las intervenciones con evidencia en la reducción de la mortalidad infantil que pueden ser recomendadas en países empobrecidos dentro de las intervenciones prenatales son la prevención del tétanos, el cribado y tratamiento de la sífilis y el uso de corticosteroides para el tratamiento de la ruptura prematura de membranas. Dentro de las intervenciones postnatales se encontró evidencia en el inicio temprano de la lactancia materna, el manejo de los casos de neumonía y la reanimación del recién nacido con aire. En cuanto a las intervenciones sobre la salud de la madre los cuidados obstétricos de emergencia, dentro de las intervenciones intraparto, muestran evidencia en la reducción de la mortalidad materna.

P-221. LA NO FINANCIACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS YA EXISTENTES EN LOS HOSPITALES: CÓMO MEJORAR LA ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

N. Ibarгойen-Roteta, I. Gutiérrez-Ibarluzea, J. Asúa-Batarrita, G. Benguria-Arrate, et al

Servicio de evaluación de tecnologías sanitarias del País Vasco (Osteba).

Antecedentes/Objetivos: La inversión que se realiza en los sistemas sanitarios puede no responder a sus necesidades prioritarias o incluir tecnologías demasiado complejas e incompatibles con los servicios ya existentes. Además, no existen mecanismos para identificar y priorizar tecnologías sanitarias de beneficio dudoso, lo que conduce a una ineficiencia de los recursos y a un incremento de la variabilidad. En este sentido, sería clave desarrollar una metodología explícita que facilitara la eliminación parcial o total de los recursos invertidos en este tipo de tecnologías y que tuviera en cuenta la resistencia política, clínica y social que existe frente a la eliminación de tecnologías ya establecidas. Objetivo: explorar los factores relacionados con los pacientes afectados a tener en cuenta a la hora de dejar de financiar una tecnología ya existente en los hospitales.

Métodos: Mediante la técnica del grupo nominal se analizaron los factores determinantes formulando dos preguntas relacionadas con: a) las características de los pacientes afectados a tener en cuenta al dejar de financiar una tecnología y b) la información o alternativas a ofertar a estos pacientes para facilitar la comprensión de la decisión. El grupo estuvo formado por 10 profesionales de diferentes áreas. La recogida de las ideas se realizó de forma presencial, y la discusión por teleconferencia. A continuación, cada miembro escogió las 10 ideas que consideraba más relevantes para cada pregunta, puntuándolas del 1 al 10 (de menor a mayor importancia). Tras el recuento, se seleccionaron las ideas puntuadas con un seis o más por al menos cinco miembros del grupo. Esta última fase se realizó vía e-mail.

Resultados: Para la primera pregunta se recogieron 17 ideas de las cuales cuatro cumplieron con el criterio de consenso definido. La idea más votada proponía tener en cuenta si la no financiación de la tecnología provocaba el descenso de la calidad de vida percibida por el paciente. En cuanto a la segunda pregunta, de las 15 ideas recogidas cuatro cumplieron con el criterio consenso. En este caso, la idea más votada fue la que recalca la importancia de mostrar la evidencia existente o las razones por las que se ha tomado la decisión a los pacientes afectados.

Conclusiones: Es la primera experiencia que estudia los aspectos a tener en cuenta en la no financiación de una tecnología existente, en la que se constata que para facilitar la aceptación de esta medida es importante considerar las opiniones de los pacientes afectados. La desinversión de tecnologías no beneficiosas podría generar "nuevos" recursos que podrían ser invertidos en otras áreas, mejorando así los servicios sanitarios prestados a la población.

Financiación. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2007.

P-222. GUÍA DE DISEÑO, EVALUACIÓN E IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BASADOS EN TELEMEDICINA

P. Serrano Aguilar, V. Yanes López, J. Asúa Batarrita, E. Orruño Aguado, C. Almazán Sáez, V. Mahtani Chugani, S. Leal González, M.J. González Sánchez, J.M. De la Higuera González, et al

Servicio Canario de la Salud; Fundación Canaria de Investigación y Salud; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco (Osteba); Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: Los servicios de salud basados en telemedicina han visto ampliadas progresivamente sus aplicaciones a cada

vez más especialidades médicas a lo largo de los últimos años. Sin embargo, a pesar de que el número de estudios y pilotos ha crecido, aún hoy persisten las dudas sobre la efectividad, seguridad, eficiencia e impacto organizativo de muchos programas. **Objetivo:** desarrollar una guía, orientada a las necesidades específicas de los diferentes agentes implicados en los programas de telemedicina en España, que contribuya a que los resultados de los proyectos de investigación y pilotajes en telemedicina aporten la evidencia científica necesaria para afrontar la toma de decisiones sobre la incorporación, difusión y uso apropiado de los nuevos servicios de salud basados en telemedicina.

Métodos: 1) Estudio descriptivo inductivo por entrevistas semi-estructuradas a profesionales sanitarios, investigadores, gestores y responsables de la industria, que tuvieran experiencias conocidas con la aplicación de la telemedicina. Para la selección de los participantes se aplicó la técnica de muestreo intencionado de máxima variación administrando consentimiento informado. Análisis de la información por técnica de análisis temático. 2) Elaboración de la estructura y contenidos de la guía. Revisión estructurada de la literatura en: Centre for Reviews and Dissemination de la Universidad de York (CRD), Cochrane y Medline. Búsquedas manuales en las referencias de los artículos incluidos y en informes de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Resultados: Documento que incluye recomendaciones sobre las consideraciones previas al desarrollo de proyectos de investigación o pilotajes en telemedicina, el diseño más apropiado de acuerdo a las necesidades (objetivos) de los investigadores, la selección de medidas de resultado a utilizar y recomendaciones para mejorar el proceso de implantación en las organizaciones sanitarias.

Conclusiones: Se recomienda que la evaluación de la efectividad, seguridad, eficiencia e impacto organizativo de las aplicaciones en telemedicina se realice por equipos multidisciplinares. Es aconsejable la monitorización de la actividad y el conocimiento, desde el inicio de la aplicación, de las potenciales barreras a la implantación en cada contexto. La difusión de las aplicaciones de telemedicina puede realizarse mediante técnicas de marketing social.

Financiación. Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

P-223. IMPLANTACIÓN DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

E. Briones, S. Vidal, J.D. Navarro, L. Mendoza, I. Marín León, J. Marín, R.G. Gil, J.J. Álvarez-Ossorio, et al

Hospital Universitario NS de Valme.

Antecedentes/Objetivos: Aunque hay amplio consenso sobre la importancia de la evaluación de tecnologías sanitarias para la sostenibilidad y equidad de los sistemas sanitarios, existen pocas experiencias en nuestro país de su aplicación práctica a la toma de decisiones. En el Hospital Universitario de Valme (Sevilla), la Comisión de Evaluación de Tecnologías y Productos Sanitarios se constituyó en diciembre de 2005 y funciona tanto en Pleno como en Subcomisión Permanente. Después de tres años de funcionamiento se consideró necesario realizar una evaluación de la experiencia, considerando indicadores de funcionamiento y de resultados.

Métodos: Fuente de Información: base de datos de la comisión que recoge todas las solicitudes realizadas desde el inicio, utilizando una página propia en la intranet del hospital y su aplicación informática específica. Se ha diseñado siguiendo los criterios de la Guía de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (GANT). Estudio transversal descriptivo, usando las siguientes variables: datos del solicitante, datos de la tecnología, plazos, valoración de la solicitud y seguimiento. Periodo de estudio: diciembre 2005- septiembre 2008.

Resultados: En este periodo se ha evaluado un total de 61 solicitudes, de las que 17 han requerido un proceso completo de evaluación

mediante GANT tras aplicar los criterios de filtrado preestablecidos. Se distribuyeron de la siguiente forma: No se recomienda por insuficiente evidencia: 4 Puede ser efectiva, pero no supera el análisis comparativo: 2. Se recomienda su incorporación con modificaciones o recomendaciones específicas: 7. Incorporación: 4. Las 44 restantes fueron resueltas con los datos aportados por el solicitante y la información disponible por la comisión sin necesidad de pasar a GANT. Parte de las propuestas fueron aprobadas (28), otras fueron consideradas inversiones de mayor cuantía (3), y el resto fueron rechazadas por no cumplir algunos requisitos básicos (13). Algunas de las evaluaciones pasaron a recomendación de monitorización postintroducción y se facilitó asesoría para realizar proyectos de investigación.

Conclusiones: Esta experiencia muestra la posibilidad, no exenta de tensiones, de organizar la introducción de nuevas tecnologías en un hospital en base a criterios de efectividad y eficiencia, considerando las prestaciones y necesidades de la población atendida. Simultáneamente se ponen las bases para la investigación a través de estudios postautorización, con énfasis en las indicaciones y la adecuación y disponibilidad de bases de datos y sistemas de información del hospital.

P-224. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA MAMOGRAFÍA DIGITAL EN EL CRIBADO DEL CÁNCER DE MAMA

M.D. Márquez Cruz, S. Márquez Calderón, et al

AETSA; Hospital Puerta del Mar.

Antecedentes/Objetivos: La prueba utilizada tradicionalmente en el cribado del cáncer de mama ha sido la mamografía analógica o convencional (MC). En los últimos años ha surgido como alternativa la mamografía digital (MD). El objetivo principal es revisar la evidencia científica sobre el rendimiento diagnóstico de la MD comparada con la MC.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura. Las búsquedas se realizaron en MEDLINE, PRE-MEDLINE, EMBASE y otras fuentes. Los criterios de inclusión de estudios fueron: población (mujeres adultas asintomáticas), intervenciones comparadas (cribado con MD versus con MC) y medidas de resultados (rendimiento diagnóstico, resultados intermedios o finales). La calidad de los estudios se evaluó mediante la herramienta QUADAS. La síntesis de resultados fue cualitativa, matizando las conclusiones según diseño y calidad de los estudios.

Resultados: Cumplieron los criterios de inclusión 11 artículos originales que procedían de 6 estudios. Los resultados se clasificaron según la validez del diseño y calidad. 1) Estudios con mayor validez: La sensibilidad de la MD fue superior a la de la MC en el único ensayo clínico, no hallándose diferencias estadísticamente significativas en los otros estudios (cohortes con seguimiento). Tampoco se encontraron diferencias en la tasa de detección de cánceres de intervalo, falsos negativos y valor predictivo negativo. Los resultados sobre la especificidad variaron de un estudio a otro. Sólo un estudio aportó datos desagregados por edad y otras variables: en mujeres menores de 50 años, perimenopáusicas y con mamas densas, la MD tuvo mayor área bajo la curva ROC que la MC; y no hubo diferencias en especificidad y valor predictivo positivo. 2) Estudios de menor validez: Todos coinciden en que la tasa de detección de cáncer de mama en una ronda de cribado no es significativamente diferente cuando se usa MD o MC. De los 5 estudios que aportaron datos sobre valor predictivo positivo (de calidad variable), 4 concluyeron que no había diferencias entre MD y MC. El resto de resultados intermedios fueron discordantes entre los estudios.

Conclusiones: No se han encontrado diferencias importantes entre MD y MC en términos de sensibilidad, tasa de detección de cáncer y valor predictivo positivo, independientemente de la validez del diseño. Los resultados sobre especificidad y resultados intermedios presentaron mayores discrepancias entre los estudios, por lo que no

puede concluirse que haya una clara ventaja de un tipo de mamografía sobre otro. No se han encontrado datos sobre posibles diferencias en términos de mortalidad y otros resultados de salud.

P-225. PREGUNTAS CLÍNICAS EN GUIASALUD

Y. Bravo Rodríguez, E. García Álvarez, J.M. Carrasco Gimeno, S. Castán Ruiz, S. García Martínez, C. Navarro Gistau, J.M. Mengual, I. Martín Sánchez, F. Salcedo Fernández, et al

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) persigue la mejora en la calidad asistencial y disminución de la variabilidad en el abordaje diagnóstico o terapéutico del paciente, basándose en el uso racional, juicioso y actualizado de la mejor evidencia científica disponible y atendiendo a las preferencias del paciente. GuíaSalud es, en el ámbito nacional, el proyecto que promueve la elaboración y uso de la práctica basada en la evidencia, cubriendo las Guías de Práctica Clínica (GPC) y Otros Productos Basados en Evidencia (OPBE). Las Preguntas Clínicas (PC) son uno de estos productos, cuyo uso está bien extendido. Sin embargo, presenta variabilidad en su definición, elaboración y tratamiento de la información. **Objetivos:** -Definir las PC, y su estructura y metodología de elaboración en el Sistema Nacional de Salud (SNS). -Crear e incorporar PC al Catálogo OPBE de GuíaSalud. -Facilitar a los agentes decisivos el acceso a esta fuente de información.

Métodos: GuíaSalud-Biblioteca pone en marcha un programa sobre OPBE, del que las PC constituyen una línea de trabajo prioritaria. Un grupo de trabajo del Comité Científico consensúa su definición, y se establecen los criterios de inclusión del Catálogo de PC. Estos se utilizan para valorar 8 páginas Web, elaboradoras y compiladoras de PC. De estas páginas se seleccionan 59 PC aleatoriamente. También se consensúa la estructura y metodología de elaboración. Para el acceso a la información se diseña una herramienta informática que permita realizar búsquedas de PC.

Resultados: El portal GuíaSalud ofrece un servicio integral que cubre la consulta, asesora y promueve la elaboración de PC en el SNS. El resultado del trabajo incluye un documento metodológico y los criterios de inclusión de PC. Con respecto a las Web valoradas, la evaluación de los criterios de inclusión pone de manifiesto que en ninguna de ellas se hace referencia a la declaración de intereses de la autoría. Otros criterios muestran: 19% con periodo de búsqueda, 44% con fuentes de información utilizadas y 59% con fecha de elaboración y/o revisión. Se desarrolla un buscador de PC que dirige las búsquedas hacia las páginas Web dando un mayor peso a las mejor evaluadas con los criterios de inclusión. Este buscador se integra en la Web GuíaSalud formando parte del Catálogo de PC.

Conclusiones: GuíaSalud se presenta como el referente de consulta para PC, garantizando la accesibilidad y la calidad de los productos. A través de las actividades de promoción de la elaboración y asesoría, se pretende constituir un amplio Catálogo incluyendo nuevas PC, de forma que cubran áreas estratégicas de salud contempladas en el Plan de Calidad con el fin de mejorar la calidad asistencial.

P-226. DISEÑO DE UNA ENCUESTA INTERNACIONAL SOBRE ACTUALIZACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

J.M. Carrasco, P. Alonso, F. Salcedo, I. Solá, R. Rico, M.D. Estrada, J. Gracia, P. Díaz, R. Rotaeché, et al

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica. Cataluña; Centro Cochrane Iberoamericano; Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la C. de Madrid; Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. G. Vasco; Centro de Salud de Alza. Servicio Vasco de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Las guías de práctica clínica (GPC) son una herramienta destinada a ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, en base a la mejor información disponible. La publicación de nuevos estudios puede modificar la vigencia de las recomendaciones de una GPC, siendo necesarios planes concretos de actualización. Los procedimientos para actualizar GPC no están estandarizados, existiendo poca literatura al respecto. El grupo de expertos (GE) que participa en la elaboración del Manual para la Actualización de GPC, desarrollado desde GuíaSalud (convenio con el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo) se planteó como objetivo diseñar una encuesta para explorar la situación de la actualización de GPC en el ámbito internacional.

Métodos: Sondeo. Mediante correo electrónico se solicitó información sobre manuales con información relacionada con la actualización de GPC a 22 instituciones del Guidelines International Network (GIN) que elaboran material metodológico. Asimismo, se les invitó a participar en la futura encuesta sobre actualización de GPC. Diseño del cuestionario. Se elaboró una batería de preguntas y se diseñó un cuestionario electrónico para ser respondido mediante invitación expresa por correo electrónico. Destinatarios. Criterios de selección: todas las instituciones pertenecientes a GIN, instituciones que en la base de datos de GPC del Nacional Guideline Clearinghouse aparecen con más de 20 GPC publicadas e instituciones propuestas por el GE.

Resultados: Sondeo. Once (50%) de las instituciones sondeadas respondieron, afirmando sólo 2 tener algún manual sobre actualización de GPC, siendo unánime la disposición a responder la encuesta y solicitando colaboración a este aspecto. Cuestionario on-line. Compuesto por cuatro bloques: características organizativas de la institución elaboradora de GPC (5 ítems), proceso de actualización de GPC (16 ítems), interacción con los usuarios en estos procesos (2 ítems) y perspectivas de futuro y desafíos de la actualización de GPC (5 ítems). Destinatarios. Un total de 137 instituciones de más de 40 países han sido invitadas a responder la encuesta.

Conclusiones: La información relativa a procesos de actualización de GPC, y a su desarrollo sistemático, es escasa. Este estudio permitirá conocer la situación actual para poder definir estrategias que permitan optimizar esta importante etapa en la vida de las GPC.

P-227. ESTUDIO COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LÍNEA EN PACIENTES CON VEJIGA HIPERACTIVA IDIOPÁTICA EN ESPAÑA

S. Arlandis, D. Castro, C. Errando, E. Fernández, M. Jiménez, P. González, C. Crespo, F. Stauble, J.M. Rodríguez, et al

Hospital Universitario La Fe, Valencia; Hospital Clínico, Santa Cruz de Tenerife; Fundació Puigvert, Barcelona; Hospital Ramón y Cajal, Madrid; Medtronic Ibérica S.A., Madrid; Oblikue Consulting, Barcelona; Medtronic International Trading Sarl, Suiza.

Antecedentes/Objetivos: La vejiga hiperactiva (VH) tiene importante impacto en la calidad de vida de los pacientes. La neuromodulación de raíces sacras (NMS) es una nueva opción terapéutica tras el fracaso del tratamiento conservador, alternativo al quirúrgico. La neurotoxina botulínica (NTBo) está utilizándose para estos pacientes, incluso sin aprobación por las autoridades sanitarias para esta indicación. El objetivo es evaluar la relación coste-efectividad de NMS, NTBo y el tratamiento médico optimizado (TMO) en pacientes con VH idiopática refractaria en España.

Métodos: Se realizó un modelo de Markov para simular los costes y efectos del manejo de VH. La eficacia de los tratamientos, definido como "mejoría" (reducción del 50% o más en los síntomas de incontinencia o frecuencia de urgencia) y la utilidad se obtuvieron de la literatura para TMO y NMS. Ante la falta de resultados a medio-largo plazo con NTBo, se incluyeron las asunciones más conservadoras,

confirmadas con la opinión de expertos. El uso de los recursos (fármacos, pruebas diagnósticas y procedimiento) y los costes sanitarios se basaron en la opinión de expertos y en datos de costes españoles. El modelo se ajustó para un seguimiento de los pacientes a 10 años, para incluir los costes del cambio de la batería para NMS. Tanto efectos como resultados fueron descontados al 3% anual.

Resultados: El tratamiento de VH con NMS aporta 0,73-1,50 años de vida ajustados por calidad (AVAC) y un coste adicional de 17.208-2.350 € en 1 y 10 años. Si bien el coste inicial es superior para NMS, el coste mensual del seguimiento es inferior al de los comparadores, mostrando una razón de coste-efectividad incremental (RCEI) de 23.572-1.569 € /AVAC respecto a TMO en 1 y 10 años. Se observó que, con un coste razonable, NMS puede tener una efectividad más elevada que NTBo a medio-largo plazo, con RCEI por debajo de 30.000 € /AVAC a los 4 años que se mantiene hasta los 10 años. El análisis de sensibilidad probabilístico mostró la solidez de los resultados de NMS vs. TMO, con una importante variabilidad al comparar NMS vs NTBo por la falta de datos para NTBo.

Conclusiones: La NMS es eficaz en el tratamiento de los pacientes con VH idiopática con un coste adicional razonable en España, en comparación con NTBo y TMO. Se necesitan estudios adicionales sobre la efectividad de NTBo en VH para confirmar los resultados de su comparación frente a NMS.

P-228. TELEMEDICINA COMO PUENTE ENTRE PRIMARIA-ESPECIALIZADA: EVALUACIÓN DE UNA EXPERIENCIA EN OFTALMOLOGÍA

E. Orruño, J. Asúa, A. Gutiérrez, J.L. Lapuente, et al

Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco (Osteba).

Antecedentes/Objetivos: La oftalmología es una de las especialidades más susceptibles de implantación de la telemedicina. Su aplicación al cribado de retinopatía diabética en el ámbito de la atención primaria podría evitar numerosos casos de ceguera. Objetivos: 1) Evaluación de la satisfacción de pacientes y profesionales sanitarios con la experiencia de teleoftalmología. 2) Evaluación del impacto de la aplicación de la telemedicina sobre las listas de espera. 3) Evaluación económica de las dos técnicas diagnósticas alternativas empleadas para la detección de la retinopatía diabética.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura científica en: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane Library, TIE, IME, HTA y CRD. El análisis del grado de satisfacción de los pacientes y profesionales se realizó mediante cuestionarios ad hoc, validados. Se evaluaron tanto el número de pacientes como el número de días en lista de espera para la consulta ambulatoria de oftalmología, antes y después de la implantación de la telemedicina. Se llevó a cabo el análisis y comparación de los costes de las alternativas estudiadas.

Resultados: Durante el primer año de implantación del sistema de teleoftalmología se examinó el fondo de ojo a un total de 2.592 pacientes diabéticos. El número de pacientes en lista de espera para la consulta ambulatoria de oftalmología disminuyó tras la implantación del retinógrafo digital. Los pacientes atendidos mediante el procedimiento de telemedicina mostraron un alto grado de satisfacción general con el servicio de teleoftalmología objeto de estudio. Los profesionales sanitarios encuestados opinan que el diagnóstico obtenido mediante la teleoftalmología es fiable y lo consideran una herramienta de trabajo útil para la práctica clínica. Los resultados del análisis de costes indican que el método del retinógrafo no-midriático digital es 0,66€ más barato por paciente que el del oftalmoscopio indirecto. En comparación con el escenario actual, el escenario con uso exclusivo del retinógrafo no-midriático y el escenario en el que el 90% de los pacientes se diagnostican mediante el retinógrafo suponen un ahorro en costes anual de 9.951€ y 8.691€, respectivamente.

El coste de adquisición del retinógrafo se recuperaría en un horizonte de 2,92 años y de 3,35 años según los escenarios analizados.

Conclusiones: La revisión sistemática demuestra que la teleoftalmología constituye un método fiable, preciso y seguro para el cribado de la retinopatía diabética. Los resultados de satisfacción, utilización de servicios y evaluación de costes de esta experiencia de teleoftalmología respaldan la idoneidad del empleo de esta herramienta para identificar aquéllos pacientes diabéticos con mayor necesidad de seguimiento oftalmológico.

Financiación. Esta investigación se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

P-229. PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE PROGRAMAS DE TELEMEDICINA. EXPERIENCIA PRÁCTICA EN TELEDERMATOLOGÍA

E. Orruño, J. Asúa, P. Serrano, V. Yanes, et al

Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco (Osteba); Servicio Canario de la Salud; Servicio Canario de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: La mayoría de los estudios que se han realizado en el campo de la telemedicina no han sido diseñados siguiendo un marco sistemático que permita la evaluación completa de todos los efectos de interés que puede aportar esta nueva tecnología. Objetivos: 1) Establecimiento de criterios para guiar la selección, priorización y diseño de las actividades de telemedicina. 2) Desarrollo de un marco sistemático para la evaluación de proyectos de telemedicina. 3) Aplicación del marco de planificación y desarrollo a una experiencia práctica de teledermatología.

Métodos: El establecimiento de los criterios se realizó mediante la revisión de la literatura científica en las bases de datos de MEDLINE, EMBASE y Cochrane Library. En base al marco de evaluación desarrollado, se tuvieron en cuenta la calidad, accesibilidad y aceptabilidad de un nuevo programa de teledermatología. Para la evaluación de la calidad, se analizaron los efectos de la telemedicina sobre el proceso asistencial. La accesibilidad y aceptabilidad del sistema se evaluaron mediante cuestionarios validados destinados a pacientes y profesionales sanitarios.

Resultados: Se han establecido los circuitos e infraestructura necesaria y se ha diseñado la aplicación informática para realizar la actividad de teledermatología colaborando con dermatólogos y médicos de atención primaria. Se ha completado un programa de formación de profesionales sanitarios para la toma de imágenes y utilización del sistema de teledermatología. El 95% de los pacientes declararon estar dispuestos a repetir la experiencia y a recomendar la telemedicina a otros posibles pacientes. Cuando la alternativa a la teleconsulta era "esperar para ver a un especialista en persona", el 65% de los pacientes prefirieron "usar telemedicina", el 15% manifestó preferir "tener una consulta por telemedicina" a "ver al especialista en persona", mientras que el 55% mostraron indiferencia ante ambas opciones. El 60% de las consultas realizadas con imagen almacenada obtuvo la misma valoración diagnóstica y decisión de gestión que al ser evaluada en tiempo real.

Conclusiones: Antes de la puesta en marcha de experiencias en el ámbito de la telemedicina, es primordial que el proceso de evaluación se planifique de antemano y se integre dentro de un programa global de diseño, desarrollo e implantación de esta nueva tecnología. Para ello, es preciso diseñar procesos de evaluación antes del inicio de la actividad y establecer mecanismos de reevaluación continua para aprovechar al máximo las posibilidades que brinda la telemedicina.

Financiación. Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

P-230. BARRERAS A LA IMPLANTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD BASADOS EN TELEMEDICINA

P. Serrano Aguilar, V. Mahtani Chugani, R. Martín Fernández, et al

Servicio Canario de la Salud; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Fundación Canaria de Investigación y Salud.

Antecedentes/Objetivos: A pesar del tiempo transcurrido desde las primeras experiencias en telemedicina, la mayoría de ellas no logran implantarse en la práctica clínica habitual. La falta de estudios de evaluación rigurosos es uno de los argumentos empleados para explicar la escasa difusión de múltiples aplicaciones en telemedicina. Otros argumentos igualmente importantes están relacionados con aspectos de naturaleza humana, tecnológica, organizativa, financiera y legal. **Objetivo:** identificar las potenciales barreras a las que se puede enfrentar un proceso de implantación de una aplicación en telemedicina en España.

Métodos: (1) Entrevistas semi-estructuradas a profesionales sanitarios, investigadores, gestores y responsables de la industria en España, que tuvieran experiencias conocidas con la aplicación de la telemedicina. (2) Revisión estructurada de la literatura en: Centre for Reviews and Dissemination (CRD), Cochrane y Medline; búsquedas manuales en los artículos incluidos y en informes de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Resultados: Las barreras identificadas pueden ser clasificadas según su naturaleza en: factores humanos, tecnológicos, financieros, organizativos y legales. Los factores humanos, tanto derivados del profesional sanitario como de los pacientes, podrían considerarse el elemento central. En este grupo destacan, por parte de los profesionales, el grado de aceptación, la escasa confianza en la precisión y reproducibilidad de la tecnología, la responsabilidad legal, el aumento de las cargas de trabajo, el déficit de liderazgo profesional, los problemas de formación y familiarización con las tecnologías, la influencia de aspectos corporativos y la seguridad de la información. Los factores relacionados con los pacientes tienen que ver con características culturales e intelectuales, capacidades físicas y garantías de continuidad en el funcionamiento. Los factores tecnológicos identificados son la disponibilidad y accesibilidad a las infraestructuras, la compatibilidad con las tecnologías preexistentes y la ausencia de soporte tecnológico en la institución sanitaria. Otros factores identificados son la integración en la estructura organizativa previa, la sostenibilidad financiera y el marco legal o normativo del contexto.

Conclusiones: Para mejorar el éxito en la implantación de servicios de telemedicina hay que tener en consideración, además de los aspectos relacionados con la efectividad, seguridad o eficiencia de una aplicación; un conjunto amplio de factores de naturaleza humana, tecnológica, organizativa, financiera y legal que, de no ser identificados y abordados precozmente, pueden actuar como barreras ante una potencial implantación de un programa.

Financiación. Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

PÓSTERES XVII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Estilos de vida y salud

P-231. UTILIDAD DE UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN EN LÍNEA PARA MEDIR EL CONSUMO DE ALCOHOL

L. Segura, C. Fernández, A. Vidal, A. Gual, J. Colom, et al

Subdirección General de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La amplia diseminación de estrategias de IB se puede facilitar utilizando aplicativos en línea. Hay alguna evidencia sobre la fiabilidad de dichas herramientas de evaluación pero en España existen pocas iniciativas en este sentido. El objetivo de este estudio es presentar los resultados de una herramienta de evaluación en línea para medir el consumo de alcohol, desarrollada en el marco del proyecto "Beveu Menys" en Catalunya.

Métodos: La herramienta proporciona evaluación del consumo de alcohol y los problemas asociados y da consejo para la toma de decisión individual. En la evaluación de consumo de alcohol se registran las bebidas consumidas diariamente y durante una semana habitual. El tipo de bebida también se detalla para facilitar la conversión de respuestas a unidades de bebida estándar. La edad y el género también se registran. La respuesta proporcionada consta de un conjunto de recomendaciones según la pauta de consumo de alcohol identificada por género.

Resultados: 5.851 entradas se registraron desde el 3 de marzo de 2005 hasta el 19 de junio de 2007. Se utilizaron filtros para descartar falsos registros. 5.136 (87,8%) registros fueron considerados en el análisis final. 2.867 (un 55,8%) eran hombres. La media de edad para hombres fue de 34 (DE 2) y de 31 (DE 11) para mujeres. La prevalencia de consumo de riesgo fue de un 20,3% (19,1% y 21,1% respectivamente). El consumo de riesgo fue significativamente más predominante entre el grupo de edad de 40-59 años. La media de consumo de alcohol fue para hombres de 18 (DE 12) y para mujeres de 12 (DE 10). La herramienta estuvo disponible y utilizable durante todo el período pero un 35% de los registros ocurrieron los primeros 4 meses después de su publicación. Más de un 70% evaluaron la herramienta como buena o muy buena.

Conclusiones: Los resultados de la evaluación, después de filtrar la base de datos, parecen aceptables y proporcionan una visión complementaria a otro tipo de encuestas del consumo de alcohol. El ratio de utilización fue alto durante todo el periodo. Las limitaciones para la utilidad de los resultados han de ser tenidas en consideración y se ha de promover más investigación en este sentido. Esta herramienta de evaluación representa un primer paso hacia el desarrollo del programa "Beveu Menys" en línea para la evaluación y el tratamiento de problemas de alcohol.

P-232. ENVEJECIMIENTO PREMATURO Y FACTORES DETERMINANTES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

J.A. Mirón Canelo, M. Alonso Sardón, M. Moreno Gómez, H. Iglesias de Sena, J.S. De Lima Neto, C. Cieza Borrella, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: La salud pública, a través de un esfuerzo organizado de la Sociedad, tiene por meta promover la Salud y prevenir la enfermedad, la discapacidad y la muerte prematura de los distintos grupos poblacionales. La alta prevalencia de personas con discapacidad en España (10-15% de la población) las convierte en un importante problema social y de salud pública. El objetivo último de este trabajo es valorar el envejecimiento prematuro en las personas adultas con discapacidad intelectual (PADI) como factor condicionante o determinante del Estado de Salud y la Calidad de Vida para justificar la implementación de programas de prevención y promoción de la Salud en relación con un envejecimiento saludable.

Métodos: La investigación aplicada, social y de salud pública que se plantea es un estudio epidemiológico de Casos y Controles de la PADI del Área de Salud de Salamanca. Casos: Personas con reconocimiento legal de discapacidad intelectual. Es decir, cuando superan el mínimo del 33% de minusvalía efectuada por los equipos de valoración y orientación (Centros Base de la Junta de Castilla y León). Los casos están constituidos por PADI de más de 40 años, sexo y otras variables epidemiológicas y los Controles serán familiares de las PADI

con las mismas edades, sexo y otras variables epidemiológicas. La única diferencia entre los casos y los controles es el reconocimiento de discapacidad –casos- y no reconocimiento de discapacidad –controles-. La población sometida a estudio quedó constituida por 132 casos de un total de 582 discapacitados intelectuales en la provincia de Salamanca. Previo al inicio del estudio se solicitó el consentimiento informado de los padres, familiares y/o tutores.

Resultados: Se han estudiado hasta el momento 66 PADI con una media de edad de 51 años y con una distribución según género de 63,4% mujeres y 36,6% hombres. Entre los factores de riesgo estudiados destacan: hipertensión arterial (39,8%), diabetes mellitus tipo II (19,4%), dislipemia (34,4%), tabaco (14%), sedentarismo (81,5%), índice de Quetelet o IMC medio 34,7. Las enfermedades más frecuentes asociadas (comorbilidad) son de aparato digestivo, cardiovascular, psiquiátricas y osteomusculares. A pesar de la elevada edad media de la muestra, se observa un déficit de atención preventiva y clínica de las PADI.

Conclusiones: Las personas con discapacidad intelectual tienen una alta prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas los que puede estar condicionando un envejecimiento prematuro que se trata de evaluar y cuantificar en este estudio.

Financiación. IMSERSO (Ministerio de Educación, Política Social y Deportes), por su financiación. PADI de la Asociación FEAPS-ASPRODES Salamanca, por su participación.

P-233. ALIMENTACIÓN EN LA RED ¿LEO LO QUE COMO?

J.B. Bosques Sánchez, M.A. Martín Linares, M. Torres Morales, M.L. Delgado Muriel, F. Molina Cano, A. Gullón González, et al

Veterinarios A4; Área Sanitaria "Norte de Almería"; Hospital "La Inmaculada"; Huércal-Overa (Almería).

Antecedentes/Objetivos: Al comercio electrónico de alimentos le queda todavía un largo camino por recorrer, aunque su cuota de mercado aumenta año tras año. Por sectores, las estrellas son las empresas de informática (9,33%) y de alimentación (7,44%). Este nuevo medio de mercado, abierto a todo el mundo, debe adecuarse a las circunstancias y naturaleza propias de cada producto, a las posibilidades de su traslado en óptimas condiciones higiénico-sanitarias preservando sus cualidades, a cada uno de los peticionarios, y a la normativa que regula este tipo de transacciones en el país de destino y las del producto adquirido, así como a la reglamentación propia de este medio de venta por Internet. La información contenida en las etiquetas nos proporciona un mejor conocimiento del producto que nos permita una mejor elección de compra y porque la etiqueta es uno de los medios de control de la seguridad de los alimentos. Evaluar si el consumidor tiene acceso mediante la visualización de la información contenida en las etiquetas, a saber lo que compra mediante el comercio electrónico de productos alimenticios.

Métodos: La norma de referencia sobre el comercio electrónico es la Ley 34/2.002 de Servicios de la Sociedad de la Información y Comercio Electrónico. Entre las obligaciones que se establecen se encuentran, la de indicar, sus datos básicos: nombre, domicilio, dirección de correo electrónico, el número de identificación fiscal y el precio claro y exacto del producto. Revisión a través de buscadores, de la venta de productos alimenticios.

Resultados: En el buscador "Google" se han obtenido aproximadamente 1.290.000 enlaces que contienen las palabras "comercio electrónico alimentos". En "Yahoo", se obtienen 1.620.000 enlaces. Prácticamente en la totalidad de enlaces visitados no es posible la consulta del etiquetado de los productos alimenticios que podemos adquirir. En algunos es posible visualizar la lista de ingredientes.

Conclusiones: No se recoge ninguna obligación en la Ley referente al derecho del consumidor de poder acceder a la información contenida en el etiquetado y que constituyen el compromiso del fabricante de que el artículo reúne las condiciones que exige la normativa. Las

normas de la UE sobre el etiquetado de los alimentos reconocen al consumidor el derecho a saber lo que come. El fallecimiento de una persona por consumo de "zumo de noni" comprado a través de Internet pone de manifiesto la necesidad de revisar los criterios de calidad y seguridad en el comercio electrónico de alimentos.

P-234. ESTILOS DE VIDA EN TRABAJADORES Y ABSENTISMO LABORAL

R. Olmedo Requena, C. Amezcua Prieto, C. Fazzi Gómez, R. Guisado Barrilao, E. Mármol Peis, M.A. García Martín, et al

Universidad de Granada; Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Servicio Médico Hipercor, Granada.

Antecedentes/Objetivos: Los estilos de vida son el principal determinante de salud en la población y el absentismo laboral es un problema actual que ha aumentado considerablemente en los últimos cuatro años. Si bien el absentismo laboral es un problema actual en las empresas, existen muy pocos estudios que analicen esta asociación. Objetivo: comprobar la posible relación existente entre los estilos de vida y el absentismo laboral en una empresa privada.

Métodos: Diseño: estudio de cohortes. Muestra y selección: 149 trabajadores ligados a un Gran Almacén que de forma consecutiva acudieron al servicio médico para realizarse el reconocimiento médico anual entre Junio de 2007 y Febrero de 2008. Periodo máximo de seguimiento hasta el análisis de los datos: 9 meses. Variable principal: absentismo laboral, número de bajas motivadas por enfermedad común. Variables independientes: sociodemográficas, antropométricas y variables relacionadas con los estilos de vida (tabaco, alcohol, actividad física y adherencia a la dieta mediterránea). Fuentes de información: cuestionario autoadministrado, datos de absentismo registrados por el servicio médico de la empresa. Análisis de datos: Estudio descriptivo de la prevalencia de los estilos de vida en la población de estudio y la incidencia de absentismo. Se calcularon las razones de tasas de incidencia crudas y ajustadas.

Resultados: El 38,3% de los trabajadores eran fumadores, un 17,4% bebedores de riesgo, sólo el 10,7% presentan una buena adherencia a la dieta mediterránea y el 39,6% realizan alguna actividad física al menos una vez a la semana. Presentaron alguna baja 29 trabajadores y el total de bajas fue de 34. El riesgo de baja a los 9 meses fue de 29,2% IC 95% (19,2-39,2). La tasa de incidencia para las bajas fue de 0,0011 d-1 IC95% (0,0007-0,0015). El absentismo laboral fue mayor en exfumadores y en trabajadores que están la mayor parte de su jornada laboral caminando sin realizar grandes esfuerzos físicos.

Conclusiones: Se observa una elevada frecuencia de estilos de vida no saludables. Parece que hay una asociación entre estilos de vida y absentismo laboral. Estrategias destinadas a la promoción de los estilos de vida saludables en la empresa pueden ser beneficiosas tanto para el trabajador como para la propia empresa.

P-235. RELACIÓN ENTRE NIVELES SÉRICOS DE HSP70, ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA Y NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA

C. Fazzi Gómez, E. Espigares Rodríguez, E. Jiménez Mejías, E. Moreno Roldán, M. Espigares García, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada, Granada.

Antecedentes/Objetivos: Los resultados de las investigaciones previamente publicados indican que debe existir una relación entre nivel de actividad física, estado de salud autopercebida y niveles de proteínas de estrés, especialmente la Hsp70. El objetivo de este trabajo ha sido la exploración de esta relación.

Métodos: Se ha realizado un estudio sobre una población de 57 sujetos, 40,4% de sexo masculino y una edad media de 37,2 años, que han cumplimentado los cuestionarios SF-36, para determinar el estado de salud autopercebida, e IPAQ, para estimar la actividad física. De estas personas también se obtuvo una muestra de sangre para la determinación de los niveles séricos de Hsp70. El análisis estadístico descriptivo y analítico de los resultados se ha realizado con el programa SPSS v.15.

Resultados: Con respecto a las dimensiones de la salud de la encuesta SF-36, la población estudiada muestra el menor valor medio para la vitalidad (59,4%) y el mayor para la función física (89,47%). Los indicadores resumen muestran un valor promedio de 80,12% para el estado físico general y de 68,24% para el estado mental general o bienestar. Por otra parte, el 68,5% realizan actividad física insuficiente. Con respecto al sexo, los hombres muestran una mayor salud autopercebida que las mujeres, aunque éstas realizan una mayor actividad física. Las concentraciones séricas de Hsp70 encontradas muestran un valor medio de 178,67 ng/mL en los que realizan una actividad física suficiente (media: 4642,56 MET.min/semana), muy inferior al valor medio de 626,97 ng/ml en los que realizan una actividad física insuficiente (media: 1276,56 MET.min/semana), aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Se obtiene una correlación lineal significativa de la edad con los niveles de Hsp70 y el estado de bienestar, y de la actividad física con el dolor corporal, que pueden explicar las diferencias en las concentraciones de Hsp70.

Conclusiones: Se obtiene la evidencia de unos mayores niveles de Hsp70 en las personas que realizan una menor actividad física, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, y pueden estar relacionadas con otras variables como edad y dolor corporal.

P-236. EVALUACIÓN POSTURAL ESTÁTICA UTILIZANDO UN NOVEDOSO MÉTODO FOTOGRAMÉTRICO

M.C. Gatto-Cardia, P.B. Baena, E. Castro, V.M. Soto, A. Robles, J. Dafos, P.A. Latorre, J.M. Heredia, A. Aguayo, et al

Universidad de Granada; Universidad de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: Para desarrollar adecuados programas de intervención orientados hacia la mejora postural, previamente se requiere desarrollar una evaluación detallada que identifique los desvíos y compensaciones de los segmentos corporales. En este proyecto pretendemos evaluar los desequilibrios posturales de una población trabajadora utilizando un método fotogramétrico que requiere el empleo de líneas y la aplicación de una serie de dimensiones y categorías del ámbito postural.

Métodos: Se ha evaluado una muestra de 38 trabajadores de la EASP, con edades entre los 25 y los 57 años. Sobre cada sujeto se ha colocado 26 marcadores epidérmicos siendo registradas 5 fotos en diferentes planos y posiciones. Las fotografías han sido digitalizadas con líneas que facilitaron la atribución de valores distribuidos en 5 dimensiones y 33 categorías. Se ha sido aplicado un algoritmo novedoso para determinar un valor postural global a partir de 5 rangos que van desde una postura muy deficiente hasta muy buena.

Resultados: El 44,8% de la muestra obtuvo un valor dentro del rango relacionado con postura "aceptable", 52,6% con la postura "buena" y apenas 2,6% con la postura "muy buena". La dimensión con más desequilibrios posturales fue la posición de flexión anterior del tronco con 42,7% de valores deficiente y muy deficiente y la dimensión con menores desequilibrios ha sido la dimensión de los planos anterior y posterior con 81,6% de valores bueno y muy bueno. Los mayores desequilibrios se encuentran relacionados con el acortamiento de los músculos de la cadena posterior, el adelantamiento de la cabeza y la protrusión de los hombros.

Conclusiones: La mayor parte de la muestra analizada ha obtenido valoración postural buena y aceptable, lo que indica que estos sujetos

no tienen graves problemas posturales o que controlan muy bien sus desequilibrios posturales. El sistema fotogramétrico empleado se ha demostrado eficaz para la evaluación postural estática de la población estudiada presentándose como una herramienta muy útil para la obtención de un perfil epidemiológico de la postura. Pensamos necesario ampliar la colocación de más marcadores anatómicos especialmente en espalda y rodillas para un análisis clínico más pormenorizado.

Financiación. Grupo CTS-545, Universidad de Granada. Proyecto en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

P-237. ACTIVIDAD FÍSICA: EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN ESPAÑA

A.B. Fernández-Revelles, A. Robles, J. Dafos, V.M. Soto, A.J. Pérez-Cortes, P. Latorre, C. Gatto-Cardia, J.M. Heredia, C. Romero.

Universidad de Granada; Universidad de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: Para evaluar la investigación de un tópico de investigación, una institución, un autor, un país, etc. no se evalúa cuantos proyectos, dinero, etc. ha recibido, o invierte en ese tema sino la transferencia de resultados de investigación a modo de publicaciones, patentes, etc. Por este motivo el objetivo es analizar la investigación sobre actividad física a través de su producción científica.

Métodos: Los datos se obtienen de la base de datos (BBDD) ISI Web of Science, de la que se puede extraer el índice más extendido para la evaluación de la producción científica el h-index (Ball, P. Nature, 2007; 448: 737), siguiendo la metodología empleada en (Fernández-Revelles, A.B. et al, 2008; Informe del proyecto EA2004-0105). Se ha realizado introduciendo las palabras claves "physical activity", "quality of life", "blood-pressure", "diet", "psychosocial", "obesity", y "overweight" y combinándolas, truncando y acotando la búsqueda hasta el año 20087. Con las herramientas de la BBDD se han obtenido los datos de las distintas variables bibliométricas. Hemos acotado más la búsqueda para realizar una comparación entre Estados Unidos de América (USA) que lidera la investigación y España

Resultados: Publicaciones resultantes son 17.305. El tipo de documentos encontrado se distribuye así: 13.491 artículos, 1.491 revisiones, 1.504 aportaciones a congresos, 411 resúmenes en congresos, 277 editoriales, y 131 de diferentes tipos. La distribución de las publicaciones por países la encabeza EE.UU 47,64%, Inglaterra 7,90%, hasta llegar a España 2,70% en el puesto 10, por debajo de países como Holanda con 4,3%. Comparando EE.UU. y España encontramos que USA ha publicado 8243 ítems, habiendo recibido 208.464 citas, teniendo más de 800 publicaciones/año en los últimos 3 años, con una media de citas por publicación de 25,29, recibiendo menos de 25.000 citas/año en los últimos 3 años, y un h-index de 164, mientras que España tiene 468 publicaciones, (más de 60 publicaciones/año en los últimos 3 años), citadas en 5.369 ocasiones (más de 600 citas recibidas en los últimos 3 años) media de 11,47 por ítem y h-index de 32

Conclusiones: Actividad física como tópico de investigación en salud pública son términos que cada día van más unidos. De no existir casi investigación con estos tópicos a partir del año 2000 ha aumentado mucho. España está aumentando su producción y hay que investigar más el tema para poder estar a la altura de los países de nuestro entorno en transferencia de resultados

P-238. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

M.P. Matud, J. Grande, et al

Universidad de La Laguna; Servicio Canario de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Describir las diferencias en función del género en las conductas relacionadas con salud de fumar, práctica de

ejercicio físico y consumo de bebidas alcohólicas analizando la relevancia de las variables sociodemográficas en tales diferencias.

Métodos: Estudio transversal con una muestra de conveniencia formada por 490 mujeres y 244 hombres de la población general de edades comprendidas entre 16 y 80 años.

Resultados: Los análisis de varianza (ANOVA) mostraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las horas semanales dedicadas a la práctica de ejercicio físico, $F(1,707) = 45,02$, $p < 0,01$, y en el consumo de bebidas alcohólicas, $F(1,699) = 65,78$, $p < 0,001$, conductas que eran más comunes en los hombres. Los Anova en que se consideraron como factores el género y el nivel de estudios mostraron que la interacción género X nivel de estudios fue estadísticamente significativa cuando se consideró como variable dependiente la práctica de ejercicio físico, $F(2,693) = 46,92$, $p < 0,05$, y el consumo de bebidas alcohólicas, $F(2,687) = 7,62$, $p < 0,01$. En las mujeres no había diferencias en la práctica de ejercicio físico en función del nivel de estudios pero sí las había en los hombres, dedicando menos tiempo los que sólo tienen estudios básicos. En la muestra de hombres no encontramos diferencias estadísticamente significativas en consumo de bebidas alcohólicas en función del género, pero sí las había en las mujeres consumiendo más las que tienen estudios universitarios. Los ANOVA en que los factores fueron el género y la profesión mostraron interacciones estadísticamente significativas en la conducta de fumar, $F(3,700) = 3,73$, $p < 0,05$, y en el consumo de bebidas alcohólicas, $F(3,673) = 7,09$, $p < 0,001$. En la muestra de hombres se encontró que los profesionales era el colectivo que más cigarrillos diario fumaba, mientras que en las mujeres eran las que tenían empleos de tipo manual las que fumaban más y las profesionales las que menos. Y aunque no había diferencias en el consumo de bebidas alcohólicas en función de la profesión en los hombres sí las había en las mujeres, siendo las amas de casa las que menos consumían. Los ANOVA en que los factores fueron el género y el estado civil mostraron interacciones estadísticamente significativas en los tres tipos de conductas. Tanto las mujeres como los hombres divorciados o viudos son quienes más fuman. Y mientras que los hombres divorciados o viudos consumían más bebidas alcohólicas que el resto, en la muestra de mujeres eran las solteras las que más bebían.

Conclusiones: El género es una variable importante en las conductas relacionadas con la salud aunque su relevancia puede variar en función de otras variables sociodemográficas.

Financiación. Ministerio de Ciencia e Innovación PSI2008-02543/PSIC.

P-239. MUJERES GITANAS Y PREVENCIÓN EN LOS HÁBITOS DE VIDA

M.G. Gutiérrez Sastre, et al

Universidad de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: Este estudio trabaja sobre el universo cultural gitano para comprender el significado de hábitos y conductas, a priori, poco saludables. Se indagan las dificultades para interiorizar hábitos de prevención en el cambio de la alimentación, la actividad física y la seguridad doméstica y vial. Del proceso de investigación se deriva la realización de materiales pedagógicos de trabajo que apunten a la prevención en salud.

Métodos: Se realizaron un total de cuatro grupos de discusión de mujeres gitanas, dos de mujeres jóvenes (de 25-34 años) y otros dos de mujeres mayores (de 35-44 años). Las mujeres presentan menos problemas a la hora de verbalizar su conducta, y aunque no actúan de una manera individualizada expresan su posición en relación a las pautas comunitarias. No se estableció ningún otro requisito para la selección de las participantes que no fuera el de situarse en la media económica y sociocultural de la comunidad y no desempeñar ningún papel simbólico en la comunidad de pertenencia. La creación de grupos mixtos de hombres y mujeres no estaba justificada para no

reproducir relaciones de dominación que fueran a condicionar las voces de los agentes más cualificados.

Resultados: Se apunta la falta de variedad en la dieta gitana, así como la generalización del uso de comida rápida, especialmente en los hogares más jóvenes, y de golosinas. La extensión del coche ha provocado el descenso en la actividad física y solamente en caso de experiencias cercanas se asume la importancia de las medidas de prevención de accidentes en el hogar y en la carretera.

Conclusiones: No se percibe la relación entre salud y prevención, con lo que no se justifica la adopción de pautas preventivas. Se entiende el cuidado ante la enfermedad, especialmente la grave, pero no la planificación previa a la aparición de un problema. La enfermedad se percibe como desligada de las prácticas cotidianas. Si la enfermedad aparece sin un motivo aparente, de nada sirve llevar a cabo comportamientos saludables. Por otro lado, la interpretación de las formas de vida pasa por el sesgo económico, "los que pueden y los que no pueden". La "buena vida" es la que se corresponde con "los que pueden" y con el modelo de referencia para el resto. En caso de contar con más recursos, los segundos imitarían la forma de los primeros. Curiosamente, y a diferencia de lo que ocurre con el colectivo no-gitano, los grupos con más recursos no son los que reproducen estilos de vida más saludables, sino los que demuestran acogerse a las formas más cómodas de vida (uso y el abuso del coche, la generalización de la comida rápida-comida basura, el consumo de golosinas...) con lo que sería interesante ubicar unas nuevas referencias con estilos de vida saludables y económicos.

Financiación. Secretariado Gitano.

P-240. PREVALENCIA DE OBESIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

E.B. Hevilla Cucarella, I. Ballesteros García, M.A. Ruiz Lapuente, J.M. Martín Moreno, R. Alfonso Gil, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universitat de València; Conselleria de Sanitat de la Generalitat de la Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La obesidad es un problema de salud multifactorial, consecuencia de la interacción entre genotipo y ambiente, que supone un peligro para la salud y la expectativa de vida. Este problema no es meramente local, sino que está adquiriendo dimensiones de pandemia global, y la Comunitat Valenciana no es una excepción. Según las Encuestas de Salud realizadas en 1991 y 2001, la prevalencia de obesidad pasó de 7,3% a 11,4%. En el año 2005 se realizó la tercera Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana, enmarcada en el Plan de Salud del periodo 2005-2009. Este trabajo persigue describir la prevalencia y la tendencia de la obesidad en la población de la Comunitat Valenciana.

Métodos: El diseño del estudio es transversal y se ha analizado un descriptivo de los datos procedentes de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2005. La muestra estaba constituida por residentes no institucionalizados. La predeterminación del tamaño muestral se calculó con un error de muestreo estimado de $\pm 1,37\%$ para un nivel de confianza superior al 99%. La información se obtuvo mediante entrevista personal en los hogares, aplicando un cuestionario prediseñado. El muestreo se concibió como estratificado polietápico con dos oleadas. La muestra definitiva consta de 5781 adultos y 942 menores de 16 años. Para la obtención de resultados se ha utilizado SPSS 15.0 y Epidat 3.1.

Resultados: El análisis descriptivo indica una prevalencia global de obesidad en la población infantil en 2005 del 13,5% (11,6% niñas y 14,1% niños) y se observa una evolución ascendente desde el año indica 2001 en el que era el 11,4% de la población (9,3% niñas y 13,5% niños). En cuanto a la población adulta, el 14,4% de individuos son obesos distribuidos entre el 15,1% de las mujeres y el 13,7% de los hombres.

Conclusiones: La prevalencia de obesidad en niños de la población estudiada es 13,5% y muestra una tendencia ascendente desde 2001. La prevalencia de obesidad en población adulta es del 14,4%. Se aprecia un incremento a lo largo de los años y se presenta el reto de disminuir estas cifras.

Financiación. Estudio financiado por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de la Comunitat Valenciana: "Análisis de la carga de morbilidad asociada a la obesidad y sobrepeso en la Comunidad Valenciana". Expediente AP 067/07. [Resolución de 3 de septiembre de 2007, DOCV num. 5601 del 18 de septiembre de 2007].

PÓSTERES XVIII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Vigilancia de la salud (I)

P-241. EVALUACIÓN DEL CONTROL OFICIAL EN COMEDORES ESCOLARES DE LA CIUDAD DE SEVILLA

J.M. Garrido, I. Munuera, A. Calzado, A. Capote, T. Comín, I. Gutiérrez, F. Lázaro, M.J. Ojeda, E. Rivas, et al

Servicio de Inspección Veterinaria del Servicio de Consumo del Ayuntamiento de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Mejorar el servicio de comedores escolares desde el punto de vista sanitario de acuerdo a la legislación vigente: -Controlar la seguridad alimentaria en los comedores escolares, para que la población de guarderías y colegios de Sevilla, consuman alimentos seguros. -Mejorar las instalaciones. -Asesorar a los responsables de dichos comedores sobre los Sistemas de Autocontrol.

Métodos: Durante el curso 2007-2008 se inspeccionaron 185 centros (guarderías, colegios públicos, colegios concertados y colegios privados) controlando la alimentación de aproximadamente 14500 comensales. Se supervisaron las instalaciones, planes generales de higiene, registros de los mismos, toma de muestras, análisis de laboratorio y medidas correctoras adoptadas según las deficiencias. De los centros inspeccionados, se han recogido datos sobre el sistema de comedor (cocina propia o catering) Tanto en comedores con cocina propia como servidos por catering se ha solicitado que de las comidas consumidas guarden muestras testigo.

Resultados: De los 185 centros inspeccionados se han detectado deficiencias en 55 en las instalaciones de comedor y cocina u office. Se han acometido reformas para la subsanación de dichas deficiencias. Se tomaron 588 muestras de platos preparados, de las cuales 74 no cumplían con la norma microbiológica. Se realizó un seguimiento en las cocinas propias y catering del término municipal de Sevilla y se comunicó a la Delegación Provincial cuando el catering estaba ubicado fuera de dicho término. En cuanto a los Planes Generales de Higiene, son 92 comedores los que los tienen elaborados e implantados, aunque en la mayoría de los 93 restantes es el propio servicio de catering el encargado de llevar el control y los registros. Durante el curso 2007-2008 no se notificó ninguna toxoinfección alimentaria en los centros inspeccionados.

Conclusiones: El control oficial sobre comedores escolares es una herramienta de mejora y minimización de riesgos de toxoinfecciones alimentarias. El sistema de explotación de los comedores escolares está cambiando con una tendencia a la contratación de caterings en lugar de cocina propia. Hay tendencia creciente, por parte de los caterings, a la línea fría por dificultad de mantener alimentos a temperaturas por encima de 65 °C sin alterar los caracteres organolépticos. Hay dificultad en línea fría de regenerar térmicamente los platos calientes mediante hornos de convección. En los comedores que atien-

den muchos comensales, se están implantando sistemas mixtos: lo atiende un catering pero elaboran en las instalaciones del colegio o bien terminan allí algunos procesos (calentamiento, frito, plancha...).

P-242. ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE COMIDAS SERVIDAS EN COMEDORES ESCOLARES DE SEVILLA (AÑO ESCOLAR 2007/08)

J.J. Ibáñez Guillen, M.J. León Fernández, M.D. García Bermejo, M.I. Cornejo Aljama, M.I. Olmedo Domínguez, et al

Laboratorio Municipal, Ayuntamiento de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Las circunstancias laborales de los padres hacen cada vez más necesario el uso de los comedores escolares (guarderías, colegios y universidades) por parte de los hijos. Es por ello que el número de comensales en dichos comedores aumenta cada año. La Delegación de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Sevilla realiza un programa de control de los comedores escolares y dentro del mismo se encuentra el control microbiológico de las comidas servidas. En este estudio se pretende evaluar la calidad microbiológica de las comidas en el año escolar 2007/08.

Métodos: El Laboratorio Municipal de Sevilla ha realizado el análisis de las muestras de alimentos tomadas por los Inspectores Veterinarios del Servicio de Consumo del Ayuntamiento de Sevilla en los comedores escolares: guarderías, colegios y universidades, situados en el término municipal de Sevilla en el periodo escolar de 2007/08. El RD 3484/2000 por el que se establecen las normas de higiene para la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas contempla la norma microbiológica de aplicación. Las técnicas analíticas empleadas son las establecidas en las correspondientes normas ISO o equivalentes.

Resultados: Se han analizado un total de 588 muestras (543 grupo B y 45 grupo A), de las cuales el 87,4% cumplen la norma microbiológica. Estudiando los alimentos del grupo A y B por separado el porcentaje de muestras no correctas son del 37,8% y del 10,5% respectivamente. La mayoría de los incumplimientos se refieren a criterios indicadores del funcionamiento de elaboración y gestión del autocontrol (79,6%), los indicadores de higiene son el 12,7% de incumplimientos y sólo el 7,6% en patógenos (todos "Listeria monocytogenes"). Otro hecho destacable es el mayor número de no conformidades en establecimiento de gestión indirecta por catering (16,2%) frente a la gestión directa de cocina propia (8,7%).

Conclusiones: Hemos de destacar el buen resultado en cuanto a la seguridad alimentaria, unido a la no existencia de notificación de ningún brote de toxoinfección en ese año escolar. Si bien sería aconsejable el eliminar el riesgo que presenta la presencia de "L.monocytogenes" en los alimentos. Resaltar que la mayoría de los incumplimientos se dan en indicadores de producción y especialmente en aquellos alimentos de gran manipulación y sin tratamiento térmico como son los del grupo A. En otro punto de vista se detecta que la gestión indirecta presenta un porcentaje de incumplimientos mayor, que creemos que se debe a una serie de pasos que no se dan en los directos como es el envasado, transporte y regeneración térmica.

P-243. ESTUDIO NUTRICIONAL DE COMIDAS SERVIDAS EN COMEDORES ESCOLARES DE SEVILLA (AÑO ESCOLAR 2007/08)

M. Gómez Rodríguez, P. Fernández de Alarcón, F. de la Rosa Burgos, et al

Laboratorio Municipal de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Las circunstancias laborales de los padres hacen cada vez más necesario el uso de los comedores escolares

(guarderías, colegios y universidades) por parte de los hijos. Es por ello por lo que el número de comensales en dichos comedores aumenta cada año, con independencia del nivel social. Por otro lado, a lo largo de las últimas décadas se han acumulado evidencias sobre la importancia que una buena alimentación tiene a lo largo de la vida, y especialmente en ciertas etapas del desarrollo. Por todo ello, la Delegación de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Sevilla realiza un programa de control de los comedores escolares y dentro del mismo se encuentra el control de la composición nutricional de las comidas servidas. En este estudio se pretende evaluar la calidad nutricional de las comidas en el año escolar 2007/08, desde el punto de vista fisicoquímico.

Métodos: El Negociado de Bromatología del Laboratorio Municipal de Sevilla ha realizado los análisis de las muestras de alimentos tomadas por los Inspectores Veterinarios del Servicio de Consumo del Ayuntamiento de Sevilla en los comedores escolares: guarderías, colegios y universidades, situados en el término municipal de Sevilla en el período escolar de 2007/08. La falta de una reglamentación en el campo del análisis fisicoquímico de platos preparados ha hecho que las técnicas analíticas empleadas son las establecidas en las correspondientes Reglamentaciones Técnico Sanitarias o Normas de Calidad de los alimentos que forman parte del plato.

Resultados: Se han analizado un total de 350 muestras (334 grupo B y 16 grupo A), encontrándose que los resultados obtenidos sobre composición nutricional eran correctos dentro de lo que se ha encontrado en la bibliografía consultada al respecto. Se ha obtenido los siguientes valores medios (en % (p/p)) para los componentes nutricionales: humedad, 73,29; cenizas, 1,36; proteínas, 6,03; grasas, 5,60; hidratos de carbono (incluida la fibra), 12,69; valor energético, 124,83 Kcal/100 g. También se analizó la composición en sodio y cloruros de las muestras, obteniéndose unos valores medios de 321,59 mg/100 g para el sodio y 504,46 mg/100 g para los cloruros. Por último, se estudió la relación sodio/cenizas, obteniéndose un valor medio de 23,83%.

Conclusiones: Hemos de destacar el buen resultado en cuanto a la composición nutricional de los platos, aunque, en el caso del sodio, comparando los obtenidos con los recomendados encontrados en la bibliografía, nos hacen pensar que las dietas de los escolares en la ciudad de Sevilla superan la cantidad diaria recomendada para este elemento.

P-244. MORTALIDAD EN AÉREAS PEQUEÑAS. LA EXPERIENCIA DE UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Miró, et al

Centro de Salud de El Astillero.

Antecedentes/Objetivos: Describir las causas de muerte, no basadas en el certificado de defunción, en la población adscrita a un médico de atención primaria. Evaluar su utilidad en salud pública.

Métodos: Ámbito: municipio de El Astillero de 19.000 habitantes, situado en la costa a 10 kilómetros de la capital Santander. Datos obtenidos en un cupo médico. Período de estudio: años 1992 a 2006. Se registró la causa de la muerte basada en: la información de la historia clínica de atención primaria, los informes de las interconsultas con especializada, los informes de alta hospitalaria, así como los registros de los servicios de urgencia. La causa de mortalidad no se basó en el certificado de defunción. Otras variables: tiempo de seguimiento por parte del médico de atención primaria, lugar del fallecimiento, práctica de necropsia, y datos sociodemográficos generales.

Resultados: Se identificaron 229 fallecimientos (133 hombres y 96 mujeres). Necropsias 19 (8,3%). Principales causas de muerte: cáncer 38,4%, IC: 32,2-45,1 (pulmón 6,4%, hematológicos 5,4%, colorrectal 4,4%, mama 3%), cardiovasculares 30,0%, IC: 24,4-36,6 (enfermedad isquémica del corazón 5,4%, insuficiencia cardiaca 9,8%, muerte súbita 5,9%).

Conclusiones: La información disponible en los registros de atención primaria permite una mejor identificación de las causas de muerte. Aunque las estimaciones de las distintas causas no tengan la precisión deseable aportan información suficiente para identificar áreas geográficas con problemas específicos de salud.

P-245. ANÁLISIS DE LA MORBI-MORTALIDAD ASOCIADA A LAS ALTAS TEMPERATURAS EN ANDALUCÍA DURANTE 2007

E. Pérez Morilla, E. Bueno Ripollés, J.M. Mayoral Cortés, et al

Secretaría General de Salud Pública y Participación. Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Conocer el impacto en los servicios sanitarios de la morbilidad asociada al exceso de calor y describir la mortalidad durante el verano de 2007.

Métodos: Análisis de la morbilidad: Se usó una aplicación web en la que los Centros Asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía registraron diariamente las urgencias atendidas (totales, por patología agravada por calor y por golpe de calor). Para evaluar la incidencia de las altas temperaturas en el uso de los servicios sanitarios, se compararon las urgencias atendidas durante los periodos de superación simultánea de los umbrales de temperatura máxima y mínima (percentil 95 de la serie histórica de temperaturas para cada provincia) más los tres días siguientes frente al mismo periodo en la semana previa, siempre que en ésta no hubiera habido superación de umbrales. Análisis de la mortalidad: Se obtuvieron los datos de defunciones diarias de los Registros Civiles de las capitales de provincia. La vigilancia de la mortalidad general por semanas se realizó mediante la construcción de canales epidémicos a partir de las series de mortalidad del período 2002-2006.

Resultados: Las urgencias por patología relacionada con el calor (incluyendo golpe de calor) supusieron un 0,01% del total. Durante los periodos de superación simultánea de temperaturas umbrales se observaron incrementos en el número de urgencias en tres de los nueve periodos analizados con valores moderados que varían entre el 0,1% y 12%. En cuanto a mortalidad general, se detectaron elevaciones puntuales por encima del máximo esperado. En Almería y Málaga, estas elevaciones fueron algo más sostenidas, si bien no coincidieron con periodos de altas temperaturas.

Conclusiones: Las altas temperaturas durante el verano de 2007 tuvieron una incidencia poco significativa tanto en el uso de los servicios sanitarios como en la mortalidad general en Andalucía.

P-246. ESTUDIO PROSPECTIVO DEL CONTENIDO DE COMPUESTOS POLARES EN ACEITES USADOS EN FRITURA

F.J. Moreno Castro, L. Plaza Piñero, J. Navas Corbacho, et al

Servicio Andaluz de salud, Distrito Sanitario Jerez Costa Noroeste.

Antecedentes/Objetivos: Determinar aptitud para el consumo del aceite usado en fritura, mediante la determinación del% de compuestos polares, en industrias y establecimientos, que utilizan procesos de fritura profunda y discontinua, elaboración de productos para consumo inmediato y dotado de dispositivo de control de temperatura durante el proceso (termostato.) Analizar las variables que influyen en la alteración química del aceite: Tipo de aceites / grasa utilizada, relación superficie volumen de aceite, Volumen de producción y tipo de producto a freír. Conocer los mecanismos de control y medición, establecimiento como peligro químico y destino final de los aceites usados.

Métodos: La muestra incluirá 400 muestras en industrias o establecimientos alimentarios seleccionados y censados en el Distrito sa-

nitario Jerez Costa Noroeste, que cumplan los requisitos establecidos. Ficha de registro de datos y variables objeto del estudio. Equipo de medición de compuestos polares, modelo Ebro FOM 310, con certificado de calibración. Se calculará la prevalencia para cada variable estudiada. Para inferir los resultados a la población se calcularán los correspondientes intervalos de confianza ($p \leq 0,05$).

Resultados: Resultados preliminares: El Control Oficial perteneciente al Distrito Sanitario Jerez Costa Noreste, desde abril hasta octubre de 2008, ha determinado 35 muestras obteniéndose los siguientes resultados: Las empresas aplican criterios subjetivos para la renovación del aceite. No se dispone de equipo para determinar compuestos polares, se desconoce el límite legal del 25%. Los operadores no contempla este peligro químico, no existen registros de los procesos. Contenido de compuestos polares (34 muestras): conformes 25 (73,5%), no conformes 9 (26,5%). Equipos de fritura con termostato (14 muestras): conformes 12 (85,7%), no conformes 2 (14,3%). Equipos de fritura sin termostato (20 muestras): conformes 13 (65%), no conformes 7 (35%). El control de temperatura en el equipo de fritura (termostato), es un factor importante en la generación de compuestos polares, por lo que deberán realizarse estudios independientes. Se calcularán las incidencias de cada una de las variables estudiadas en la muestra, y para inferir los resultados a nuestra población de referencia calcularán los correspondientes intervalos con un nivel de confianza del 95%.

Conclusiones: utilización aceites no alterados y su repercusión en la salud pública. Demostrar la necesidad de utilizar equipos para determinar los compuestos polares, demostrar la validez de los registros documentales sobre las operaciones del proceso de fritura. Demostrar la necesidad de que todas las empresas afectadas contemplen este peligro químico, en su Plan APPCC.

P-247. CONTROL DE CALIDAD DE COMIDAS NO SOMETIDAS A TRATAMIENTO TÉRMICO, EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

M.D. Martínez Bellón, C. Olvera Porcel, I. Campón Pacheco, J.F. Guillén Solvas, M. Fernández-Crehuet Navajas, et al

Hospital Universitario San Cecilio; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los factores que en mayor medida afectan a la Salud Pública es la higiene de los alimentos, especialmente en los comedores colectivos. Particular atención merece en la colectividad hospitalaria, dada la posibilidad de que las comidas que se administran a los pacientes ingresados puedan ser vehículo de peligros que deriven en un agravamiento o en la aparición de un problema de salud en los mismos. El análisis microbiológico de las comidas preparadas permite conocer las condiciones higiénicas de las instalaciones y valorar la manipulación a que se ven sometidas tanto las materias primas como los productos finales elaborados. El objetivo es controlar la calidad microbiológica de las comidas no sometidas a tratamiento térmico preparadas en la cocina del Hospital Universitario de San Cecilio de Granada y evaluar la intervención realizada por parte del personal del Servicio de Medicina Preventiva, en la cocina del Hospital.

Métodos: Se estudió la contaminación microbiológica de 393 comidas no sometidas a tratamiento térmico, 207 (52,6%) en el año 2006 y 186 (47,4%) durante el 2007. La metodología seguida se puede sintetizar en: recogida de muestras en frascos estériles y traslado al laboratorio de Medicina Preventiva, análisis microbiológico determinando los parámetros recogidos en el Real Decreto 3484/2000, por el que se establecen las normas de higiene para la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas y el análisis estadístico usando el software estadístico de SPSS versión 15.0.

Resultados: De las 207 muestras estudiadas durante el año 2006, 137 (72,1%) fueron positivas, en el 2007, de 186 muestras estudiadas 101 (69,6%) fueron positivas. No existieron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores establecidos por la legislación, aunque disminuyen todos los parámetros. El recuento de aerobios mesófilos pasa de 79,8% en el 2006 a 59,4% en el 2007; el recuento de enterobacterias lactosa positiva de 95% a 53,5% en el año 2007 y por último en el caso de microorganismos indicadores de falta de higiene, como el recuento de *Escherichia coli*, de 81,1% en el año 2006 al 66,7% en el 2007. En ningún caso se aislaron microorganismos patógenos.

Conclusiones: La aplicación de un plan de mejora por parte del Servicio de Medicina Preventiva en la elaboración de las comidas no sometidas a tratamiento térmico, en su mayoría ensaladas, consigue una disminución importante del porcentaje de muestras no aptas, aunque no lo suficiente, por lo que se hace necesario revisar los métodos de vigilancia en los puntos críticos de control.

P-248. ESTUDIO DE VIABILIDAD DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA CON INDICADORES DE LESIONES POR ACCIDENTES DE TRÁFICO

M. Seguí Gómez, J. Ferreiro, C. Pérez, P. Lardelli, et al

European Center for Injury Prevention Universidad de Navarra; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada; Agencia de Salud Pública, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La investigación de la viabilidad de un sistema de vigilancia epidemiológico que usando fuentes policiales y sanitarias permitiese el cálculo de los indicadores más relevantes para monitorizar la magnitud, características y tendencias de las lesiones por AT en España.

Métodos: Revisión de literatura científica que generó más de 300 indicadores que contribuyen a informar acerca de la carga que los AT tienen sobre la salud de la población; creación de algoritmos informáticos para la gestión y análisis de datos; y la creación de una plataforma web para hacer los datos accesibles.

Resultados: La riqueza del sistema ofrece enormes posibilidades para la monitorización de la evolución del número y tipo de lesionados por AT. Se cifran todos los casos provenientes de las diferentes fuentes encontrándose inconsistencias y errores de los que se da parte en la sección de conclusiones. Se recogen 369.891 registros que datan 468.370 lesiones, de los cuales 23.610 registros y sus 45.521 lesiones corresponden a accidentes de tráfico.

Conclusiones: El sistema es viable dada la facilidad en la obtención de los datos y hay margen de mejora y propuesta de contenidos para mejorar la calidad de los mismos en las altas hospitalarias, con la cumplimentación del mecanismo lesional en todos los casos, de las urgencias ampliándolas a todo el estado, y logrando que los certificados de defunción conserven los diagnósticos específicos cuando lleguen a nivel central y tengan un campo obligatorio de fecha del accidente. Es un sistema de información que utiliza datos ya existentes, rico en detalles, seguro y práctico.

P-249. ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LAS AGRESIONES SEXUALES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA

J. Grau Cano, F. Céspedes, B. Martínez, T. Echevarría, D. Rodríguez, U. Farràs, J. Milla, M. Santiñá Vila, et al

Hospital Clínic, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Los servicios de urgencias de los hospitales son frecuentemente el primer contacto de atención de las mujeres

víctimas de agresiones sexuales. Los datos procedentes de los centros sanitarios son sólo la punta del iceberg de un problema sanitario de difícil cuantificación. El Hospital Clínic de Barcelona es el hospital de referencia para las agresiones sexuales en la ciudad de Barcelona. A través de la comisión de violencia intrafamiliar y de género se han elaborado protocolos asistenciales y de actuación que se recogen en la "guía clínica de atención de las agresiones sexuales". El objetivo del trabajo es presentar la incidencia y la evolución de la atención de las agresiones sexuales en el Hospital Clínic de Barcelona.

Métodos: Análisis epidemiológico descriptivo de las diferentes variables incluidas en las hojas de registro de agresión sexual de las personas atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona entre los años 2005 y 2007. Se han analizado las variables: fecha agresión, edad, sexo, relación con agresor, presencia de alcohol-drogas, lugar de la agresión, ingreso hospitalario, turista, discapacitado y tipo de agresión.

Resultados: Desde el 2005 se observa un incremento paulatino de las urgencias por agresión sexual. El 50%, aproximadamente, se concentran entre los 16 y los 25 años. Durante el 2007, el 56% los agresores son desconocidos. En un 12% participan más de una persona. Las agresiones intrafamiliares representan el 6,8% con un paulatino decremento en los últimos años. El 24% de los agredidos presentaba niveles de alcohol-drogas. El lugar más frecuente de la agresión es el domicilio seguido de la vía pública. Por meses, mayo y diciembre son los que acumulan más agresiones sin observarse ninguna tendencia temporal. Las agresiones a hombres representaron un 5,8%. El 3,7% se produjeron en menores y el 4,8% en personas discapacitadas. Un 1% de los casos acaban ingresando en el hospital.

Conclusiones: El análisis y evolución de las agresiones sexuales atendidas en nuestro medio constituyen una importante fuente de información del programa. El incremento y complejidad de las agresiones sexuales conllevan a dar prioridad a mejoras en el proceso de recepción y atención de los agredidos. Cabe destacar, la creación de nuevos protocolos (ej. programa de prevención y tratamiento de las secuelas psíquicas en mujeres víctimas de una agresión sexual) y la constante actualización de los ya existentes.

P-250. ESTUDIO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS CABINAS DE BRONCEADO ARTIFICIAL CON RADIACIONES ULTRAVIOLETAS RECOGIDOS EN LA LEGISLACIÓN ESTATAL Y AUTONÓMICA

J. Vázquez Panal, et al

Unidad de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda. Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La asociación causal entre el empleo de instalaciones de bronceado artificial y el riesgo de melanoma y de carcinoma de células escamosas es elevada según numerosos estudios, especialmente por debajo de 30 años para el primero y de 20 para el segundo. Otros daños producidos afectan a los ojos (cataratas, carcinoma...), al sistema inmune, etc. (Exposure to UV Radiation Skin Cancer, IARC 2006). Según algunos estudios entre los 20 y 30 años están los mayores usuarios (25%), disminuyendo al aumentar la edad hasta llegar a un 8% entre 51 y 60 años. Por lo tanto el grupo de edad más consumidor es el de mayor riesgo de melanoma. Resulta interesante saber, y este es el objetivo del trabajo, en qué medida las CCAA y la administración Estatal abordan en sus normativas tanto medidas de prevención como de protección de la salud.

Métodos: Se procede a estudiar la Normativa Estatal (RD 1002/2002), y la de las CCAA de Madrid (Decreto 10/2007) y de Aragón (Decreto 95/2007), así como diversas normas técnicas y documentos que recogen aspectos sobre mantenimiento, vigilancia y control en el uso de cabinas UVA. Se procede a estudiar en la normativa el cumplimiento de 12 puntos relacionados con la prevención y la protección de la

salud. Especial interés tiene comprobar si se recoge algún registro obligatorio y de permanencia en los centros de bronceado para saber edades y tiempos de exposición (a diferencia de la ficha individual que se la lleva el usuario).

Resultados: Es de destacar que no se recoge de forma explícita en ninguna de las tres normativas los siguientes aspectos: 1. Requisitos de marcado de los elementos de protección 2. Libro registro o fichas personalizadas de los clientes que permanezcan en el local 3. Diversos aspectos a incluir en las instrucciones de empleo. En el caso de Aragón no se recoge un mecanismo de comunicación directa entre los organismos de revisión autorizados y la autoridad competente de Salud Pública sino que media la administración competente de industria. Especial interés para poder cuantificar el riesgo tiene el punto 2.

Conclusiones: La mayor parte de los puntos se cumplen con claridad en las dos CCAA estudiadas, sin embargo, hay aspectos importantes de prevención y protección de la Salud que no han sido recogidos. Por otro lado hay CCAA que aún no han desarrollado su normativa, y por lo tanto, que no tienen regulado puntos tan importantes como la formación, los organismos de revisión o la relación de estos con la Autoridad Sanitaria Competente.

P-251. HEMOVIGILANCIA Y SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN HOSPITALES Y CENTROS DE TRANSFUSIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

M.A. Irastorza Aldasoro, J. García Rotllán, J. Limón Mora, et al

Servicio Andaluz de Salud, Servicio de Protocolos Asistenciales.

Antecedentes/Objetivos: Por Resolución de agosto de 2003 de la Dirección-Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, se constituye y pone en funcionamiento el Sistema de Hemovigilancia en los distintos Centros del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.). La finalidad del sistema de hemovigilancia es prevenir las complicaciones y reacciones adversas relacionadas con la donación, preparación de componentes sanguíneos y transfusión de los mismos, con objetivos de evaluación de procedimientos, orientación de la formación y seguridad transfusional.

Métodos: Para la implantación del sistema se contó con una Comisión Asesora para la elaboración de recomendaciones y la colaboración de Sociedades Científicas y profesionales expertos de los distintos centros. La resolución regula los siguientes aspectos: - Finalidad y objetivos, - Actividades, - Recogida y transmisión de información, - Niveles organizativos y funcionamiento, - Proceso de sospecha-confirmación y plazos de notificación, - Tratamiento de información de carácter personal, - Modelos de recogida de incidentes.

Resultados: El Sistema de Hemovigilancia del S.A.S. viene funcionando desde finales del 2003. Durante el año 2007, se notificaron 33 incidentes graves al Sistema de Hemovigilancia (19 reacciones graves tras transfusión, 6 incidentes graves en el momento de la donación, 7 seroconversiones y un incidente en la distribución de componentes sanguíneos). También se analizan los distintos tipos de reacciones leves, de las que se han recogido 387, correspondientes a 26 hospitales notificantes. La suma de incidentes graves y leves notificados, suponen una tasa de 1,2 reacciones por cada 1.000 componentes transfundidos (cifra estable o similar en los tres últimos años). Cada año se evalúa el nivel de notificación de casos y su distribución provincial, hospitalaria, según tipo de reacción, temporal, etc. Tras cuatro años de recogida de información se han calculado las tasas acumuladas (2004-2007) de incidencia de los distintos tipos de reacciones adversas graves.

Conclusiones: En los últimos meses se han priorizado en la Comisión Asesora y encuentro de profesionales, cinco líneas de trabajo a desarrollar: - Definición de estrategias de sensibilización para la notificación de reacciones adversas. - Revisión, adaptación y difusión

de las fichas de recogida de incidentes. - Revisión de estándares nacionales e internacionales sobre incidencia de eventos adversos, que permitan unas comparaciones básicas. - Estudio de opciones de mejora en la identificación inequívoca de pacientes, muestras y componentes sanguíneos a transfundir. - Elaboración de recomendaciones para el seguimiento y estudio de seroconversiones y otros riesgos de transmisión.

P-252. TENDENCIAS DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EVITABLE EN LA REGIÓN DE MURCIA, AÑOS 1975-2006

D. Salmerón, E. Madrigal, C. Martínez, Ll. Cirera, et al

Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Región de Murcia. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Antecedentes/Objetivos: El Instituto Nacional de Estadística (INE) dispone de treinta y dos años de datos informatizados de defunción lo que supone un periodo de 32 años. Recientemente se publicado en España la lista Gispert de causas y edades prematuras de muerte evitable. El objetivo fue cuantificar y evaluar las tendencias temporales regionales de la mortalidad evitable en Murcia, según sexo y periodos cuatrienales, de 1975 a 2006.

Métodos: Se utiliza la lista Gispert de causas de muerte evitable con el añadido del cáncer colorrectal. Se establecen las correspondencias entre la 8ª, 9ª y 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se calculan las Razones Comparativas de Mortalidad (RCM) utilizando como estándar de referencia la población regional 1975-2006. Se compara la evolución de la RCM por causa en cada cuatrienio respecto al primero.

Resultados: Para la mayoría de las causas seleccionadas, la mortalidad respecto al primer cuatrienio disminuye en ambos sexos. Descensos importantes aparecen para tuberculosis, siendo la RCM 5% en hombres y 13% en mujeres, enfermedad de Hodgkin (12 y 41%), neumonías (19 y 9,6%), enfermedades cerebrovasculares (29 y 22%), perinatal (30 y 33%), leucemia (35 y 41%), accidentes de tráfico (47 y 44%) y enfermedad isquémica del corazón (56 y 45%). Por otro lado, el descenso de la mortalidad es prácticamente nulo para cáncer de cérvix (RCM 93%), hipertensión (95,6 y 94,6%) y cáncer de mama femenino (99,6%).

Conclusiones: Es paradójica la disminución de las principales enfermedades cardiovasculares en las que la HTA es un importante factor de riesgo, con el estancamiento de la mortalidad por enfermedad hipertensiva. Se recomienda intensificar los programas de diagnóstico de la HTA en la Atención Primaria de Salud, y de la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix en la mujer.

Financiación. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

P-253. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN POBLACIÓN GENERAL Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DECLARADAS

O. Monteagudo Piqueras, L. Hernando Arizaleta, J.A. Palomar Rodríguez, et al

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria Consejería Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: La Encuesta de Salud de la Región de Murcia 2007, incluyó un instrumento para valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de la Región, el cuestionario de salud SF-12v2. El objeto de este trabajo es describir la CVRS, perfil de salud (PS) e índices resumen, en función de la presencia o no de enfermedad crónica (EC) declarada según sexo.

Métodos: El SF-12v2 es un cuestionario genérico, que proporciona un PS de la población de estudio (a través de 8 dimensiones: Función física "FF", Rol Físico "RF", Dolor Corporal "DC", Salud General "SG", Vitalidad "VT", Función Social "FS", Rol Emocional "RE", Salud Mental "SM"), y 2 medidas resumen (Índice de Salud Físico "ISF", Índice de Salud Mental "ISM"). Se administró vía telefónica. Las EC consideradas fueron: hipertensión arterial, diabetes mellitus, "asma, bronquitis crónica y enfisema", enfermedad del corazón, alergia, depresión, "artritis y problemas reumáticos", tumor maligno, del aparato digestivo, del aparato urinario y genital, "osteopatías, condropatías y deformidades adquiridas musculoesqueléticas", otras mentales, otras pulmonares, otorrinolaringología, endocrino-metabólicas, vasculares, neurológicas, renales, hematológicas, oculares, dermatológicas, colesterol y dorsopatías. Los valores centrales de CVRS se analizaron en función del sexo y de la presencia de EC. Para el PS se utilizaron test no paramétrico (U de Mann Whitney) y para los índices resumen test paramétricos (t de Student). El análisis se hizo con el paquete estadístico SPSSv12.

Resultados: De los 3.381 ciudadanos que accedieron a participar, el 61,0% declaró tener al menos una de las EC descritas anteriormente. La población sana tenía una media de edad de 35 años, y una proporción de hombres del 54,0%; la población con EC tenía 51 años de media y un 48,3% de hombres. La significación estadística del PS e índices resumen entre hombres y mujeres de la población sana fue, FF = 0,907; RF = 0,092; DC = 0,513; SG = 0,014; VT = 0,000; FS = 0,061; RE = 0,206; SM = 0,003; ISF = 0,619; ISM = 0,006. La significación estadística del PS e índices resumen entre hombres y mujeres de la población con EC fue, FF = 0,000; RF = 0,000; DC = 0,000; SG = 0,000; VT = 0,000; FS = 0,000; RE = 0,000; SM = 0,000; ISF = 0,000; ISM = 0,000.

Conclusiones: Las mujeres a pesar de no declarar EC, tienen peor ISM que los hombres. En presencia de EC, la mujer refiere peor CVRS, en todos los aspectos relacionados con ésta, que el hombre. Consideramos estos hallazgos interesantes para su estudio.

P-254. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS EN 13 PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA

O. Monteagudo Piqueras, L. Hernando Arizaleta, J.A. Palomar Rodríguez, et al

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria Consejería Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: Con la Europa de los 15 países, empezó a medirse la percepción del estado de salud (categorizada en Muy bueno, Bueno, Regular, Malo y Muy Malo) a través del Panel de Hogares de la Unión Europea (POGHE) y más recientemente con la EU-Silc. A continuación analizamos la consistencia de la respuesta del Estado de Salud en diferentes países de la Unión Europea (UE).

Métodos: La información de análisis procede de dos fuentes de información, del Panel de Hogares de la Unión Europea (POGHE) y de la encuesta que ha venido a sustituirla desde el 2004, la EU-SILC (The European Union Statistics on Income and Living Conditions), disponibles en Eurostat. Se analiza la respuesta porcentual de la percepción del Estado de Salud en una serie que incluye de datos que incluye los años del 1996 al 2001 y el 2004 en 13 países de la UE: Bélgica, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Francia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Austria, Portugal, Finlandia, Reino Unido.

Resultados: Los porcentajes de respuesta para todos los estados de salud son consistentes excepto para el Reino Unido que presenta fluctuaciones. Varios países experimentan un repunte o un descenso porcentual en el año 2004. Para toda la serie, en orden de frecuencia, Grecia, Irlanda y Dinamarca, mantienen porcentajes de respuesta

superiores al 40% para todos los años, en el estado de salud "Muy Bueno". En el estado de salud "Bueno", Países Bajos, Alemania, Bélgica, España, Francia e Italia mantienen porcentajes de respuesta superiores al 40% para todos los años. En ningún caso, los porcentajes de respuesta para el resto de estados superan el 40%. Si sumamos los tres estados restantes (Regular, malo/muy malo), Portugal, de manera constante supera el 50%, Francia, Italia y Alemania, en 5 o 6 años de los 7 estudiados superan el 40%.

Conclusiones: El cambio de metodología en la encuesta europea ha supuesto un cambio en los resultados de la percepción de salud. Aunque la percepción del estado de salud es consistente en el transcurso del periodo, es llamativa la diferencia entre estados.

PÓSTERES XIX

Jueves, 5 de marzo de 2009. 9:00 a 10:30 h

Problemas de salud: morbilidad e impacto

P-255. INCAPACIDAD TEMPORAL Y COSTES INDIRECTOS DEL DOLOR CRÓNICO ATENDIDO EN UN CENTRO DE SALUD, REGIÓN DE MURCIA

J. Giménez Arnau, R. Herrero Delicado, O. Monteagudo Piqueras, A. Serrano Navarro, M.J. Martínez Ros, T. Fernández Aparicio, J.J. Herranz Valera, S. Sánchez Bautista, J. Cava Iniesta, et al

Dirección General Asistencia Sanitaria Servicio Murciano Salud; Dirección General Planificación, Financiación Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: En la última Encuesta Nacional de Salud (ENS 2006), se observa cómo el dolor crónico de espalda y lumbar, tanto a nivel nacional como regional son dos de las patologías más prevalentes. Según la ENS, en el área de salud de la Vega del Segura de Murcia, el dolor cervical es de un 25,1% (superior a la regional "23,1%" y nacional "23,5%") y de un 20,3% (inferior a la regional "25,5%" y nacional "23,8%") para el lumbar. Dada la prevalencia de este problema, el presente estudio tiene como objeto verificar el grado de incapacidad temporal (IT) de esta dolencia, según edad y sexo, en un Equipo de Atención Primaria área de salud-Vega del Segura con una cobertura poblacional de 27.491 adultos, sobre una población total de 32.648.

Métodos: La población de estudio la constituyen los ciudadanos que disponen de Tarjeta de Identificación Sanitaria, adscritos a un centro público sanitario asistencial, diagnosticados de dolor cervical y/o dorsal y/o lumbar, por su médico de familia durante los años 2004-2006 y que sufrieron una IT en el 2006. Como fuente de información se utilizó la historia clínica informática de Atención Primaria (OMI-AP). Los códigos seleccionados de la CIAP-2 fueron: L01 (dolor atribuido a la columna/musculatura cervical), L02 (dolor de espalda no especificado), L03 (dolor lumbar/sacroilíaco, coccigodinia, lumbago, lumbalgia) y L86 (síndromes lumbares/torácicos con irradiación del dolor- degeneración/prolapso de disco lumbar, ciática). En la elección del centro sanitario se tuvo en cuenta, el tiempo de implantación de OMI-AP, la baja rotación de personal, la condición de centro docente e investigador, lo que garantizaba la calidad de registro de la información. Se realizó un análisis estratificado por edad y sexo de las ITs. El test estadístico empleado fue la prueba T para igualdad de medias con el paquete estadístico SPSSv12.

Resultados: Durante el periodo 2004-2006, 4.124 asegurados recibieron un diagnóstico médico relacionado con el dolor cervical o lumbar. De éstas personas, 367 (9%) estuvieron de baja laboral en el

año 2006, lo que supuso un total de 24.425 días de IT, lo que supuso unos costes indirectos estimados de 732.750 € (30 €/día para el 2006). Del total de ITs el 48,2% eran mujeres con una media de edad 37 años (DE = 10,3), y de 38 años (DE = 11,5) para los hombres. La media de días de IT para las mujeres fue de 79,2 días (IC 95% = 61,1-97,4). La media de días de IT para los hombres fue de 53,5 días (IC 95% = 40,3-66,6). Entre ambas medias se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,024$).

Conclusiones: El dolor crónico aparte de ser prevalente, genera una importante IT, lo que lleva implícito una serie de costes indirectos. La IT aunque afecta en proporciones similares a hombres y mujeres, genera más días de baja laboral en las mujeres.

P-256. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA LEVE Y MODERADA EN POBLACIÓN ADULTA DE UN ÁREA RURAL DE ANDALUCÍA

R.M. Yang Lai, I. Martín-Garrido, C. de la Horra, R. Morilla, R. Terán, S. Gutiérrez-Rivero, M. Estévez-García, M. Domínguez-Castillo, E. Calderón, et al

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital U. Puerto Real, Cádiz; CIBERESP, Hospital U. Virgen del Rocío, Sevilla; UGC Utrera Sur, Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Aunque es conocida la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) terminal en España, se desconoce la frecuencia de ERC leve y moderada en la población general. El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de ERC leve y moderada en población adulta en un área rural de Andalucía.

Métodos: Diseño: Estudio transversal de base poblacional. Emplazamiento: El Coronil (Sevilla), actividad principal agrícola, con estabilidad demográfica y 5.045 habitantes. Criterios de inclusión: sujetos mayores de 18 años que según la Base de Datos del Usuario del Servicio Andaluz de Salud es de 4006 personas. El tamaño muestral estimado (nivel de confianza 95%, error muestral 5%, prevalencia esperada 10%) fue de 134 habitantes, obtenido con arranque aleatorio y muestreo sistemático y estratificada por edad y sexo. Los sujetos se citaron mediante carta con recordatorio telefónico. Se solicitó consentimiento informado por escrito. Variables: los datos de las diferentes variables se obtuvieron a partir de una valoración clínico-epidemiológica (edad, sexo, antecedentes de hipertensión arterial o diabetes mellitus, peso, talla), analítica (creatinina plasmática) o ambas (aclaramiento de creatinina (ACr) calculado con la ecuación abreviada del estudio Modification of Diet in Renal Disease).

Resultados: Tasa de participación: 90,16%. Prevalencia: 1) Función renal (FR): Normal (ACr \geq 90 ml/min/1,73 m²): 52,03%; < 65 años (a): 65,56%; \geq 65 a: 15,15%. ERC Leve (ACr 60-89): 30,08%; < 65 a: 17,78%; \geq 65 a: 60%. ERC Moderada (ACr 30-59): 5,69%; < 65 a: 2,17%; \geq 65 a: 15,15%. ERC Severa (ACr < 30): 0,81%. \geq 65 a: 3,03%. Conocimiento del sujeto de su ER: 4,07%. 2) Hipertensión arterial (HTA): 27,64%; < 65 a: 16,66%; \geq 65 a: 57,57% (40% h, 72,22% m). 3) Diabetes mellitus 9,76% población; < 65 años: 6,66%, \geq 65 a: 18,18%. 4) En sujetos con FR normal, la frecuencia de HTA fue de 18,75%, con ERC leve 51,35% y en ERC moderada 62,5%. El ACr medio en sujetos con HTA fue inferior al observado en aquéllos sin HTA (84,56 \pm 22,43 vs. 96,96 \pm 84,53, $p = 0,004$).

Conclusiones: En nuestro medio se observa una prevalencia de ERC inferior a la comunicada en la literatura, principalmente en población de más de 65 años. La detección precoz en Atención Primaria es necesaria para mejorar el pronóstico de la ERC a través de intervenciones específicas, minimizar el riesgo de nefrotoxicidad medicamentosa y optimizar la dosificación de aquellos fármacos cuya biodisponibilidad se afecta por la función renal.

P-257. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACION ADULTA DE UN AREA RURAL DE ANDALUCIA

R.M. Yang Lai, R. Terán, E. Sánchez-Cantalejo, I. Martín-Garrido, S. Gutiérrez-Rivero, L. Rivero, J.R. García-Favero, J.M. Varela, F.J. Medrano, et al

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. H.U. Puerto Real, Cádiz; CIBERESP, H.U. Virgen del Rocío, Sevilla; Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; UGC Utrera Sur, Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de mortalidad en España, siendo su historia natural modificable a través del control de los distintos factores de riesgo cardiovascular (FRCV). La información disponible en nuestro entorno sobre estos factores es escasa, y no incluye datos en zonas rurales. El objetivo del presente estudio fue describir la prevalencia de los FRCV en un área rural andaluza.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de base poblacional. Emplazamiento: El Coronil (Sevilla), actividad principal agrícola, estabilidad demográfica, 5.045 habitantes. Criterios de inclusión: sujetos mayores de 18 años (4006 personas según la Base de Datos del Usuario del Servicio Andaluz de Salud). El tamaño muestral estimado (nivel de confianza 95%, error muestral 5%, prevalencia esperada 10%) fue 134 habitantes, obtenido con arranque aleatorio, muestreo sistemático y estratificado por edad y sexo. Los sujetos se citaron mediante carta con recordatorio telefónico. Se solicitó consentimiento informado por escrito. Variables obtenidas mediante una valoración clínico-epidemiológica estandarizada: edad, sexo, tabaquismo, antecedentes de hipertensión arterial (HTA) o diabetes mellitus (DM), peso, talla, y perfil lipídico.

Resultados: Tasa de participación: 90,16%. La prevalencia de HTA es del 27,64%; en sujetos ≥ 65 años (a) llega a 57,57% (40% en hombres (h), 72,22% en mujeres (m)). Obesidad (IMC > 30): 44,26%, 44,26% en h y 33,87% en m; destaca en ≥ 65 a una prevalencia de 48,48%, con 60% en h y 38,89% en m. Tabaquismo: 36,59% (54,1% en h y 19,35% m); los sujetos < 65 a tienen una prevalencia del 41,11% (54,35% h vs 27,27% m), mientras que ≥ 65 a es de 24,24% (53,33% h vs 0% m). Dislipemia: a) Hipercolesterolemia: 7,32% (9,84% h vs 4,84% m). < 65 a: 5,56%; ≥ 65 a: 12,12% (20% vs 5,56% m). b) Hipertrigliceridemia: 8,13% (9,84% h vs 6,45% m). < 65 a: 7,78%; ≥ 65 a: 9,09% (13,33% h vs 5,56% m). DM: 9,76%; los sujetos < 65 a tienen una prevalencia de 6,66% (8,69% h vs 4,5% m) y ≥ 65 a, 18,18% (13,33% h vs 22,22% m).

Conclusiones: En el presente estudio se objetiva una prevalencia de HTA y obesidad superior a la comunicada en Andalucía, principalmente en población de más de 65 años. Sería deseable la realización de estudios adicionales para contrastar si existen diferencias en riesgo vascular entre zonas rurales y urbanas y permitir una mejor identificación de poblaciones de alto riesgo susceptibles de medidas más activas de intervención.

P-258. ANÁLISIS DE LAS ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS "BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA E INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD" EN PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA

L. Lendínez Roballo, D. Macarro Merino, A. Villaseca Molina, M. Hacar Valls, et al

Hospital Universitario Reina Sofía.

Antecedentes/Objetivos: La Obesidad está determinada por un porcentaje de grasa corporal anormalmente elevado, resultado de un balance positivo entre las calorías ingeridas y la energía consumida. El indicador más utilizado para su determinación es el Índice de Masa Corporal (IMC) y cuando es igual o superior a 40 se considera Obesidad Mórbida. El objetivo es valorar y analizar la incidencia de los

diagnósticos "Baja Autoestima Crónica e Intolerancia a la Actividad" en pacientes ingresados para cirugía bariátrica.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo y retrospectivo que recoge 148 casos, en el periodo comprendido entre octubre 2005 y abril 2008. En el estudio se revisaron valoraciones iniciales, resúmenes de cuidados e informes de continuidad de cuidados de los pacientes a los que se les ha aplicado un plan de cuidados individualizado, donde se recogen las etiquetas diagnósticas "Baja Autoestima Crónica e Intolerancia a la Actividad".

Resultados: Del total de pacientes estudiados, corresponde el 76,35% a mujeres y el 23,65% a hombres. Presentan "Baja Autoestima Crónica" el 49,32%; de los cuales el 83,56% son mujeres y el 16,44% son hombres. En cuanto a la "Intolerancia a la Actividad", aparece en el 69,59% de los casos, de los cuales el 79,61% son mujeres y el 20,39% son hombres. En cuanto a la distribución por edades, la edad media de los pacientes es de 49,86 años, siendo la media en las mujeres de 46,76 años y en los hombres de 37,85 años, dentro de un rango de 20-59 años.

Conclusiones: El estudio nos ha permitido identificar una mayor incidencia de ambas etiquetas diagnósticas en mujeres de entre 46-47 años de edad media. Por lo que se evidencia de manera significativa, la dificultad que presentan estas pacientes para la realización de sus actividades de la vida diaria, así como la pérdida de su valía personal y capacidades de desarrollo. Por lo tanto es de suma importancia, incidir en la prevención de la "Obesidad Mórbida" a través de la educación nutricional a toda la población, comenzando desde la edad escolar para la adquisición de hábitos saludables.

P-259. INCIDENCIA Y MORTALIDAD HOSPITALARIA POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. CATALUÑA 2003-2007

M. Cleries, E. Vela, M. Bustins, et al

División de Gestión de Registros de actividad. Servicio Catalán de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: Estudios recientes ponen de manifiesto que la incidencia y mortalidad por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) está aumentando. Los objetivos son estudiar la incidencia de NAC en Cataluña, ver su evolución, analizar posibles diferencias según edad, sexo y distribución en territorio y determinar los factores que influyen en la mortalidad hospitalaria.

Métodos: Se han seleccionado los ingresos en hospitales de agudos de la red de asistencia pública (XHUP) con diagnóstico principal de NAC, durante el periodo 2003-2007. Fuente: Registro del CMBD. Se ha utilizado la t-Student para la comparación de medias, la Regresión de Poisson para ajustar las tasas territoriales según edad y sexo, y la Regresión logística para el análisis de mortalidad.

Resultados: Se han analizado 76.676 ingresos hospitalarios por NAC. Las tasas anuales de hospitalización por NAC oscilan entre 230 del año 2006 y los 261 del 2007 (ingresos por 100.000 habitantes). En el 61% de los casos eran hombres, la edad media de los ingresados fue de $70,9 \pm 22,1$ las mujeres eran mayores que los hombres ($73,1 \pm 22,1$ vs $69,6 \pm 21,9$, $p < 0,0001$). La estancia media fue de $8,9 \pm 8,9$ días y la mediana de 7 días. Los hombres presentaban una mayor comorbilidad medida con el índice de Charlson ($1,78 \pm 1,9$ vs $1,29 \pm 1,6$, $p < 0,0001$). Se ha encontrado importantes diferencias en las tasa territoriales, la región metropolitana de Barcelona, excepto la misma ciudad, es la que tiene las tasas más elevadas (superiores a 300) y la regiones sanitarias de Lleida i Terres de l'Ebre son las que tienen más bajas (172 ingresos por 100.000 habitantes). Los factores de riesgo de morir que se mostraron más relevantes fueron el grupo de edad, el sexo (12% superior en las mujeres), la comorbilidad (OR 1,18), el número de órganos afectados por una disfunción aguda durante la hospitalización (OR 1,46), la gravedad de la insuficiencia respiratoria

(OR de 7,85 para los pacientes que necesitaron ventilación mecánica), sepsis (OR 1,85), las infecciones micóticas (OR 2,06) y las originadas por pseudomonas (OR 1,41). Se observa una disminución de la mortalidad a lo largo del período de estudio (30% inferior el año 2007 respecto del 2003).

Conclusiones: No se observa en el período estudiado ninguna tendencia remarkable en la incidencia de NAC. Se ha encontrado un mayor predominio de los hombres y en edades avanzadas. Se han observado diferencias en las tasas territoriales que podrían responder, en parte, a diferencias en la práctica clínica. La mortalidad hospitalaria, que ha ido disminuyendo en los últimos años, se incrementa con la edad, la comorbilidad y las complicaciones propias de la enfermedad y es ligeramente mayor en las mujeres.

P-260. RESPUESTA AL TRATAMIENTO NUTRICIO EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

C. Vera, R. Lozano, et al

Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la respuesta al tratamiento nutricional en pacientes con trastornos mentales que presentan sobrepeso u obesidad.

Métodos: Se realizó un estudio pseudo-experimental, retrospectivo, longitudinal, comparativo, con una muestra de 196 pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría, durante un periodo de 8 meses. Se excluyeron los pacientes que presentaron cualquier grado de desnutrición, y pacientes que no contaban con evaluación nutricional de egreso.

Resultados: El 22,5% de la población estudiada es del sexo masculino y existe poca prevalencia de menores de 20 años. La cantidad de peso general que modifican el 52,6% de los pacientes en su estancia en el hospital corresponde el aumento de hasta 4 kg. En la cuantificación de los cambios en el peso se encontró diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo y cuanto mide la circunferencia de cintura. Cabe resaltar que en los pacientes con menú hipocalórico con más de 24 días sólo hay disminuciones. Es importante poner especial atención no sólo al tratamiento del sobrepeso u obesidad, sino también a la prevención ya que más de 6 de cada 10 pacientes suben de peso en la institución en especial personas con IMC normal y circunferencias fuera de riesgos tienden a aumentarla. Lo anterior puede tener una explicación en la alimentación general que reciben por parte del instituto, ya que esta es de aproximadamente de 2.233 kcal/día totales. Y mientras menor sea el peso también su gasto energético es menor y mayor es la diferencia por lo tanto es mayor la probabilidad a subir de peso y/o circunferencia de cintura, ya que al servir los alimentos no hay diferencia por el tamaño de las personas. En donde sí existen diferencias es en los pacientes que presentan sobrepeso u obesidad en la evaluación nutricional, por las sugerencias que se le informan al médico sobre, que pacientes necesitan dietas bajas en grasa, altas en frutas y verduras o fibra y con esto se modifican sus charolas de alimentos, y se vigila lo más posible lo balanceado de los menús diariamente.

Conclusiones: La respuesta al tratamiento nutricional para el sobrepeso y la obesidad, resultado satisfactorio en lo que concierne a la reducción de peso en la mayoría de los casos pero sobre todo en lo que concierne a la reducción de la circunferencia de cintura, esta última más sensible que cualquier otro índice por lo antes citado y con más relevancia con el estado de salud. Es importante canalizar a los pacientes que lo necesiten lo antes posible a su ingreso, para que se les calcule un menú hipocalórico y que lo conserve el mayor tiempo posible para ver resultados satisfactorios y con esto ayudar o mejorar la salud y la calidad de vida en esta población.

P-261. QUÉ SABEMOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA FIBROMIALGIA

J.C. Restrepo-Medrano, E. Ronda-Pérez, C. Vives-Cases, D. Gil González, et al

Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Observatorio de Políticas Públicas y Salud de España.

Antecedentes/Objetivos: La fibromialgia se ha relacionado con diferentes factores de riesgo de naturaleza muy diversa. El objetivo de este trabajo es describir las principales características de los artículos publicados en revistas científicas entre los años 1992 y 2007 que aborden el análisis de los factores etiológicos asociados a esta patología.

Métodos: Estudio bibliométrico de artículos científicos sobre esta asociación, utilizando las bases de datos de ciencias de la salud y sociales: Medline, CINAHL, Web of Science, Lilacs, Sociological Abstracts, Cuiden, EMBASE, PsycInfo e ISI Web of Knowledge.

Resultados: Se ha obtenido en el período de estudio 21 artículos, distribuidos así: 7 (33,3%) revisiones teóricas, 6 (28,5%) estudios transversales, 4 (19,0%) estudios de cohortes, 2 (9,5%) estudios de casos y controles y 1 (4,7%) revisión sistemática. De éstos, 7 (33,3%) consideraban como factor de riesgo el estrés, 3 (14,3%) la hepatitis C, 4 (19,0%) antecedente traumático, 3 (14,3%) la ocupación y en 4 (19,0%) se asoció la aparición a otros factores como los implantes de silicona, el tabaco, los factores sociodemográficos y factores hormonales. El período temporal más productivo fue 2000-2004. Se observa una gran dispersión temática en las revistas de publicación.

Conclusiones: La evidencia empírica existente en torno a los factores de riesgo de la fibromialgia es todavía escasa y dispersa. Estudios futuros deberían centrarse en generar más conocimiento sobre los factores de riesgo estudiados, para así poder contribuir a mejorar la atención, diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia.

Financiación. Síndic de Greuges.

P-262. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y NIVELES DE REFERENCIA DE CONDICIÓN FÍSICA EN PERSONAS CON FIBROMIALGIA

A. Carbonell, V.A. Aparicio, M.C. Gatto-Cardia, I. Álvarez, D. Camilletti, P. Latorre, A. Robles, V.M. Soto, M. Delgado, et al

Grupo CTS-545, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Diseñar un protocolo de evaluación adaptado a enfermos de fibromialgia que permita medir parámetros de composición corporal, condición física y biomecánicos para obtener un perfil biológico de mujeres con fibromialgia.

Métodos: Se evaluaron 42 mujeres de edad media $51,36 \pm 6,08$ años; peso $73,15 \pm 14,16$ Kg y una talla de $158,00 \pm 4,87$ cm. El protocolo de evaluación constaba de valoración de puntos de dolor, variables de composición corporal (peso, talla, porcentaje grasa, masa muscular e índice de masa corporal -IMC-); cardio-respiratorias en reposo (frecuencia cardiaca, tensión arterial y espirometría), condición física (Chair Sit and Reach -CSR-, Back Scratch -BS-, chair stand, 8-foot up & go, 6 minute walking test (Rikli & Jones. JAPA, 1999; 7: 129-161), fuerza de prensión manual, equilibrio estático monopodal)) y biomecánicas (análisis de la locomoción mediante dinamometría y fotogrametría).

Resultados: Todas las pruebas del protocolo diseñado han tenido una viabilidad del 100% en cuanto a su posibilidad de realización por parte de las enfermas, excepto el equilibrio estático monopodal con

un 70,5%. Se obtuvo una media de $17,07 \pm 1,85$ puntos de dolor y el siguiente perfil de composición corporal: porcentaje graso ($39,43 \pm 7,48$), masa muscular ($23,65 \pm 2,81$ Kg) e IMC ($29,26 \pm 5,44$). Parámetros cardio-respiratorios en reposo: capacidad vital forzada volumen ($3,05 \pm 0,51$ l), espiratorio forzada en 1 segundo ($2,44 \pm 0,48$ l). Mostraron los siguientes valores de condición física: CSR derecha ($-7,48 \pm 14,86$ cm) CSR izquierda ($-7,15 \pm 14,46$), BS derecha ($-8,96 \pm 16,30$ cm), BS izquierda ($-13,29 \pm 18,30$ cm), fuerza mano dominante ($18,92 \pm 7,38$ Kg), fuerza mano no dominante ($18,31 \pm 6,41$ Kg), fuerza manual total ($35,54 \pm 14,58$ Kg), chair stand ($7,16 \pm 3,15$ repeticiones), 8-foot up & go ($8,01 \pm 2,1$ s), equilibrio estático monopodal derecha ($10,48 \pm 4,91$ fallos) e izquierda ($11,36 \pm 5,41$ fallos), 6 minute walking test ($446,56 \pm 87,08$ m). Respecto a las variables de marcha: frecuencia de paso ($148,67 \pm 14,98$ pasos/min) longitud de paso derecha ($63,46 \pm 8,73$ cm), longitud de paso izquierda ($62,88 \pm 8,57$ cm) y velocidad ($1,57 \pm 0,3$ m/s).

Conclusiones: El protocolo de evaluación está perfectamente adaptado a esta población y permite poder obtener un perfil de condición física general y locomoción, información necesaria para poder planificar un programa de intervención adaptado a sus circunstancias.

Financiación. Proyecto subvencionado por Instituto Andaluz del Deporte y AGRAFIM.

P-263. EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE FIBROMIALGIA EN ESPAÑA

A.B. Fernández-Revelles, P. Chillón, J.M. Martínez, F.J. Huertas, A. Robles, J. Dafos, R. Montejo, V.M. Soto, M. Delgado, et al

Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Actualmente para evaluar la investigación de un país, una institución, un autor, un tópico no se evalúa cuantos proyectos, dinero, etc. ha recibido, o invierte en ese tema sino la transferencia de resultados de investigación a modo de publicaciones, patentes, etc. Por este motivo el objetivo de nuestro trabajo es analizar la investigación sobre fibromialgia en España a través de su producción científica.

Métodos: Los datos obtenidos de la base de datos (BBDD) ISI Web of Science, de la que se puede extraer el índice más extendido para la evaluación de la producción científica el h-index (Ball P. Nature 2007;448:737). Se ha realizado introduciendo la palabra clave "fibromialgia" y truncando y acotando la búsqueda hasta el año 2007. Con las herramientas de la BBDD se han obtenido los datos de las distintas variables: núm. publicaciones totales, núm. de publicaciones/año, núm. citas, núm. citas por año, media de citas/ítem y h-index. Hemos acotado más la búsqueda para realizar una comparación entre Estados Unidos de América (USA) que lidera la investigación y España.

Resultados: El volumen de publicaciones encontrado es de 5.751, teniendo un gran incremento 100 publicaciones en 1990 a más de 400/año en los últimos 5 años, las citas también han sufrido ese incremento, de menos de 1000 citas/año en el 1993 a 10.000 citas/año en el 2007. El tipo de documentos encontrado se distribuye de así: 3.331 artículos, 1.185 resúmenes, 448 revisiones, 291 editoriales, y 80 de diferentes tipos. Estas 5.751 publicaciones han sido citadas en 83.869 veces, con una media de 14,58/ítem y teniendo un h-index de 106. La distribución de las publicaciones por países la encabeza EE.UU. 41,84%, Alemania 8,49%, Canadá 8,2%, y así bajando progresivamente hasta llegar a España 2,05% en el puesto número 13, y estando por debajo de países como Suiza con un 5,30%, Turquía 3,36% o Dinamarca con 2,80%. Estableciendo una comparación entre las publicaciones realizadas en EE.UU. y España encontramos que EE.UU. ha publicado 2.406 ítems, habiendo recibido 45.877 citas, teniendo más

de 150 publicaciones/año en los últimos 6 años, con una media de citas por publicación de 19,07, recibiendo más de 5.000 citas/año en el 2007, y un h-index de 94, mientras que España tiene 118 publicaciones, (habiendo llegado a más de 20 publicaciones/año en el 2006), citadas en 593 ocasiones (casi 100 citas recibidas en el 2007) con una media de 5,03 por ítem y un h-index de 13.

Conclusiones: Fibromialgia es un tópico de investigación biomédica con un gran crecimiento en los últimos años tanto en publicaciones como en las citas que reciben. España está aumentando su producción y hay que investigar más el tema para poder estar a la altura de los países de nuestro entorno en transferencia de resultados.

Financiación. Instituto Andaluz del Deporte y AGRAFIM.

P-264. GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS. ESTUDIO HOSPITALARIO MULTICÉNTRICO

M.V. Gutiérrez Gimeno, J.M. Martín Moreno, F. Asensi Botet, R. Bretón Martínez, S. Pons Morales, I. Vitoria Miñana, I. Oyagüez Martín, J. Díez Domingo, A. Sánchez Fauquier, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia; Centro Superior de Investigación en Salud Pública; Instituto de Salud Carlos III; Hospital La Fe; Hospital Dr. Peset; Hospital Lluís Alcanyís.

Antecedentes/Objetivos: Los norovirus son virus pertenecientes a la familia calicivirus llamados antiguamente virus Norwalk y son responsables frecuentemente de gastroenteritis pediátricas. El objetivo de este estudio ha sido el estimar la frecuencia de hospitalización por gastroenteritis (GEA) de origen comunitario debida a norovirus y la incidencia de GEA nosocomial por norovirus en la provincia de Valencia.

Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo, de corte transversal, con componente de seguimiento prospectivo y multicéntrico en 3 hospitales de la Comunidad Valenciana (H. La Fe, H. Dr. Peset, H. Lluís Alcanyís). La población de estudio incluyó aquellos niños con edades comprendidas entre 1-23 meses ingresados en las unidades de lactantes de los centros participantes durante el periodo de estudio (octubre-06 a marzo-07). Se realizó el seguimiento de la población desde el ingreso hasta las 48 h posteriores al alta. Se recogieron datos clínicos de todos los pacientes con síntomas de gastroenteritis aguda (GEA = al menos 1 deposición líquidas o 2 semilíquidas en un periodo de 24h), así como una muestra de heces para la determinación de norovirus mediante RT-PCR. Criterio de GEA nosocomial: inicio de la GEA tras 48 horas del ingreso hospitalario y hasta 48 horas después del alta.

Resultados: De un total de 1.576 ingresados en los hospitales participantes, se incluyeron en el estudio los 241 casos de gastroenteritis que ocurrieron, recogiendo muestra de heces de 216 (89,6%). Se detectó norovirus en 79 muestras suponiendo el 36,6% de los casos de GEA (79/216), siendo 59 (74,7%) de origen comunitario y 20 de origen nosocomial (25,3%) La prevalencia de GEA por norovirus fue de 5 casos por 100 pacientes ingresados, suponiendo la incidencia acumulada de GEA nosocomial por norovirus de 1,6 casos por 100 pacientes ingresados.

Conclusiones: Las GEAs por Norovirus suponen un elevado porcentaje de las diarreas en lactantes atendidas a nivel hospitalario en nuestro entorno y de diarrea nosocomial.

Financiación. Estudio financiado por la Conselleria de Sanidad de Valencia (ORDEN de 24 de febrero de 2006, de la Conselleria de Sanidad, por la que se convocan becas para proyectos de investigación en programas de salud, prevención y predicción de la enfermedad, para el año 2006. [2006/2775]. Número DOGV: 5216. Fecha DOGV: 10.03.2006) y con la colaboración de Sanofi Pasteur MSD.

PÓSTERES XX

Jueves, 5 de marzo de 2009. 17:45 a 19:15 h

Infancia y medioambiente

P-265. ASOCIACIÓN ENTRE EXPOSICIÓN A CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA URBANA DURANTE EL EMBARAZO Y PESO AL NACER EN LA COHORTE INMA-SABADELL

I. Aguilera, M. Guxens, R. García-Esteban, T. Corbella, M.J. Nieuwenhuijsen, J. Sunyer, et al

Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental, Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona; Servei de Salut, Ajuntament de Sabadell.

Antecedentes/Objetivos: La red española de investigación INMA (Infancia y Medio Ambiente) tiene como objetivo estudiar el impacto de la contaminación ambiental y la dieta en el desarrollo fetal y en la salud infantil. En el presente estudio evaluamos la relación entre exposición prenatal a contaminación atmosférica urbana y peso al nacer en la cohorte de Sabadell (n = 570).

Métodos: Entre 2005 y 2006 se midió NO₂ y BTEX (benceno, tolueno, etilbenceno, m,p-xileno y o-xileno) con captadores pasivos en 57 puntos de la ciudad. Mediante Sistemas de Información Geográfica se recogieron variables geográficas (usos del suelo, tráfico, topografía, etc.) y se elaboraron modelos de regresión para predecir los niveles de NO₂ y BTEX en el exterior de cada domicilio. Los modelos fueron ajustados por variación temporal usando los niveles diarios de NO₂ de una estación fija de la Red de Vigilancia. Mediante modelos de regresión lineal se evaluó la asociación entre exposición prenatal a contaminación atmosférica y peso al nacer. Los modelos se ajustaron por sexo, edad gestacional, paridad, consumo de tabaco, estacionalidad, peso y altura de la madre y altura del padre. Se repitió el análisis incluyendo variables de tiempo-actividad durante el embarazo.

Resultados: Se encontró una asociación inversa, aunque no estadísticamente significativa, entre el peso al nacer y exposición a BTEX, tanto para todo el periodo de embarazo como para el primer y segundo trimestre. Al restringir el análisis a aquellas mujeres que pasaron menos de 2 horas al día en ambientes exteriores (n = 259), la asociación entre contaminación atmosférica y peso al nacer fue estadísticamente significativa. Por cada incremento de 10 µg/m³ en la exposición a BTEX durante todo el embarazo se halló un descenso de -91 g (p < 0,05) en el peso al nacer. Al considerar la exposición durante el segundo trimestre de embarazo, el descenso en el peso al nacer fue de -35,6 (p = 0,07) para NO₂ y -102,3 g para BTEX (p < 0,05).

Conclusiones: Las variaciones geográficas en los niveles de contaminación atmosférica dentro de una misma ciudad tienen efectos adversos sobre el peso al nacer. La asociación hallada sólo entre las mujeres que pasaron menos de 2 horas al día en el exterior podría indicar que los niveles estimados para el exterior del domicilio no son representativos de la exposición en aquellas mujeres que pasan una cantidad elevada de tiempo en otros ambientes exteriores. El conocimiento de los patrones de tiempo-actividad puede ayudar a caracterizar mejor la exposición individual a contaminación atmosférica.

P-266. ESTUDIO POBLACIONAL DE MALFORMACIONES NEONATALES DEL APARATO GENITOURINARIO MASCULINO EN DIVERSAS ÁREAS DE ANDALUCÍA EN RELACIÓN CON EL USO DE PLAGUICIDAS

T. Parrón, R. Alarcón, M. Requena, J. Guillén, P. Marín, J. Serrano, A. Hernández, A. Pla, P. Laynez, et al

Consejería de Salud; Universidad de Almería; Hospital La Inmaculada; Delegación Salud Almería; Universidad de Granada; Empresa Pública Hospital del Poniente; Delegación Salud Málaga; Universidad de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: El criptorquidismo (testículos no descendidos) e hipospadias (fusión incompleta de los pliegues uretrales) son dos tipos de malformaciones neonatales del aparato genitourinario. Los resultados de un estudio ecológico realizados por investigadores de la Universidad de Almería, apuntaban a que la incidencia de criptorquidismo en España es más alta en áreas con mayor exposición a los pesticidas (Parrón, 2004). En un estudio realizado en la provincia de Granada, se estudió la frecuencia de criptorquidias, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la distribución geográfica de las tasas de incidencia, con una clara agrupación de criptorquidias en el sur a lo largo de la costa, en donde existen grandes extensiones cultivos de invernadero con una importante utilización de pesticidas. Los autores sugirieron una asociación entre la incidencia de la anomalía del tracto reproductivo masculino y este tipo de prácticas de cultivo (Olea, 1996).

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo de corte. Las patologías seleccionadas para el estudio incluyen criptorquidias e hipospadias, las cuales se han agrupado en una variable denominada anomalías congénitas genitourinarias masculinas. El periodo de estudio es el intervalo comprendido entre los años 1998-2005. Los casos se han recogido en el CMBDA (Conjunto mínimo básico de datos de Andalucía). Se han seleccionado 10 zonas de la geografía andaluza, clasificadas como Áreas de elevada utilización de plaguicidas (alta exposición) a los distritos Poniente almeriense, Costa granadina, Costa occidental onubense, Axarquía (Málaga), La Rinconada (Sevilla). En segundo lugar, Áreas de bajo utilización de plaguicidas (baja exposición): Las Lomas de Úbeda (Jaén), Levante almeriense, Almería Centro, Valle de los Pedroches (Córdoba), Jerez de la Frontera.

Resultados: Al analizar los distritos de alta exposición frente a los de baja, encontramos una OR para las anomalías congénitas genitourinarias masculinas de 1,4 (IC: 1,36-1,44) p < 0,01.

Conclusiones: Al comparar los distritos de alto nivel de exposición con respecto bajo nivel de exposición, obtenemos que existen diferencias estadísticamente significativas en patologías como criptorquidias e hipospadias. Estos datos, dado que se trata de un estudio ecológico son necesarios analizarlos de forma cautelara. Aunque, plantean la posibilidad de una interesante hipótesis a desarrollar en futuros estudios.

P-267. EXPOSICIÓN ESCOLAR A PLAGUICIDAS EN UN COLEGIO PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE GRANADA

D. Almagro Nievas, M.J. Velasco Rodríguez, M.C. del Moral Campaña, P. Guijosa Campos, M. Pelegrina, R. Acuña, A. Alonso Miranda, et al

Distrito Metropolitano de Granada. Sección de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: Los tratamientos de desinfección, desinfectación y desratización (DDD) aplicados en colegios pueden en ocasiones producir síntomas en las personas expuestas. Estas intoxicaciones ocurren generalmente cuando se utilizan plaguicidas sin seguir las recomendaciones de seguridad. El objetivo de este estudio es describir una alerta con sospecha de exposición ambiental a un plaguicida ocurrida en un Colegio Público el día 18 de abril de 2008.

Métodos: Se definió como enfermo a todo escolar expuesto con síntomas compatibles con exposición a plaguicidas según la encuesta del Servicio de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Las variables recogidas fueron antecedentes de patología respiratoria, clínica, pruebas complementarias realizadas y evolución. Además se estudiaron las siguientes variables ambientales: productos químicos utilizados, día y hora de aplicación, y tiempo transcurrido entre la aplicación y la entrada de los niños al colegio. Se realizó un estudio transversal 2 y t de descriptivo y analítico, utilizando los tests estadísticos de la Student.

Resultados: Hubo 14 niños afectados, todos de la misma clase. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal, cefalea, dis-

nea y vómitos. Tres escolares se derivaron a Urgencias del hospital de referencia, donde las pruebas complementarias fueron normales (gasometría arterial y radiografía de tórax), y la evolución favorable sin llegar a ingresar ninguno de ellos. Los escolares que enfermaron percibieron el olor con más frecuencia que los que no enfermaron ($p = 0,008$). Los productos que se utilizaron fueron Athirat, Apinsane y Ecorex Acción. Este último es el que se utilizó de forma pulverizada; en su composición presenta permetrina al 23,5%, sustancia perteneciente al grupo de los piretroides y que puede producir síntomas como los ocurridos. En la clase no hubo una adecuada ventilación antes de que los niños entrasen en la misma, aunque sí se respetó el tiempo de seguridad entre el tratamiento y la utilización del aula (24 horas). Según resultado de la documentación aportada por la empresa, no se realizó un diagnóstico de situación previo a la aplicación del tratamiento.

Conclusiones: El cuadro clínico descrito en los casos es compatible con una intoxicación leve por piretroides, seguramente por una falta de ventilación de la clase tras el tratamiento de DDD. La ausencia de diagnóstico previo a la aplicación del tratamiento es una actuación deficiente de la empresa contratada, y pudo contribuir a la aplicación innecesaria de productos químicos. Es la administración local del municipio en cuestión la que debió haber constatado que la empresa había hecho un diagnóstico de situación previo al tratamiento de DDD.

P-268. DESDE UN CASO DE INTOXICACIÓN INFANTIL CON OBJETO DECORATIVO HASTA LA RETIRADA DE LA VENTA DE DICHO OBJETO

M.J. Velasco Rodríguez, D. Almagro Nievas, M.C. del Moral Campaña, P. Guijosa Campos, R. Acuña, A. Alonso Miranda, et al

Distrito Metropolitano de Granada. Sección de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: La ingesta de sustancias derivadas de hidrocarburos en niños es poco frecuente en nuestro medio. El objetivo de este estudio es describir el caso de un niño ingresado en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada en agosto de 2008 por la ingesta del líquido procedente de un soporte para móviles adquirido en una tienda multiprecio de la localidad de Pinos Puente (Granada). También se ha destacado la importancia de la notificación a Consumo de este tipo de alertas sanitarias.

Métodos: Estudio descriptivo univariante. Las variables recogidas fueron los datos clínicos y el resultado del análisis del líquido de un objeto similar al que causó la intoxicación. Se describe también la repercusión de la alerta en el ámbito de Consumo.

Resultados: El resultado del análisis toxicológico del líquido ingerido por el niño demostró que se trataba de un disolvente orgánico derivado de hidrocarburos. El niño tenía 10 meses de edad, y presentó buena evolución con tratamiento broncodilatador y antibiótico. La etiología y clínica del proceso son compatibles con la denominada "neumonía lipoidea", que según la literatura médica se puede considerar la complicación más frecuente de las intoxicaciones por ingesta de hidrocarburos. Se procedió a declarar la alerta sanitaria en el Sistema Integrado de Alertas del Servicio de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía ante el posible riesgo de intoxicación con objetos similares por otras personas. Los inspectores de Consumo de la Delegación del Gobierno andaluz en Granada retiraron de forma cautelar 28 unidades de soportes de móvil de la tienda en cuestión, similares al que causó el problema. Los artículos carecían de todo etiquetado, por lo que se abrió una investigación para localizar el origen del producto y poder detectar otros con las mismas características. Además se introdujeron los datos de los objetos retirados en la Red de Alerta Europea, con lo que se avisa de forma instantánea a las autoridades de Consumo del resto de España y de otros 26 países para que procedan a su búsqueda y retirada de los mercados.

Conclusiones: Se demuestra en este caso la importancia de que los profesionales sanitarios notifiquen precozmente las intoxicaciones en niños cuando éstas puedan suponer una alerta en salud pública. Dado que la ingesta de hidrocarburos es una intoxicación potencialmente mortal, resulta necesario prevenir intoxicaciones similares por medio de un mejor control de los productos que se venden en las tiendas multiprecio de nuestro país. La cooperación entre Instituciones de ámbitos diferenciados (Consumo y Sanidad en este caso) es fundamental para intervenir eficazmente en este tipo de alertas.

P-269. LA LEGISLACIÓN DEL TABACO DISCRIMINA LA CALIDAD AMBIENTAL DEL MENOR SEGÚN LA DIMENSIÓN DEL LOCAL

R. Valladolid Acosta, P.Y. Atienza Martínez, I.M. Prieto Cordero, L.B. Sáenz Albanés, F. Peláez Guilabert, M.A. Amado Moreno, V. Delgado Aguilar, E. Rodríguez Herrera, J.F. García Barreto, et al

SAS Distrito Sierra de Huelva-Andévalo Central (Huelva); SAS Distrito Jerez-Costa Noroeste (Cádiz); SAS Distrito Aljarafe (Sevilla).

Antecedentes/Objetivos: La población infantil y juvenil es el principal sector de población al que se dirige la regulación de los productos del tabaco (Ley 28/05 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco), estableciendo prohibiciones para la adquisición y consumo del mismo. La Consejería de Salud lo considera "el mayor problema de Salud Pública que nos afecta, al suponer la principal causa de morbimortalidad evitable". (Decreto 150/2006, por el que se desarrolla la Ley 28/2005). En los establecimientos de restauración (bares, restaurantes, cafeterías...) las limitaciones establecidas para el consumo de tabaco consideran de distinta forma la necesidad de protección del ambiente en el que se encuentren los menores de 18 años según sea la extensión del local.

Métodos: Se realiza un estudio concordado de la normativa de las diferentes Administraciones con competencias en la regulación del consumo de tabaco en Andalucía, con especial significación en los establecimientos de restauración. Se clasifican establecimientos de diferentes poblaciones del Aljarafe según la norma que se les aplica y la opción adoptada por los titulares del mismo. Se analizan los resultados de las inspecciones realizadas por los órganos competentes, con distinción entre establecimientos mayores y menores de 100 metros cuadrados.

Resultados: El estudio contempla todas las inspecciones realizadas durante 2008, por lo que sólo se encuentran disponible parte de los datos que se estructuran según las siguientes opciones: - mayor de 100 m² o habilita zona de fumadores o no habilita zona de fumadores, - menor de 100 m² o permite el consumo de tabaco o no permite el consumo de tabaco y en todos los casos: cumple la normativa/no cumple la normativa. En los establecimientos menores, la opción del titular que permite el consumo de tabaco supera provisionalmente el 90%, en tanto que en los establecimientos de más de 100 m² la habilitación de zona de fumadores está por debajo del 70%.

Conclusiones: De los resultados parciales se concluye la discriminación que sufren los menores (lactantes incluidos), según el establecimiento que consideremos, dado que las exigencias establecidas para habilitar una zona de fumadores no ha de cumplirse en los bares menores, compatibilizándose con la presencia de estos menores.

P-270. REVISIÓN DEL MEDIO AMBIENTE ESCOLAR EN HUELVA

M. Martínez Leitgeb, C. Hernández Vilaplana, E. Gil Gallardo, R. Hernández Sánchez, et al

Distrito Sanitario Huelva-Costa.

Antecedentes/Objetivos: Desde 1985 se ha venido realizando en la Comunidad Autónoma Andaluza las actuales actividades de Salud Escolar tendentes a la protección y promoción de la salud escolar. Éstas fueron reguladas mediante la publicación del Decreto 74/85 de 3 abril, por el que se establecen las acciones de salud escolar en los centros docentes no universitarios de la comunidad autónoma andaluza. La Orden del 16 diciembre desarrolla el citado decreto. El personal encargado de la ejecución de las acciones sanitarias reguladas en la orden son: los miembros de los equipos básicos de atención primaria en las Zonas Básicas de Salud y Distritos Sanitarios, así como el personal sanitario dependiente de la Consejería de Salud o, en su caso, ayuntamientos.

Métodos: Se trata de un análisis de los resultados de la ejecución de dicho programa durante los cursos 2005-2006 y 2006-2007 en el Distrito Sanitario Huelva-Costa. Para ello se ha recopilado la información recogida en actas y protocolos de inspección utilizados por los Servicios de Control Oficial Durante la revisión.

Resultados: -En el curso 2005-2006 se inspeccionaron los 125 centros escolares censados. De ellos 122 presentaron deficiencias: 18 sólo con deficiencias graves y 104 con deficiencias graves y muy graves. -Durante el curso 2006-2007 se inspeccionaron los 135 centros escolares censados. De ellos 132 presentaron deficiencias: 56 sólo con deficiencias graves y 58 con deficiencias graves y muy graves. Deficiencias muy graves frecuentes: -riesgos para la salud o seguridad derivados del apartado de conservación; - riesgos para la salud o seguridad derivados del apartado de ubicación; - insectos y/o roedores; - inexistencia o mal funcionamiento del mecanismo automático de seguridad de la instalación eléctrica; - falta de agua corriente o no potabilidad de la misma; - eliminación de aguas residuales con riesgo para la salud. Deficiencias graves frecuentes: -Ausencia de útiles de aseo; -Falta de calefacción o funcionamiento inadecuado; -Incumplimiento de la norma de seguridad y evacuación; -Nº insuficiente de inodoros o lavabos; -Limpieza insuficiente; -Hacinamiento; -Inexistencia de recipientes adecuados de residuos; -Productos de limpieza al alcance de los niños.

Conclusiones: Se pretende alcanzar en los centros docentes un ambiente físico y social adecuado. Con este programa se establece una catalogación de las deficiencias encontradas según su gravedad, dándosele prioridad a aquellas que pueden influir más negativamente en la comunidad escolar. Para ello se deben ofrecer las propuestas de corrección que se estimen oportunas y desde los centros escolares vigilar los riesgos ambientales, con una comunicación efectiva con los servicios sanitarios.

P-271. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE RIESGOS GRAVES DETECTADOS EN EL PROGRAMA MEDIO AMBIENTE ESCOLAR

F.J. Moreno Castro, J. Navas Corbacho, L. Plaza Piñero, et al
Servicio Andaluz de Salud, Distrito Sanitario Jerez Costa Noroeste.

Antecedentes/Objetivos: Los Agentes del Control Sanitario Oficial realizan anualmente la revisión de los centros escolares, establecido en el programa medio ambiente escolar, utilizando para ello el cuestionario higiénico-sanitario, en el que se establecen las deficiencias tipificadas como muy graves y graves. **Objetivos:** realizar un diagnóstico de la situación higiénico-sanitaria, Analizando y valorando deficiencias seleccionadas objeto del estudio, tipificadas como graves en el programa medio ambiente escolar. Poner de manifiesto las principales debilidades desde el punto de vista higiénico sanitario, en el funcionamiento de los centros escolares.

Métodos: Estudio descriptivo Transversal en 50 centros escolares, revisados durante el año 2007, censados en las poblaciones de Sanlúcar de Barrameda, Trebujena, Rota y Chipiona, Distrito sanitario Jerez, Costa Noroeste. Dentro de las deficiencias Graves establecidas en el protocolo medio ambiente escolar, se han seleccionado las siguientes

deficiencias: C.3.2: Ausencia de útiles de aseo. B.4.1: Mantenimiento y conservación. B.1.4: Cerramiento adecuado (vallas, rejas, etc.) E1/E4: Falta de calefacción o funcionamiento inadecuado. G.2: Revisión anual de extintores. Se han utilizado las actas de inspección, informes, así como los cuestionarios higiénico-sanitarios de control del medio ambiente escolar, cumplimentados durante las revisiones realizadas en los centros escolares durante el año 2007.

Resultados: Ausencia de útiles de aseo: 40 (80%); Mantenimiento y conservación: 37 (74%); Cerramiento adecuado (vallas, rejas, etc.): 15 (30%); Falta de calefacción o funcionamiento inadecuado: 11 (22%); Revisión anual de extintores: 5 (10%).

Conclusiones: Las deficiencias más repetida, se corresponde con la ausencia de útiles de aseo en los servicios higiénicos, principalmente debido al mal uso que de estos hacen los propios alumnos. Las deficiencias 2 y 3 reflejan que las condiciones generales de conservación y mantenimiento en los centros escolares no son adecuadas, resultando insuficientes los esfuerzos realizados por las administraciones competentes en conservación y mantenimiento. Los resultados de falta de calefacción o funcionamiento inadecuado, se consideran no aceptables, e indica la necesidad de incrementar las inversiones de mejora y confort en los centros escolares. La deficiencia relativa a la revisión anual de extintores, se considera elevada si tenemos en cuenta que se trata de una actuación obligada por la normativa vigente en materia de seguridad.

P-272. DESARROLLO PSICOMOTOR Y MENTAL A LOS 20 MESES DE VIDA Y DESARROLLO NEUROMOTOR -FUNCIÓN MOTORA GRUESA- A LOS 4 AÑOS DE EDAD EN LA COHORTE INMA-GRANADA

R. Ramos, L. D-Rosado, R. Prada, F. Cruz, M. Pérez, C. Campoy, N. Olea, et al

Hospital Universitario San Cecilio, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Se ha sugerido la importancia de incluir la evaluación neuro-motora en los estudios de seguimiento en poblaciones de niños sanos (Cohortes Infancia y Medioambiente, INMA y NUHEAL) para identificar la influencia ambiental y actuar preventivamente ante posibles retrasos en el desarrollo motor, cognitivo y neurológico, ya que el desarrollo motor grueso a los 4 años se correlaciona con funciones ejecutivas -memoria de trabajo y velocidad de procesamiento- a los 6 y 11 años. El objetivo es evaluar el estado neurológico/neuro-motor a los 4 años de edad y estudiar su relación con el desarrollo motor y mental durante los primeros 20 meses de vida.

Métodos: El estudio se realizó con 140 niños nacidos en el Hospital Clínico Universitario "San Cecilio" en el año 2002 pertenecientes a la cohortes INMA-Granada y NUHEAL. La evaluación del desarrollo psicomotor y mental se realizó mediante las Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (EBDI) a los 6 y 20 meses. Y la evaluación neurológica mediante el Examen neurológico de Hempel a los 4 años.

Resultados: El índice desarrollo psicomotor (IDP) de las EBDI a los 6 meses se correlacionó con la puntuación directa mental (PDP) a los 20 meses ($r = 0,21$, $p = 0,022$). Además se encontró una relación significativa entre los niños que presentaban una mayor evolución tanto del desarrollo psicomotor ($p = 0,05$) como del mental ($p = 0,05$) desde los 6 a los 20 meses y un mayor desarrollo neuro-motor, especialmente un mejor desarrollo motor grueso posterior, a los 4 años.

Conclusiones: El desarrollo psicomotor y mental durante los primeros 20 meses de vida se correlaciona con el posterior desarrollo neurológico del niño a los 4 años de edad. De ahí la importancia de evaluar el desarrollo motor y mental de los niños en las primeras etapas de vida para comprobar que están dentro de la normalidad e identificar factores ambientales que tengan expresión posterior tanto neurológica como cognitiva.

P-273. EXPOSICIÓN A MERCURIO EN POBLACIÓN INFANTIL DE LA PROVINCIA DE GRANADA (SURESTE PENINSULAR). NECESIDAD DE UNA BIOMONITORIZACIÓN SISTEMATIZADA

C. Freire, N. Navea, R. Ramos, E. Amaya, M. Fernández-Rodríguez, J.M. Molina-Molina, N. Olea, et al

Hospital Universitario San Cecilio, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: El mercurio (Hg) es un contaminante neurotóxico que afecta al neurodesarrollo infantil, incluso a bajas dosis de exposición. La principal vía de exposición a Hg es el consumo de pescado. Desde el punto de vista toxicológico, la especie de Hg que suscita mayor preocupación es el metil-Hg (Me-Hg), cuyos niveles en pelo representan 70-80% del Hg total (T-Hg). El objetivo de este estudio fue: 1) describir los niveles de Hg en pelo de niños de la cohorte INMA (Infancia y Medio Ambiente) de Granada, y 2) evaluar la asociación de la exposición a Hg con el consumo de pescado, entre otros factores.

Métodos: Durante el seguimiento de la cohorte INMA-Granada, a los 4 años de edad (2005-2006), se recogieron muestras de pelo de 112 niños, así como variables antropométricas, clínicas y sociodemográficas. Se analizó T-Hg en pelo mediante cromatografía de gases y espectrometría de fluorescencia atómica. Se evaluó el consumo de pescado en una submuestra de 74 niños mediante un cuestionario de frecuencia alimentaria cumplimentado por los padres en la visita de los 4 años. Se analizó Me-Hg en pelo de una submuestra de los niños evaluados. Mediante test de Spearman y análisis de regresión lineal se evaluó la asociación entre los niveles de T-Hg en pelo y el consumo de pescado y otros factores.

Resultados: La media (desviación estándar [DE]) de T-Hg fue de 1,4 (1,2) ppm para T-Hg (n = 74) y de 2,1 (1,0) ppm para Me-Hg (n = 23). El consumo medio diario de pescado fue de 55,9 g/día, y el 49% de los niños consumía pescado azul, al menos, una vez/semana. La frecuencia de consumo de pescado azul y pescado frito resultó asociada con T-Hg (p = 0,01 y p = 0,04, respectivamente), así como la edad (meses) a la que se introdujo el pescado en la dieta ($\beta = -0,19$; p = 0,004). En el análisis multivariante, consumir pescado azul de 1 a 3 veces/mes estaba asociado (p < 0,001) con una concentración de T-Hg en pelo 1,3 veces mayor, ajustando por zona de residencia y edad a la que se introdujo el pescado.

Conclusiones: Los niveles de Hg en pelo en los niños de Granada son superiores a los descritos en otras regiones de España y en poblaciones no expuestas a Hg, pero inferiores a los niveles de poblaciones más expuestas. El consumo de pescado en nuestros niños es relativamente alto y se encontró una asociación entre T-Hg y consumo de pescado azul. Es importante evaluar el contenido de Hg de las especies de pescado más consumidas en el sureste peninsular, así como su posible efecto del Hg en el neurodesarrollo infantil.

P-274. IMPACTO DEL RUIDO SOBRE LA MORTALIDAD DIARIA EN MENORES DE 10 AÑOS EN MADRID, ESPAÑA (2003-2005)

L.F. Rodríguez, C. Linares, J. Díaz, E. Jiménez, et al

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III; Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III; Hospital Clínico San Carlos.

Antecedentes/Objetivos: En la ciudad de Madrid, la población está expuesta a niveles de ruido de tráfico con un nivel sonoro equivalente medio que exceden los 55 dB (A) el 100% de las noches y los 65 dB(A) aproximadamente el 55% de los días, niveles a partir de los cuales las guías de la OMS consideran que existe contaminación acústica. El

objetivo del presente estudio es analizar y cuantificar la influencia de los incrementos de los niveles de ruido sobre la mortalidad diaria en la población menor de 10 años de la ciudad de Madrid.

Métodos: Como variable dependiente se ha considerado la serie de mortalidad diaria de la población menor de 10 años residentes e inscritos en Madrid desde el 1 de enero del 2003 al 31 de diciembre del 2005. Se analizaron todas las causas de mortalidad excepto accidentes (CIE-IX:1-799). Como variables independientes, el nivel sonoro equivalente diurno (8-22 horas), el nivel sonoro equivalente nocturno (22 a 8 horas), el nivel sonoro equivalente medio diario (24 horas) y estas mismas variables retrasadas de 1 a 4 días. Se controló por las siguientes variables: estacionalidades, días de la semana, días epidémicos de gripe, variables meteorológicas (temperatura máxima y mínima diarias), concentraciones medias diarias de contaminantes químicos (PM2.5, PM10, NO2, NOx, SO2, O3) y concentraciones medias diarias de polen (gramíneas, cupresáceas, olivo y plátano). Para el análisis se utilizaron funciones de correlación cruzada y modelos de regresión de Poisson.

Resultados: Las funciones de correlación cruzada mostraron una asociación estadísticamente significativa entre la mortalidad y los niveles sonoros equivalentes diurnos en la variable retardada 2 días. Para esta misma variable, el RR para el incremento de 1 dB(A) fue de 1,27 (IC95% = 1,13-1,41) y el RA fue de 21,26%.

Conclusiones: La exposición crónica a altos niveles de ruido ambiental es un factor de riesgo importante sobre la mortalidad diaria de los niños en la ciudad de Madrid. Como medidas preventivas se proponen una adecuada planificación y arquitectura urbana, estudios de impacto ambiental de determinadas actividades y la concienciación e información del ciudadano. Como medidas correctoras, hacer elementos motrices más silenciosos, aplicar elementos que impidan que el ruido se propague al exterior de los vehículos, alejar los receptores acústicos y la creación de vías de circulación cubiertas o semicubiertas.

P-275. SECONDHAND SMOKE EXPOSURE AMONG CHILDREN – IMPLICATIONS FOR A SMOKE FREE HOME EDUCATIONAL PROGRAMME

J.P. Precioso, C. Samorinha, J.M. Calheiros, M. Macedo, H. Antunes, H. Campos, et al

Minho University; Health Sciences School – Beira Interior University; S. Marcos Hospital – Braga.

Antecedentes/Objetivos: SecondHand Smoke (SHS) exposure among children represents a major cause of serious health problems. Children exposed to SHS are at an increased risk of serious health problems like sudden infant death syndrome, pneumonia, ear infections and more severe asthma. Studies have shown that SHS exposure is quite common, occurring frequently at home and in the car. A previous study conducted in Portugal (2002) with 1,141 children with 12-15 years old revealed that 38% of them were daily or occasionally exposed to SHS due to the smoke of parents or siblings at home. No information was available for 9-10 years old. Objectives: 1) To determine parents smoking prevalence in the sample; 2) To determine the prevalence of parents smoking at home.

Métodos: An anonymous self-administered structured questionnaire was submitted to 793 students (aged media 9.14 years; 48.6% girls; 51.4% boys), enrolled in Portugal's Northern Region' schools.

Resultados: 15.5% of the mothers and 37.0% of the fathers are daily smokers; 11.4% of the mothers and 25.8% of the fathers are daily or occasional home smokers. 14,2% of children report that at least one of the co-inhabitants (father, mother, brother/sister or other) smokes daily at home and 28.0% refer they smoke occasionally at home.

Conclusiones: Almost half of the children evaluated are daily or occasionally exposed to SHS, because a high proportion of parents or other people like brother/sister regularly smoke at home. Health

professionals, especially Pediatricians, should systematically inquire and advise parents about the health risks of SHS and advise them to quit or even forward to a specialised query.

P-276. CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA POR TRÁFICO RODADO Y CÁNCER PEDIÁTRICO EN ESPAÑA

M.F. Sánchez-Sauco, M. Martín, K. Rodríguez, T. López-Fernández, J. Ferrís-Tortajada, J.A. Ortega-García, et al

Paediatric Environmental Health Specialty Unit (PEHSU-Murcia); Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; Murcia; Paediatric Environmental Health Specialty Unit (PEHSU-Cádiz); Excma. Diputación Prov. de Cádiz. Agencia Provincial de la Energía de Cádiz; Cádiz; Paediatric Environmental Health Specialty Unit (PEHSU-Valencia); Hospital Universitario La Fe; Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Las emisiones de los vehículos a motor contienen numerosos leucemíógenos como el benceno. Pocos estudios han estimado el riesgo de cáncer pediátrico (CP) debido a las exposiciones a contaminación atmosférica por tráfico rodado, y menos sobre las exposiciones durante el período transplacentario. Objetivo. Analizar el riesgo de las exposiciones transplacentarias a las emisiones por el tráfico rodado en las enfermedades hematológicas malignas. Investigar si hay un exceso de leucemia en niños de 0 a 8 años entre aquellos que viven muy cerca de una vía de alto volumen de tráfico.

Métodos: Población. Casos incidentes, niños de 0 a 8 años diagnosticados con cáncer fueron identificados de la Red de Investigación Medio Ambiente y Cáncer Pediátrico (MACAPE) entre 1 de enero de 2004 a 1 de enero de 2006 en España. Datos de exposición: referenciación espacial de la residencia durante el embarazo, señalización de código postal, calle y número del domicilio mediante coordenadas de Google Earth y distancia en metros a una vía de alta densidad de tráfico durante ese período (200 m).

Resultados: Fueron identificados con < 8 años en el momento del diagnóstico 187 niños. De estos 85 tenían tumores/cáncer derivados de las células madre hematopoyéticas de los que 64 eran leucemias. La ORs de exposición en los tumores derivados de las células hematopoyéticas en general y en las leucemias en particular fue de 1,58 (0,98 a 2,54) y 1,67 (IC95% 1,02 a 2,73) respectivamente para aquellos que viven dentro de los 100 m de una vía con alta densidad de tráfico. Mediante regresión logística en categorías "hasta 100" (tumores hematopoyéticos 1,9 (IC95% 1,0-3,9); leucemias 2,1 (IC95% 1,0-4,2)), "de 100 a 200" (tumores hematopoyéticos 1,2 (IC95% 0,5-2,6); leucemias 1,1 (IC95% 0,4-2,5)) y "más de 200" (OR = 1).

Conclusiones: Los resultados sugieren un pequeño incremento de riesgo para desarrollar leucemia para aquellos niños que durante el embarazo viven en la proximidad de una autovía o autopista.

Financiación. Nuestro agradecimiento por el soporte a la Fundación Científica de la AECC y al programa Mount Sinai International Exchange Program for Minority Students (MD001452), National Center on Minority Health and Health Disparities, National Institutes of Health.

PÓSTERES XXI

Jueves, 5 de marzo de 2009. 17:45 a 19:15 h

Salud sexual y reproductiva

P-277. DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICOS EN LA REPETICIÓN DE LOS ABORTOS EN ESPAÑA

G. Pérez, D. Ruíz-Muñoz, I. García-Subirats, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Las desigualdades sociales y económicas en la planificación de los embarazos reflejan las diferencias en los recursos materiales e intelectuales derivadas de la posición socioeconómica de la mujer. En España, la tasa de abortos es baja (en torno al 10 por 1.000 mujeres en edad fértil) con un crecimiento constante. Sin embargo, la falta de planificación del embarazo origina que el 49% de los embarazos de mujeres de 15 a 19 años acaben en un aborto. En este contexto de falta de planificación del embarazo, el objetivo de este estudio es describir los determinantes sociales y económicos de la repetición de los abortos en España entre los años 2000 y 2005.

Métodos: Estudio transversal con datos individuales de las mujeres en edad reproductiva residentes en España. La fuente de información es el Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Se seleccionaron aquellos abortos realizados para "evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada". La variable dependiente es la repetición del aborto. Las variables independientes son el nivel de estudios de la mujer, la edad (15-49 años), la convivencia en pareja, los hijos y la utilización de anticoncepción post-aborto. Se obtuvieron Odds Ratios (OR) mediante modelos univariantes y multivariantes de regresión logística.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 450.811 abortos de los cuales 123.249 (37%) eran repetidos. En el 25% la repetición del aborto se realizaba en un año. La mujeres con estudios primarios incompletos repitieron más el aborto que las universitarias (ORa = 1,55; IC: 1,49-1,62). Además, las de mayor edad (ORa = 3,28; IC: 3,18-3,40), con hijos (ORa = 1,52; IC: 1,49-1,56) y que conviven en pareja (ORa = 1,12; IC: 1,10-1,14) son las que presentaron un mayor riesgo de repetir los abortos. Las mujeres realizaron control de anticoncepción en centros privados en los 2 últimos años tienen un mayor riesgo de repetir el aborto (ORa = 1,38; IC: 1,35-1,41).

Conclusiones: Este estudio pone de manifiesto las desigualdades sociales y económicas en la repetición del aborto en España. Estos resultados son consistentes con otros estudios realizados en la ciudad de Barcelona donde se observan resultados similares en la repetición del aborto. En un contexto de respeto al derecho de la mujer a decidir sobre su salud sexual y reproductiva debería promoverse la prevención de los embarazos no deseados mediante la mejora del acceso a la anticoncepción y la información de la anticoncepción.

Financiación. Agencia Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS PI07/90050) y CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

P-278. FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: TALLER DE EDUCACIÓN AFECTIVOSEXUAL EN JÓVENES

L. Corujo Simal, R. Gueto Zurita, M.D. Martínez Ruiz, et al

Ayuntamiento de Sevilla Delegación de Salud y Consumo Servicio de Salud Sección de Prevención de las Desigualdades y Conductas saludables Zona 2.

Antecedentes/Objetivos: Plan de Salud Municipal Plan de Acción de Jóvenes de la Ciudad de Sevilla. Objetivos: 1) Fomentar estilos de vida saludables en jóvenes: sexualidad. 2) Proporcionar información, recursos y habilidades que mejoren la respuesta al riesgo. 3) Contribuir a la construcción afectivo-sexual como una forma de vivirse, de conocerse, de comunicarse, de ser fuente de salud, de placer, afectividad y, cuando se desee de reproducción. 4) Potenciar relaciones de pareja basadas en la igualdad, el respeto y la responsabilidad. 5) Proporcionar información sobre los aspectos que tiene que ver con la sexualidad y afectividad. 6) Eje transversal: perspectiva de género.

Métodos: Población diana: adolescentes y jóvenes. Taller de cinco sesiones de dos horas Metodología centrada en la participación, con ambiente dinámico, abierto y flexible, facilitando la comunicación y el dialogo, desde un aspecto lúdico y vivencial. Instrumentos de la pedagogía activa que favorezca la construcción de sus propios

conceptos. Contenidos adaptados a la realidad del grupo: intereses, maduración, profundidad, oportunidad. Propuesta de contenidos: la sexualidad, roles de género, el amor, las emociones y sentimientos, anatomía y fisiología de la sexualidad, la autoestima, lo erótico, los sentidos fuentes de placer, formas de expresar la sexualidad, preferencias sexuales, prevención de embarazos no deseados, prevención de ETS. y SIDA, habilidades de comunicación y negociación.

Resultados: Evaluación: indicadores cuantitativos: número de talleres, de participantes, de sesiones, asistencia media, valoración del método, de la información, del taller. Indicadores cualitativos: grado de participación, satisfacción, implicación, valoración propios conocimientos, actitudes. Curso 2007-08 se realizaron 7 talleres de cinco sesiones. Población atendida: 200 jóvenes. Asistencia media: 97%, 90% manifiesta la utilidad del taller, 78% respuesta a sus intereses, 83% valora muy bien la metodología, 87% valora positivamente la información, puntuación global del taller en conjunto es de 8,5 sobre 10. Grado de participación 84%, grado de satisfacción 88%, cumplimiento de expectativas 94%, buena valoración de sus conocimientos finalizado taller, las sesiones más valoradas: referidas a prevención de embarazos y los sentidos como fuente de placer, la menor: ETS.

Conclusiones: Seguir en la línea de la participación del alumnado proponiendo dinámicas nuevas y fomentando las más vivenciales. Nuevos recursos materiales y audiovisuales. Disponer de presupuesto económico. Mejorar la coordinación con los dispositivos asistenciales de la zona.

P-279. ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE DIFERENCIAS GENERACIONALES EN LAS VISIONES Y ROLES ASUMIDOS POR HOMBRES Y MUJERES EN LAS RELACIONES DE PAREJA

M.A. Sánchez Peralta, M.C. Sánchez Camacho, F.J. Valverde Bolívar, E. Alba Escribano, M.R. Navarro Tejeda, J. Torío Duránte, et al

Centro de Salud F. del Castillo de Jaén; Centro de Salud de Martos (Jaén); Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: Analizar las diferencias generacionales en las visiones, opiniones y roles asumidos por hombres y mujeres en las relaciones de pareja.

Métodos: Estudio cualitativo mediante entrevistas en profundidad utilizando un cuestionario de preguntas abiertas. El total de personas entrevistadas ha sido de 90 distribuidas homogéneamente según sexo y grupo de edad (adolescentes, edad media y mayores) entre los adscritos a dos Centros de Salud, uno urbano y otro rural.

Resultados: A excepción de las adolescentes, que consideran que hombre y mujer valen por igual, todos los encuestados consideran que su género es el que más vale, y no les gustaría cambiar. Los hombres, con independencia de su edad, consideran como modelo ideal de compañera a su madre, a diferencia de las mujeres que no consideran a su padre como modelo de compañero. La belleza, simpatía e inteligencia son las características femeninas más valoradas por los adolescentes, mientras que los de más edad las prefieren cariñosas y buenas compañeras. Las mujeres valoran ante todo el respeto y la sinceridad. Entre los defectos menos admitidos por hombres y mujeres en su compañero/a destaca la falta de sinceridad; además, los hombres destacan el ser controladora, y las mujeres la prepotencia. La celotipia es mencionada de forma unánime, pero sólo por las adolescentes. Mayoritariamente los problemas en la pareja no se consideran como conflicto de poder, a excepción del grupo de mujeres mayores. Entre las causas de infidelidad los hombres señalan la monotonía y la falta de cariño, mientras que las mujeres apuntan a la venganza y la insatisfacción. El feminismo es considerado por los hombres como algo extremo y nocivo, en lo que coinciden con las mujeres mayores y con la mitad de las adolescentes y de edad media.

Conclusiones: Se mantienen los estereotipos de género en cuanto al rol asumido por hombres y mujeres en las relaciones de pareja,

siendo de destacar la homogeneidad entre los diferentes grupos étnicos, incluidos jóvenes y adolescentes.

P-280. CONSUMO DE CAFE EN EL EMBARAZO

A. Sánchez Rodríguez, M.C. Olvera Porcel, E. Jiménez Mejías, J. Gómez Fernández, J. Presa Lorite, J.J. Jiménez Moleón, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Servicio de Obstetricia y Ginecología. HU Virgen de las Nieves Granada.

Antecedentes/Objetivos: La ingesta excesiva de cafeína durante el embarazo se asocia a mayor frecuencia de aborto espontáneo, bajo peso al nacer o amenaza de parto pretérmino. La Junta de Andalucía en el Proceso Embarazo, Parto y Puerperio recomienda una ingesta de cafeína inferior a 50 mg/día (media taza de café). El objetivo del presente trabajo es conocer el consumo habitual de cafeína en mujeres embarazadas comprobando si se ajusta o no a las recomendaciones.

Métodos: Estudio transversal. Área: Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Periodo de reclutamiento: junio de 2004 a marzo de 2007. La población de estudio se seleccionó en la ecografía de la semana 20. Criterios de selección: nacionalidad española, edad \geq 18 años y ausencia de patologías crónicas que modificasen su dieta habitual. Fuentes de información: entrevista personal e historia clínica. Se obtuvo información sobre variables sociodemográficas y antropométricas, antecedentes personales y obstétricos, variables dietéticas (reflejando el consumo durante la gestación y el año previo) y actividad física. Para recoger la información dietética se utilizó el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos de Martín Moreno et al. Para estimar el consumo de cafeína se identificaron los alimentos/bebidas que la contenían y se calculó la ingesta en mg/día según las tablas de la US Food and Drug Administration. Se comparó el consumo previo con el consumo durante el embarazo, así como la prevalencia de mujeres que seguían las recomendaciones.

Resultados: La ingesta media de cafeína antes del embarazo fue de 124,7 mg/día (DE 123,6) en comparación con una ingesta durante el embarazo de 57,5 mg/día (DE 78,1). Un 39,1% de las mujeres no modifican su ingesta durante el embarazo y un 5,6% la aumentan. El 34,9% de las embarazadas presentaron un consumo superior a lo recomendado. De las que no modificaron su ingesta durante el embarazo el 43,7% superaba los límites recomendados. En general se comprueba un aumento del consumo de refrescos de cola y un descenso del consumo de café. Los refrescos se convierten en la principal fuente de ingesta de cafeína durante el embarazo (29,1% de la ingesta total) en comparación con antes del embarazo que fue café.

Conclusiones: Más de un tercio de las embarazadas presentan un consumo de cafeína superior a las recomendaciones actuales. Casi un 45% de las embarazadas no modifican su consumo e incluso lo aumentan. El consejo sanitario se hace imprescindible, sobre todo en una población tan sensible y motivada como la embarazada.

Financiación. Proyecto de Excelencia Junta de Andalucía P05-CTS-942.

P-281. PLAN PARA EL CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN JAÉN

M.I. Sillero, L. Muñoz, A. Mercado, M.A. Bueno, I. Cuesta, H. Entrambasaguas, V. Ruiz, M. García, L. Ballesteros, et al

Delegación de Salud de Jaén; Distritos de Jaén, Jaén Sur y Jaén Norte; Complejo H. de Jaén; H. Alto Guadalquivir.

Antecedentes/Objetivos: Desde 1982 las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) incluyen las I.T.S. sífilis e inf. gonocócica, y además en Andalucía desde 1997, la infección genital por Chlamydia

Trachomatis, el herpes genital y la sífilis congénita. En la actualidad son enfermedades emergentes. El III Plan Andaluz de Salud (PAS) en 2004 se implantó en Jaén tras la identificación de los problemas de salud prioritarios, valorados según relevancia, magnitud y vulnerabilidad. Se eligió el control de las ITS y se propuso el diseño de un Plan cuyo objetivo es el mejorar la vigilancia, diagnóstico y el control frente a las ITS. Sus estrategias son potenciar los mecanismos de Prevención, Promoción de la salud así como garantizar la adecuada asistencia programada y por Procesos asistenciales.

Métodos: Para la priorización se utilizó la metodología de grupos focales con expertos, junto a un cuestionario cuya valoración ponderada medía la importancia, factibilidad y la consonancia con los objetivos marco y ejes transversales del III Plan Andaluz de Salud. En el caso del Control de las ITS, se propuso elaborar un Plan, dada la ausencia de un conjunto de acciones coordinadas a este fin, a través de un grupo de 21 expertos. Población: Jaén cuenta con 664.742 h. y unas tasas de $0,3 \times 100.000$ h. para sífilis y gonococia en 2007.

Resultados: El Plan para el control de las infecciones de transmisión sexual de Jaén, contempla 3 objetivos generales: 1. Mejorar el conocimiento que se tiene de las I.T.S. 2. Mejorar la atención de los pacientes, potenciando el diagnóstico y la continuidad asistencial 3. Disminuir la incidencia de las I.T.S., a través del adecuado desarrollo de las medidas preventivas y de control. Se articula en 4 bloques, el de la vigilancia epidemiológica, la asistencia sanitaria, el diagnóstico etiológico y la promoción y prevención frente a dichas infecciones. Para cada uno se han identificado los objetivos específicos, las actividades, los profesionales implicados, la intersectorialidad y las áreas de coordinación y los indicadores de evaluación. También contempla todos los documentos necesarios en vigilancia y asistenciales (encuestas individuales, de contactos, de declaración de alertas y brotes, de toma de muestras o de derivación). Se han elaborado materiales divulgativos fundamentalmente dirigidos a la población juvenil.

Conclusiones: El Plan resulta novedoso en la concepción intersectorial de su abordaje, en la introducción de nuevas infecciones objeto de vigilancia como puede ser la del papilomavirus, el abordaje de espacios y poblaciones dentro del ámbito de la comunidad y en aportar nuevos documentos para la intervención.

P-282. SITUACIÓN DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN CATALUÑA. EVOLUCIÓN 2001-2005

R. Bossier Giralt, M. Torné Farré, M. Femenías Bosch, R. Martí Longas, R. Gispert Magarolas, et al

Servei d'Informació i Estudis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: El FIVCAT.NET es el registro de técnicas de Reproducción Humana Asistida (RHA) de Cataluña, donde todos los centros autorizados están obligados a declarar. El objetivo de este estudio es describir los datos de la evolución de la RHA en el periodo 2001-2005 y comparar los resultados con los de otros registros de su entorno.

Métodos: Los datos proceden de todos los centros autorizados para realizar RHA en Cataluña. Incluyen la actividad asistencial de mujeres residentes y no residentes para el periodo 2001-2005. Se analizan las diferentes etapas del proceso (obtención ovocitaria/transferencia embrionaria/embarazo y nacidos). Se determina la efectividad de la RHA mediante indicadores como la tasa de embarazos/100 transferencias o tasa de nacidos vivos/100 ciclos iniciados. Se comparan los resultados con otros registros de RHA (europeos/americanos).

Resultados: El número de centros autorizados ha pasado de 26 a 29. Ha habido un incremento global de toda la actividad: 92,4% en los ciclos de obtención, 125,7% en las transferencias embrionarias, y un 152,1% en los embarazos clínicos. El número de embriones transferidos con más frecuencia ha pasado de tres a dos. En cuanto a los

indicadores de efectividad, ha habido una mejora, ya que la tasa de embarazo clínico, ha evolucionado del 33,2 al 37,1% (de 36,9 a 40,2% con embriones frescos y del 18,4 al 27,0% usando embriones congelados). Los nacidos vivos por ciclo iniciado han pasado del 30,5 al 37,2%. Los embarazos múltiples han descendido del 50,1 al 38,6%, así como la prematuridad y el bajo peso, que han sufrido unos descensos del 30,1 y del 48,4% respectivamente. La mayoría de mujeres que se someten a un ciclo de RHA son residentes en Cataluña, casadas y que conviven en pareja, con un nivel de estudios medio y asalariadas, pero a lo largo del periodo ha habido un aumento de las mujeres de más de 35 años y de las nacidas en el extranjero. Asimismo, ha habido un incremento del número de mujeres que donan sus óvulos y un consecuente aumento del número de ciclos con ovocitos de donante.

Conclusiones: El aumento de la RHA es una realidad sanitaria y social ya que la RHA en Cataluña ha sufrido un aumento de la actividad así como de la efectividad. Los resultados presentados son comparables a otros países del entorno tanto en número de ciclos, como en los resultados. Debido al avance de éstas técnicas, la oferta es cada vez más accesible a un número cada vez mayor de mujeres.

P-283. PROGRAMA EMBARAZO SIN HUMO EN CATALUÑA: FACTORES ASOCIADOS A LA CESACIÓN TABÁQUICA DURANTE LA GESTACIÓN

M. Jané, Z. Tomás, E. Vela, C. Martínez, R. Prats, A. Plasència, et al

Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: En el marco de la evaluación del programa Embarazo sin Humo se lleva a cabo un estudio de seguimiento en 18 centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR) para describir el patrón de consumo de tabaco de mujeres gestantes que fuman y analizar el grado de cesación desde la primera visita (primer trimestre de gestación) a la visita anterior al parto.

Métodos: Se entrevistan 189 mujeres fumadoras en la primera visita de gestación y justo antes del parto, en tercer trimestre. La entrevista estructurada incluye variables sociodemográficas como nacionalidad, país nacimiento, estado civil, nivel estudios, clase social; de patrón e historia de consumo de la mujer como consumo en gestaciones previas, contacto habitual con ambiente de humo, intención y creencia sobre dejar de fumar; de consumo de su pareja. Se realiza un análisis bivariado entre la variable cesación antes del parto y el resto de variables. El análisis se realiza mediante prueba Chi² y el nivel de significación estadística se establece en un 5%.

Resultados: El 94% de las gestantes ha nacido en España, su edad media es de 30,5 años, el 4,8% vive sin pareja, el 43,2% tiene estudios primarios y el 15,8% universitarios, el 55,5% proviene de clase socioeconómica IV y V y el 58,4% son primigestas. En la primera visita, el 89,3% continúa fumando, el consumo medio de cigarrillos diarios es de 7,9, la edad media de inicio es de 16,1 años y el valor medio del test de Fagerström es de 3,2. El 52,8% en la primera visita afirma tener contacto habitual con ambiente de humo de tabaco, el 86,2% afirma querer dejar de fumar en este embarazo mientras que un 46,6% piensa que podrá hacerlo sin ayuda. Se produce una reducción significativa en el porcentaje de mujeres fumadoras, entre el diagnóstico (100%) y el tercer trimestre (77,8%) ($p = 0,005$) como entre la primera visita (89,3%) y el tercer trimestre de gestación (77,8%) ($\leq 0,0001$). La cesación en el tercer trimestre se asocia significativamente con un mayor nivel de estudios ($p = 0,001$), ser primípara ($p = 0,014$), clase social I y II ($p = 0,038$), mayor edad de inicio ($p = 0,004$), menor número de cigarrillos en el momento de diagnóstico de la gestación ($p = 0,003$) y en la primera visita de embarazo ($p \leq 0,0001$), y menor valor del test de Fagerström en la primera visita ($p \leq 0,0001$).

Conclusiones: El consumo de tabaco desciende significativamente

a medida que avanza la gestación. La dificultad en el abandono se relaciona con parámetros socioeconómicos y de consumo desfavorables previos a la gestación. Se pone de manifiesto la importancia del entorno de la mujer gestante como factor determinante de la cesación tabáquica.

P-284. EXPECTATIVAS Y EXPERIENCIAS SOBRE EL PARTO Y NACIMIENTO. ESTUDIO CUALITATIVO EN LA COMUNITAT VALENCIANA

C. Barona, R. Mas, A. Fullana, et al

Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, València.

Antecedentes/Objetivos: La valoración de la experiencia del parto por las mujeres está relacionada con diversos factores: sociodemográficos, intervenciones obstétricas, capacidad de autocontrol, vivencia del dolor, así como el apoyo formal e informal recibido. Nuestro objetivo es explorar las expectativas y experiencias de las mujeres sobre su vivencia del parto y nacimiento y la relación con el sistema de salud.

Métodos: Investigación cualitativa en la que se realizaron entrevistas en profundidad en el primer mes postparto, a 15 mujeres que dieron a luz en 3 maternidades públicas en septiembre de 2007. Las variables estructurales que se tuvieron en cuenta para la selección de la muestra fueron: edad, paridad, edad gestacional y modo de terminación del parto (eutócico y cesárea). Se excluyeron las cesáreas programadas y las mujeres no autóctonas. Las conversaciones fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas. Se realizó un análisis del contenido del discurso.

Resultados: Las expectativas ante el parto no son uniformes, podríamos diferenciar tres actitudes diferentes. Un primer grupo de mujeres más comprometidas, con una actitud activa que las lleva a decidir ante la atención médica que se les ofrece. Son receptivas y están abiertas a las circunstancias, sus expectativas se centran en el deseo de vivir de forma participativa el proceso. El dolor para ellas es un elemento intrínseco al parto, superable, interpretado positivamente porque va asociado a un acontecimiento muy importante en su trayectoria vital. Un perfil intermedio es el de la mujer que valora positivamente la posibilidad de realizar determinadas elecciones (enema, anestesia, movilidad durante la dilatación) pero respetando la autoridad y las normas de los profesionales sanitarios. Finalmente existe otro perfil de mujer que prefiere dejarse llevar por las indicaciones del profesional sin cuestionarse nada, que espera que le den órdenes en lugar de consejos. En muchos de estos casos el dolor se convierte en el elemento central de los miedos que tiene esa mujer, y sus expectativas en conseguir que le pongan anestesia epidural. Respecto al apoyo de la pareja, todas las mujeres lo valoran mucho, porque les da seguridad y tranquilidad al mismo tiempo. El apoyo formal de la matrona también se reconoce de manera especial por su labor de ayuda y acompañamiento, aunque se aprecia variabilidad entre profesionales y entre maternidades.

Conclusiones: Existen notables diferencias en la manera de entender el parto entre las mujeres, así como variabilidad en las prácticas entre los profesionales que las atienden. Se hace necesario fomentar la participación de las mujeres en la toma de decisiones y establecer protocolos de atención al parto basados en la evidencia.

P-285. CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CATALUÑA (2006)

Z. Tomas, M. Jané, E. Díez, E. Méndez, R. Prats, A. Plasència, et al

Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; Agència de Salut Pública de Barcelona; Associació Salut i Família.

Antecedentes/Objetivos: El embarazo adolescente se ha incrementado en los últimos años en Cataluña. Se realiza un análisis para describir los factores que influyen en el embarazo adolescente y estudiar las diferencias entre las adolescentes autóctonas y las extranjeras.

Métodos: Estudio transversal. Se encuestan mediante entrevista estructurada a 886 adolescentes embarazadas menores de 20 años (20,6% sobre población total) en el momento del parto (10 hospitales) o de la interrupción voluntaria del embarazo (7 centros). Se incluyen preguntas sobre variables sociodemográficas, de la familia, de su historia reproductiva, sus relaciones sexuales, los métodos contraceptivos, y sus normas y creencias sexuales. El análisis bivariado se realiza mediante prueba Chi2 y el nivel de significación estadística se establece en un 5%.

Resultados: El 33% de las embarazadas son menores de 18 años; el 86,4% tiene estudios primarios; el 25,6% trabajan; el 51,1% no tiene religión y el 67,5% vive con los padres. De las 333 extranjeras, un 61,6% son sudamericanas. La edad de la primera relación sexual es antes de los 16 años para el 50,0%. El 63,6% no ha hablado nunca con sus padres sobre temas relacionados con el sexo. El 31,6% no utilizó el preservativo en la primera relación sexual, el 47% por no haber hablado del tema antes de tener relaciones sexuales o por no disponer de preservativo en el momento. Un 77,6% piensa que el preservativo es el método más adecuado para gente joven. El 60,1% no ha consultado con algún centro sanitario para informarse sobre métodos anticonceptivos. El 75,1% ha interrumpido el embarazo; de éstas un 61,6% españolas y un 38,4% extranjeras (diferencia no significativa). Se encuentran diferencias significativas en cuanto a que las extranjeras son más religiosas (70,6% vs 35,2%), tienen la primera relación sexual más tarde (54% vs 47,7% a partir de los 15 años), hablan menos con sus padres sobre sexo (31,2% vs 38,6%), utilizan menos el preservativo en la primera relación sexual (56,4% vs 75,9%), creen menos que el preservativo sea el método más adecuado para la gente joven, y consultan menos con centros sanitarios para informarse (39% vs 40,4%).

Conclusiones: Un tercio de las jóvenes embarazadas tiene menos de 18 años y no utilizó el preservativo en la primera relación sexual aunque la mayoría piensa que es el método más adecuado. Las adolescentes embarazadas autóctonas difieren significativamente de las extranjeras en que dan menos importancia a la religión, tienen su primera experiencia sexual antes, hablan más con los padres sobre sexualidad, utilizan más el preservativo, piensan que es un método adecuado para los jóvenes, y realizan más consultas sobre método anticonceptivos.

P-286. UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA POSTCOITAL EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PERIODO 2002-2008

M. Cervantes Villalobos, L. Martínez Rodríguez, M. Ruiz Sánchez, S. Vallejo Godoy, E. Bueno García, C. Gómez Valenzuela, et al

Distrito Sanitario Poniente de Almería.

Antecedentes/Objetivos: El cuidado de la salud sexual y reproductiva y, por tanto, la planificación familiar, es una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y por ampliación de sus familias. Así, nos planteamos describir las características de la demanda de la píldora postcoital en el año 2008, y conocer la evolución en su utilización en un distrito de Atención Primaria en los últimos 5 años, 2003-2008.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal. Los datos se han obtenido a partir de la encuesta anónima que se cumplimenta previamente a la entrega de la píldora postcoital. Esta encuesta recoge las variables: centro de salud, año de estudio, grupo de edad, uso anterior de anticoncepción postcoital anterior, anticoncepción

habitual, motivo de la solicitud, actuación y causa de la no prescripción. Se comparará la evolución en la utilización de la píldora en los últimos 5 años.

Resultados: Se han prescrito un total de 10.194 píldoras postcoitales en los últimos cinco años, de las cuales 1503 corresponden al año 2008. La demanda en el año 2008 en nuestro distrito se ajusta al siguiente perfil: mujer entre 17 y 24 años (52,4%), que ha utilizado en un 47% de los casos previamente esta anticoncepción de urgencia, que consulta mayoritariamente dentro de las 24 horas iniciales tras el coito de riesgo. El 71% utiliza el preservativo como método anticonceptivo habitual, destacando que el 21% no utiliza ningún método y que la anticoncepción hormonal supone el 6,1% del total. En cuanto al motivo de la solicitud el 58,3% es por rotura de preservativo y un 30,3% no usa ningún método. Respecto a la comparativa con años pasados, se observa una evolución creciente en su utilización, además también aumenta el número de personas que reutilizan esta anticoncepción. Tanto las franjas de edad como los motivos de solicitud, así como la anticoncepción habitual se mantienen constantes.

Conclusiones: Tendencia al alza en el consumo de la anticoncepción de emergencia, sobre todo, en mujeres de edad comprendida entre 17 y 24 años. Una tercera parte de las usuarias no utilizan ningún método anticonceptivo. La mitad de las usuarias es reincidente en el uso del método, lo que sugiere su utilización como anticonceptivo habitual.

P-287. ACTIVIDAD FÍSICA EN MUJERES EMBARAZADAS SANAS

C. Amezcua Prieto, R. Olmedo Requena, N. Martínez García, F. Hurtado Sánchez, J. Gómez Fernández, J. Mozas Moreno, et al

Departamento de Medicina Preventiva. Universidad de Granada; Servicio de Obstetricia y Ginecología. H.U Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 más de la mitad de las mujeres españolas en edad fértil no realiza ningún tipo de actividad física en su tiempo libre. Se sabe que durante la gestación la realización de actividad física es beneficiosa tanto para la madre como para el feto. Sin embargo, no hay datos sobre la realización o no de actividad física, el tipo y su intensidad en embarazadas sanas españolas. El objetivo del presente trabajo fue conocer la frecuencia, tipo e intensidad de la actividad física realizada por mujeres embarazadas españolas y sin patología durante su tiempo libre.

Métodos: Diseño: Estudio Transversal de 1.141 embarazadas sanas. Ámbito de estudio: área de referencia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Reclutamiento: junio de 2004 a marzo de 2007. La población de estudio se seleccionó en la ecografía de la semana 20 de gestación. Los criterios de selección fueron nacionalidad española, edad ≥ 18 años y ausencia de patologías crónicas que limitasen la realización de actividad física. La información se recogió mediante entrevista personal y a partir de la historia clínica. Se utilizó el Cuestionario de Actividad Física de Paffenbarger para recoger el tipo, frecuencia, duración e intensidad de las actividades realizadas por la mujer en su tiempo libre. Mediante el Compendium de Actividades Físicas de Ainsworth se calculó el gasto energético medido en equivalentes metabólicos (MET). Se calculó la prevalencia de realización de actividad física durante el embarazo y su IC 95%, así como el gasto medio ocasionado.

Resultados: El gasto energético medio general al día de una embarazada es de 32,1 METs, de los que sólo un 1,1 corresponde a actividades en el tiempo libre. El 26% de las embarazadas sanas (IC 95% 23,4-28,6) no realiza ningún tipo de actividad en su tiempo libre. De las que realizan alguna actividad andar es la más frecuente (59,3%), seguida de la jardinería (28,1%) y natación (7,1%). La intensidad de

estas actividades es en su mayoría ligera (70,4%), siendo de intensidad vigorosa sólo el 10,1% de las actividades. Según esto, si sólo se considerasen las actividades de intensidad moderada a vigorosa el 78,1% (75,4-80,6) de las embarazadas no realizaría actividad física en su tiempo beneficiosa para su salud.

Conclusiones: Un elevado número de embarazadas sanas no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre y aquellas que practican lo hacen a una intensidad de la que no se deriva beneficio para la salud. Sería interesante plantear actividades destinadas a la promoción de la actividad física en este colectivo.

Financiación. Proyectos de Excelencia Junta de Andalucía CTS-05-942.

P-288. ACTIVIDAD FÍSICA EN TIEMPO LIBRE EN EMBARAZADAS SANAS Y FACTORES ASOCIADOS CON SU REALIZACIÓN

C. Amezcua Prieto, R. Olmedo Requena, E. Jiménez Mejías, J. Presa Lorite, E. González Perán, A. Sánchez Rodríguez, J. Mozas Moreno, et al

Departamento de Medicina Preventiva. Universidad de Granada; Servicio de Obstetricia y Ginecología. H.U Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: El Colegio de Obstetras y Ginecólogos Americano recomienda que toda mujer embarazada sana debería realizar un mínimo de actividad física en su tiempo libre de intensidad moderada a vigorosa 5 días a la semana (ACOG, 2003). El Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM) incluye cualquier tipo de actividad de ligera a vigorosa 3 días a la semana durante un mínimo de 30 minutos. A pesar de estas recomendaciones se sabe que muchas mujeres disminuyen su actividad física durante el embarazo. El objetivo fue conocer la frecuencia de embarazadas que cumplían las recomendaciones y los factores asociados con su realización según criterios de ACSM y ACOG.

Métodos: Diseño: estudio transversal de 1.141 embarazadas sanas. Ámbito de estudio: área de referencia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Reclutamiento: junio de 2004 a marzo de 2007. La población de estudio se seleccionó en la ecografía de la semana 20. Los criterios de selección fueron nacionalidad española, edad ≥ 18 años y ausencia de patologías crónicas que limitasen la realización de actividad física. La información se recogió mediante entrevista personal y a partir de la historia clínica. Se utilizó el Cuestionario de Actividad Física de Paffenbarger para recoger el tipo, frecuencia, duración e intensidad de las actividades realizadas por la mujer en su tiempo libre. Mediante el Compendium de Actividades Físicas de Ainsworth se calculó el gasto energético medido en equivalentes metabólicos (MET). Según ACOG una mujer debería acumular el gasto de 450 METs a la semana y 180 según ACSM. Se estimó la frecuencia de mujeres que cumplían las recomendaciones. Para el análisis de los factores asociados se calcularon OR crudas y ajustadas y su IC al 95% mediante regresión logística múltiple.

Resultados: El 56,8% cumplía con el mínimo de actividad recomendado por el ACSM por el 10,3% según los criterios del ACOG. Una edad mayor o igual a 30 años (OR = 1,5 IC 95% de 1,1 a 1,9), no fumar (OR = 1,4) y un alto nivel de estudios (OR = 1,47 IC 95% de 1,02 a 2,1) se asociaron con el cumplimiento de las recomendaciones del ACSM. Para las recomendaciones ACOG, más estrictas, la fuerza de asociación fue mayor y se sumó ser primípara (OR = 1,8 IC 95% de 1,2 a 2,9).

Conclusiones: La realización de actividad física beneficiosa para la salud es limitada en mujeres embarazadas. El problema es mayor en mujeres jóvenes, fumadoras y con bajo nivel de estudios. La educación sanitaria dirigida a fomentar la actividad física en embarazadas se hace necesaria, sobre todo en los grupos de riesgo.

Financiación. Proyectos de Excelencia Junta de Andalucía CTS-05-942.

P-289. SALUD REPRODUCTIVA DE LA JUVENTUD ANDALUZA. INDICADORES PARA LA REFLEXIÓN

E. Vizueté Rebollo, C. Escalera de Andrés, M. Martínez Ballesteros, et al

Servicio Andaluz de Salud. Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Andalucía ha sido la primera Comunidad Autónoma que ha ofertado la anticoncepción de urgencia en los servicios sanitarios públicos. La IVE está concertada con clínicas autorizadas. Objetivos: describir la situación de algunos indicadores de salud reproductiva de la población joven de Andalucía y ponerlos en relación con los de España y países de nuestro entorno, -Datos sobre la prescripción de la anticoncepción de emergencia durante el periodo 2001-2007, -Interrupción voluntaria de embarazo, -Nacimientos de madres menores de 20 años.

Métodos: Análisis de los registros de anticoncepción postcoital del SAS y del registro de IVE de Andalucía Análisis del CMBD.

Resultados: La demanda de anticoncepción de urgencia en el grupo de mujeres de menos de 20 años en Andalucía el de un 30% aproximadamente sobre el total de la demanda. La tasa de aborto ese mismo grupo de edad está experimentando un paulatino aumento pero estabilizándose con relación a etapas anteriores Aún así el porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años (en torno a un 4%) del total de nacimientos es algo superior a la media española. Sin embargo estos indicadores se encuentran en la media o por debajo de los de los países europeos de nuestro entorno Los análisis pueden asimismo hacerse a nivel más local y describir las diferencias existentes.

Conclusiones: La tasa de IVE en España y en Andalucía no es de las más altas de Europa, pero sí tiene una tendencia ascendente La oferta de anticoncepción de urgencia puede estar contribuyendo a estabilizar esta tendencia ascendente Identificar y analizar las posibles diferencias en los datos según cómo se estratifique Es necesario investigar diferencias en cuanto a accesibilidad según zonas Contextualizar las estrategias para cada grupo de edad e incluso para cada zona.

P-290. SATISFACCIÓN DE LAS EMBARAZADAS CON LOS PROFESIONALES QUE CONTROLAN SU GESTACIÓN

M.D. Pozo Cano, E. Martínez García, R. Olmedo Requena, C. Lorca Mesa, M.D. Jurado Chacón, J.F. Guillén Solvas, et al

Departamento de Enfermería. Universidad de Granada; Hospital Universitario San Cecilio; Empresa Pública Hospital de Poniente (Hospital de Guadix); Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: La salud de la madre y el niño constituye una prioridad mundial y las matronas contribuyen a la misma por su formación y funciones. En los últimos años, el estudio de la satisfacción de la sociedad española respecto a sus servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento de valor y se acepta la satisfacción del paciente como un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales. Con este estudio se pretende valorar el grado de satisfacción de las embarazadas con los profesionales de la salud que controlan su gestación en general y con la matrona en particular.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo de una muestra de 265 mujeres atendidas durante su embarazo en Atención Primaria de Salud y que dieron a luz en los Hospitales Universitarios "Virgen de las Nieves" y "San Cecilio" de Granada, durante los meses de julio y agosto de 2008. Se elaboró una encuesta "ad hoc", que recoge datos sociodemográficos, tipo de atención por parte de los profesionales y grado de satisfacción con los mismos, contestada de forma anónima y

voluntaria. El análisis de los datos se hizo con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: El 35,5% de las mujeres de la muestra, proceden del H. Universitario "Virgen de las Nieves", 41,5% del H. Universitario "San Cecilio" y 23,5% de Atención Primaria. El 78,1% de la información y consejos fueron dados por la matrona, seguidas por el tocólogo con el 52,1%. La matrona escuchó las preocupaciones a un 65,3% de las embarazadas, seguida del médico de familia con el 53,6%. También la matrona transmitió tranquilidad y seguridad en el 73,6% y a continuación el médico de familia con el 46,4%. Si sumamos las respuestas muy satisfecha 45,7% y satisfecha 34,0%, el 79,7% de las mujeres están satisfechas con su matrona.

Conclusiones: Las gestantes valoran positivamente el papel de los profesionales de la salud durante el embarazo, sobre todo los aspectos relacionados con la información y consejos sobre la gestación y cuando éstos profesionales les transmiten tranquilidad y seguridad. Las tres cuartas partes de las embarazadas de la muestra están satisfechas con la atención recibida por los profesionales de la salud en general. No obstante, existen diferencias en cuanto a la satisfacción y la atención profesional, siendo la matrona la mejor valorada.

P-291. MEJORAR LA ATENCIÓN AL PARTO EN HOSPITALES ANDALUCES: APORTACIONES DE UNA INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA

C. Gómez Bueno, H. Bretin, et al

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada; UFR Santé, Médecine et biologie humaine, Université Paris 13, Laboratoire Iris (UMR 8156 CNRS-Inserm-EHESS-UP 13).

Antecedentes/Objetivos: El estudio se integra en el marco del proyecto de mejora de la atención perinatal en la red de hospitales públicos andaluces. Los objetivos son: 1) conocer la situación de la atención perinatal en los hospitales andaluces, 2) identificar las dificultades que puedan encontrar las mujeres inmigrantes en este contexto.

Métodos: La investigación exploratoria consiste en: a) Revisión bibliográfica; b) Entrevistas semi-estructuradas y observaciones exploratorias en hospitales andaluces (6 hospitales, 4 ginecólogos-observadores; 2 pediatras (uno, neonatólogo), 4 enfermeros/as; 3 matronas; 30 mujeres).

Resultados: Tanto la bibliografía como las entrevistas y observaciones exploratorias muestran que: 1) Los principales obstáculos a una mejora de la atención al parto son: las formas de organización del trabajo que impiden una atención "continuada" a las mujeres; el poder médico intervencionista; la falta de compromiso colectivo de los profesionales potencialmente implicados en los cambios de actitudes y prácticas; la falta de información clara y de implicación de las mujeres; la presión de los familiares a veces favorables a una intervención más rápida. 2) La principal dificultad de las madres extranjeras es la comprensión de la lengua oral y/o escrita. Pero su nivel de satisfacción depende también de su experiencia previa tanto en el país de origen como en otros hospitales españoles. El personal carece de estrategias de comunicación eficaces.

Conclusiones: Ambas aproximaciones abren pistas sobre las posibilidades de mejora: Mejoras en infraestructuras y en dotación de personal dentro y fuera del hospital (atención primaria) facilitando la preparación, la información y la implicación de las mujeres. Reconocer y devolver su papel central a las matronas. Conseguir y compensar la implicación del personal en el análisis y las modificaciones de sus prácticas. Implicar a las mujeres en el proceso de cambio. Formar al personal en los modos de relacionarse con mujeres de varias procedencias, favoreciendo diversas formas de comunicación con ellas.

Financiación. Secretaria General de Salud Pública, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

PÓSTERES XXII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 17:45 a 19:15 h

Salud laboral

P-292. ESTUDIO PILOTO DE UNA INTERVENCIÓN DE CESACIÓN TABÁQUICA EN TRABAJADORES DE LA HOSTELERÍA

M.J. López, M. Nebot, P. Ramos, M. Brotons, C. Ariza, E. Jordana, R. Lierda, M. Gracia, E. Fernández, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Centre d'Atenció Psicològica i Psicoterapèutica; Institut Català d'Oncologia.

Antecedentes/Objetivos: El sector de la hostelería es un sector especialmente afectado por el problema del tabaquismo, debido a que la prevalencia del tabaquismo entre los trabajadores es elevada, y a que actualmente constituye el único sector laboral desprotegido por la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. El objetivo de este estudio es diseñar, implementar y evaluar una intervención piloto dirigida a fomentar la cesación tabáquica en trabajadores del sector.

Métodos: Se seleccionó una muestra de conveniencia de 35 trabajadores de 30 locales de hostelería de la ciudad de Barcelona. Se diseñó una intervención que incluía un primer contacto telefónico en el que se explicaba la oferta de tratamiento y se realizaba una valoración de motivación y dependencia con los tests de Fagerström y Richmond. Posteriormente se realizaron 3 visitas en el centro de trabajo en las que se utilizaron materiales de apoyo adaptados a la fase de abandono en la que se encontraban los participantes, y se les ofreció terapia farmacológica en caso de que fuese necesaria. La intervención se llevó a cabo entre junio de 2007 y marzo de 2008. Después de la intervención se realizaron 2 llamadas de seguimiento a los 3 y 6 meses. Además, 17 participantes respondieron a un cuestionario en el que se recogían variables de evaluación de proceso como la valoración de las actividades o la utilidad percibida de la intervención.

Resultados: La edad media de los participantes fue de 38 años, 40% fueron mujeres y 60% hombres. El consumo medio era de 24 cigarrillos por día, y la media de años que llevaban fumando de 21. El 94% de los participantes fijaron un día para dejar de fumar. A los 3 meses no hubo ninguna pérdida de seguimiento, y a los 6 meses las pérdidas fueron del 6%. El porcentaje de fumadores que seguían sin fumar 3 y 6 meses después de la intervención fue del 49% y 37% respectivamente. De los que no dejaron de fumar, el 40% había reducido el número de cigarrillos fumados a menos de la mitad 6 meses después de la intervención. Además, los participantes puntuaron con más de un 8 (escala de 0 a 10) la utilidad de las visitas, las actividades, la medicación y la intervención.

Conclusiones: Esta intervención ha mostrado que puede ser efectiva en la cesación tabáquica y la reducción del número de cigarrillos consumidos en trabajadores de la hostelería. Intervenciones de este tipo podrían ayudar a disminuir la prevalencia de tabaquismo entre los trabajadores del sector de la hostelería, repercutiendo en notables beneficios sobre su salud.

Financiación. FIS PI042593.

P-293. CONDICIONES DE TRABAJO Y DISCAPACIDAD: ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE NATIVOS E INMIGRANTES?

M. Solé, M. Rodríguez, L. Díaz-Serrano, et al

Centre de Recerca en Economia del Benestar (CREB); Universitat de Barcelona; Universitat Rovira i Virgili.

Antecedentes/Objetivos: El presente estudio estima la contribución de las condiciones de trabajo- en particular la exposición a riesgos de accidente y enfermedad- a las diferencias en salud, medida ésta por la discapacidad. En concreto, nos centramos en las diferencias entre inmigrantes y nativos en la elección de niveles de riesgo laboral y en los efectos que la exposición a dichos niveles tiene para su salud.

Métodos: Utilizamos datos de la Muestra Continua de Vidas Laborales de la Seguridad Social. La muestra representa el 4% del total de afiliados en 2006, lo que supone un total de 1.170.373 personas. La MCVL contiene información exhaustiva sobre su vida laboral, así como información sobre su grado de incapacidad y el momento de contraerla. Estos datos permiten construir un índice de riesgo de accidente y enfermedad por actividad económica y ocupación. Es previsible que el grado de riesgo- y el tiempo de exposición a lo largo de la vida laboral- tengan efectos sobre la probabilidad de sufrir una discapacidad, temporal o permanente. También es plausible que inmigrantes y nativos tengan patrones de vida laboral distintos; en particular respecto determinadas características del empleo como es la seguridad. Para contrastar empíricamente las hipótesis anteriores, se especifica un modelo de ecuaciones simultáneas de elección de riesgo y probabilidad de sufrir discapacidad que se estima mediante un probit bivariante, separadamente para inmigrantes y nativos. Con ello medimos la contribución de la exposición a riesgo en el empleo en la probabilidad de sufrir discapacidad, teniendo en cuenta que nivel de riesgo y probabilidad de sufrir discapacidad se determinan conjuntamente.

Resultados: Las condiciones de trabajo, en particular la exposición a riesgos de enfermedad y accidente, son determinantes de las diferencias en salud (medida por la discapacidad). Los inmigrantes se emplean con mayor probabilidad que los nativos en trabajos de riesgo para la salud. Sin embargo, el impacto de la exposición a riesgos para su salud es menor que en el caso de los nacidos en España.

Conclusiones: Se confirma la importancia de los riesgos laborales para la salud, cuestión que debería ser tenida en cuenta en el diseño de políticas destinadas a mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud. En todo caso es prematuro, dada la corta historia de inmigración a gran escala en España, extraer conclusiones que orienten políticas concretas en relación con el fenómeno migratorio. Es probable que los efectos de la mayor exposición a riesgos laborales de los inmigrantes no se manifiesten hasta que haya transcurrido un mayor periodo de tiempo.

P-294. ADECUACIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE GRAVEDAD EN LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y PERSISTENCIA DE LESIONES EN LOS TRABAJADORES

J.J. Martínez López, L. Cuenca López, A. Ventura Jiménez, I. Manzano Ródenas, A. Fernández Fernández, et al

Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Almería.

Antecedentes/Objetivos: Desde el Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Almería, como registro de los partes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, veníamos constatando día a día que un elevado número de accidentes de trabajo, que en el momento de su declaración se calificaron como leves, eran y son objeto de valoración por la Comisión EVI (Equipo de Valoración de Incapacidades del INSS). A fin de analizar si existía una adecuación entre la calificación de gravedad manifestada en el parte de accidente y la existencia de lesiones permanentes en los trabajadores, recopilamos los datos de cinco años de Comisiones EVI (1998-2002), contrastando dicha información con el registro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Se analizaron 1.485 casos. En dicho estudio se constataba la existencia de un elevado número de accidentes de trabajo calificados como leves que habían ocasionado una lesión perma-

nente (75% de los casos analizados), Igualmente se puso de manifiesto que el 47,2% de las incapacidades permanentes reconocidas a los trabajadores en el período analizado tenían su origen en un accidente de trabajo calificado como leve. La presente comunicación tiene por objeto completar el anterior estudio, ampliando la investigación al período comprendido entre los años 2003-2006.

Métodos: Primero se ha procedido a recopilar la información referida a los expedientes que por contingencias profesionales se han valorado en las comisiones del EVI de la provincia de Almería de los años 2003-2006. Posteriormente se ha procedido a cruzar dicha información con los datos que tenemos registrados de los accidentes de trabajo, buscando el accidente de referencia. Posteriormente se ha elaborado una base de datos, anonimizada, de la que hemos extraído, entre otros, los resultados que presentamos.

Resultados: Sobre un total de 1.069 casos estudiados, hemos constatado que el 76,9% de los mismos correspondían a accidentes de trabajo que en el momento de su declaración fueron calificados como leves y que el 50,8% de las incapacidades permanentes reconocidas tenían su origen en un accidente laboral leve.

Conclusiones: 1.- Que existe en un elevado porcentaje de casos una clara falta de correspondencia entre la calificación de gravedad de los accidentes de trabajo y las lesiones permanentes en los trabajadores accidentados. 2.- Que urge regular normativamente criterios vinculantes para la calificación de la gravedad de los accidentes de trabajo. 3.- Que se deben articular mecanismos de seguimiento y control de los partes de accidentes de trabajo leves.

P-295. SATISFACCIÓN LABORAL DE PROFESIONALES DE UN ÁREA INTEGRADA DE GESTIÓN SANITARIA DE ANDALUCÍA

E. Martín Ruiz, F. García Rioja, P. Navarro Pérez, A. Vallejo Ortigón, P. Sánchez Villegas, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Antecedentes/Objetivos: Tras la configuración de una nueva Área Integrada de Gestión, se planteó realizar un estudio de seguimiento sobre la satisfacción laboral de sus profesionales, para conocer su evolución y describir variaciones puedan atribuirse al cambio de modelo organizativo. El objetivo de este trabajo es Conocer los niveles de satisfacción laboral actuales de la plantilla de profesionales del Área Integrada de Gestión de estudio.

Métodos: La población de estudio fue profesionales que a diciembre de 2006, mantenían relación laboral con el Área Sanitaria. El procedimiento de recogida de información ha sido con pasación colectiva de un cuestionario autoadministrado. Se ha empleado el cuestionario de Satisfacción s10/12. El tipo de respuesta es con escala tipo Likert con valores de 1 (muy insatisfecho) a 7 (muy satisfecho). Se incluyeron aspectos sociodemográficos y laborales. Para el análisis de los datos, se ha calculado el valor medio y la desviación típica para cada subescala e ítems. Para comparar aspectos sociodemográficos y laborales se realizó ANOVAs de un factor.

Resultados: La tasa de respuesta ha sido del 79% (847 profesionales): 73% personal sanitario. La edad media es 40,7 años (DT 8,13). En los resultados de s10/12, el rango varía entre 4,22 y 5,38. Los mayores grados de satisfacción se obtienen en "tipo de supervisión recibida" y "relaciones personales con sus superiores". Las menores puntuaciones se dieron en "temperatura del local" y "forma en que se da la negociación en aspectos laborales". En Atención Hospitalaria se obtienen puntuaciones superiores en todos los ítems frente a Atención Primaria, diferencias estadísticamente significativas, salvo en "relaciones personales con sus superiores" y "supervisión recibida". Existen diferencias estadísticamente significativas en algunos ítems en función de: personal no sanitario (puntuaciones más altas) frente el sanitario; con respecto al sexo, las mujeres muestran una satisfacción media mayor que los varones; y en relación al nivel

de estudios, satisfacción mayor entre el personal con menos nivel educativo.

Conclusiones: Se recogen puntuaciones medias altas en todos los ítems, se comprueba que la plantilla del área sanitaria está satisfecha laboralmente. Se observan diferencias estadísticamente significativas en algunos ítems atendiendo a variables sociodemográficas y laborales. Aspectos que deberán ser valorados para desarrollar cualquier tipo de intervención. Para el segundo momento de medición de este trabajo de seguimiento, esperamos puntuaciones más altas tras la consolidación y desarrollo del Área Integrada de Gestión Sanitaria de estudio.

P-296. METABOLITOS DE PLAGUICIDAS ORGANOFOSFORADOS Y FUNCIÓN TIROIDEA EN FLORICULTORES DE MÉXICO

M. Lacasaña, C. Aguilar-Garduño, J. Blanco-Muñoz, M. Rodríguez-Barranco, M.E. Cebrián, S. Bassol, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública, España; CIBER en Epidemiología y Salud Pública; Instituto Nacional de Salud Pública, México; Cinvestav-IPN, México; Universidad de Coahuila, México.

Antecedentes/Objetivos: El efecto de los plaguicidas organofosforados (OF) en la función tiroidea ha sido escasamente evaluado en humanos. En un estudio previo se observó asociación entre la exposición a clorpirifos con un incremento en los niveles séricos de TSH. En ratas, la exposición a metamidofos se asoció con disminución de los niveles de T4. Objetivo: evaluar el efecto de la exposición a OF en la función tiroidea de trabajadores de invernaderos.

Métodos: Estudio longitudinal desde julio 2004 a mayo 2005. Un total de 137 hombres entre 18-65 años fueron incluidos en el estudio, a todos ellos se les aplicó un cuestionario general para obtener información sobre características socioeconómicas, antecedentes patológicos, historia ocupacional, actividad en la empresa y exposición a plaguicidas específicos; y se les tomaron muestras de sangre y orina el día siguiente a una aplicación de plaguicidas en la temporada de lluvias (julio-octubre 2004) y de 85 trabajadores se obtuvo de nuevo información en la temporada de secas (diciembre 2004-mayo 2005). Las muestras de sangre y orina se tomaron en ayunas entre las 8:00 y 10:00 AM, las cuales fueron almacenadas a -70 °C hasta su análisis. Se analizaron en orina los seis metabolitos dialquilfosfatos (DAP) de plaguicidas OF por cromatografía de gases por el método propuesto por Ueyama et al (2006). Se determinaron los niveles de T3 y T4 totales por inmunofluorimetría y TSH por inmunoensayo. Se calculó la concentración molar total ($\mu\text{mol/l}$) de Σ DMP y Σ DEP mediante la suma de las concentraciones molares de los metabolitos individuales de acuerdo a sus estructuras químicas. Se evaluó la asociación entre las concentraciones de DAP y los niveles de hormonas tiroideas mediante modelos de ecuaciones de estimación generalizadas (GEE).

Resultados: En ambas temporadas las concentraciones de Σ DMP ajustadas por creatinina fueron superiores que las de Σ DEP (media geométrica en la temporada de lluvias fue 1,50 y 0,29 $\mu\text{mol/l}$, y en la temporada de secas 0,27 y 0,13 $\mu\text{mol/l}$, respectivamente). Se observó una asociación positiva significativa entre las concentraciones de Σ DMP y TSH (p-tendencia < 0,001) y T4 total (p-tendencia < 0,001). Asimismo, se observó una asociación positiva significativa positiva entre las concentraciones de Σ DEP con TSH (p-tendencia 0,003) pero no con T4 total. No se observaron asociaciones significativas entre los niveles de Σ DMP o Σ DEP T3 total.

Conclusiones: La exposición a plaguicidas OF podría estar asociada con una función tiroidea alterada en humanos.

Financiación. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México; N° Proyecto: 49793.

P-297. METABOLITOS DE PLAGUICIDAS ORGANOFOSFORADOS Y EL PERFIL HORMONAL MASCULINO EN FLORICULTORES MEXICANOS

M. Lacasaña-Navarro, C. Aguilar-Garduño, M. Rodríguez-Barranco, J. Blanco-Muñoz, M. Cebrián, S. Bassol, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública, CIBER en Epidemiología y Salud Pública, España, España; Escuela Andaluza de Salud Pública, España; Escuela Andaluza de Salud Pública, España; Instituto Nacional de Salud Pública, México; Cinvestav-IPN, México; Universidad de Coahuila, México.

Antecedentes/Objetivos: Estudios en animales han demostrado que los plaguicidas organofosforados (OF) alteran el perfil hormonal sexual, pero se ha evaluado poco en humanos, en éstos la exposición a OF alteró los niveles de prolactina, FSH, ACTH y cortisol; El Tricloropiridinol (TCPY) la testosterona, y el paratión y elmetamido-fós incrementaron los niveles de LH. Objetivo: Evaluar el efecto de la exposición a OF sobre el perfil hormonal masculino en floricultores mexicanos.

Métodos: Estudio longitudinal de julio 2004 a mayo 2005 en 137 floricultores de 18 a 65 años. Se obtuvo mediante un cuestionario con información sobre características socioeconómicas, antecedentes patológicos, actividad en la empresa y exposición a plaguicidas específicos; y se tomaron muestras de sangre y orina un día después a la aplicación de plaguicidas, en la época de lluvias (julio-octubre 2004) y de la temporada de secas (diciembre 2004- mayo 2005) en 85 trabajadores. Las muestras de sangre y orina se tomaron en ayunas entre las 8:00 y 10:00 AM, las cuales fueron almacenadas a -70 °C hasta su análisis. Se analizaron en orina los seis metabolitos dialquilfosfatos (DAP) de plaguicidas OF por cromatografía de gases por el método propuesto por de Ueyama et al (2006). Se determinaron los niveles de hormonas sexuales masculinas por inmunofluorimetría e inmunoensayo. Se evaluó la asociación entre los niveles de dialquilfosfatos y perfil hormonal mediante modelos GEE para ajustar por la variabilidad inter e intra individual, y por otras variables de confusión, de interacción y modificadoras de efecto.

Resultados: En este estudio los niveles de dialquilfosfatos se asociaron positivamente con la FSH, la prolactina y el estradiol, y negativamente con la inhibina y la testosterona.

Conclusiones: La exposición a plaguicidas OF puede alterar el perfil hormonal masculino.

Financiación. Consejo nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) México.

P-298. EXPECTATIVAS PROFESIONALES: PROCESO DE BÚSQUEDA DE UNA FORMA PARA MEDIRLAS MEDIANTE UN PANEL

J.C. March, M.A. Prieto, J.J. Mercader, A. Suess, A. Danet, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Estudiar las expectativas profesionales puede ayudar a crear un espacio de participación profesional que recoja información sistemática y puntual sobre expectativas, opiniones, sugerencias, necesidades y propuestas de mejora de los/as profesionales. Por panel se entiende el grupo que se manifiesta de forma repetida sobre un mismo tema. Su utilización está especialmente indicada cuando se desea conocer en qué medida se producen cambios de opinión respecto a determinados asuntos. Objetivo: crear un espacio de participación de los profesionales, que facilite la toma de decisiones a partir del conocimiento de las expectativas profesionales.

Métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos OVID, Scielo, IME y Mediciatrina, en el periodo 2000-8. Asi-

mismo, se realizó una técnica de grupo nominal con responsables y 4 grupos focales, 2 con profesionales de atención primaria y 2 de atención hospitalaria. Se utilizó un guión de entrevista en la que se valoraban las expectativas profesionales más importantes, expectativas de mejora respecto al desarrollo profesional, la formación e investigación, la política de personal, la organización y gestión, el clima laboral, la identidad profesional, los recursos materiales y condiciones y la relación con los/as usuarios. Por último, a partir de los resultados de estas fases, se hizo un cuestionario que se revisó y corrigió con un grupo de 25 expertos para después pilotarse en un área.

Resultados: En los grupos focales encontramos un alto grado de concordancia en la identificación de dimensiones centrales de análisis. Los principales aspectos que aparecen son: Desarrollo profesional. Formación. Sistemas de retribución e incentivos. Políticas del personal. Organización y gestión. Perfil de los/as gestores/as y cargos directivos. Participación. Coordinación interna y externa. Reconocimiento. Clima laboral. Recursos materiales y tangibles. Algunas de las expectativas y dimensiones nombradas encuentran escasa o nula tematización en la bibliografía revisada y al contrario. El perfil de los/as gestores/as con 23 votos, junto a la Adecuación de los recursos humanos y materiales y la cartera de servicios a las necesidades de la población (23) y la Selección de personal (23) fueron las 3 ideas más votadas. En la bibliografía analizada se ha podido constatar, entre otros aspectos, las características de la metodología utilizada en los estudios, conceptualizaciones teóricas, contenidos y resultados, así como del empleo de la técnica de Panel.

Conclusiones: Conocer las expectativas profesionales puede ayudar a los responsables a desarrollar una política de desarrollo profesional más adecuada a las necesidades de los profesionales y adelantarse a las mismas.

Financiación. Servicio Andaluz de Salud.

P-299. ACCIDENTES LABORALES EN ITINERE EN LA EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL DE PONIENTE

D.M. Martínez Cobos, J. Ruiz Góngora, M.A. Lucerna Méndez, S. Lucena García, C. Sánchez Borja, I. López Lirola, M.C. Cerezo Mesas, C. Guerrero Ruiz, G. Zufri Rodríguez, et al

Empresa Pública Hospital de Poniente.

Antecedentes/Objetivos: Estadística del Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales en el período 1995-2004 Los accidentes laborales in itinere han crecido en total un 231% mientras que los ocurridos en jornada de trabajo han crecido un 149%. Y en tanto que en el conjunto de accidentes de trabajo los ocurridos en jornada de trabajo ascienden al 91,19% e in itinere al 8,81% durante el año 2004, los mortales lo son el 68,18% en jornada y le 33,82% in itinere. En el caso de los graves las cifras son del 80,48% y del 19,52%, respectivamente términos generales se puede constatar que alrededor de 1 de cada 10 accidentes de trabajo se producen in itinere, y 2 de cada 10 de los graves y la tercera parte de los mortales por la misma causa. Si se desglosa los accidentes laborales por Comunidades, la que más accidentes mortales tuvo fue Andalucía 195, de los que 143 fueron en el puesto de trabajo y 52 in itinere 1. Conocer las características de los accidentes de trabajo in itinere (AII) en los centros sanitarios de la EPHP en un periodo de 5 años (2003-2007). 2. Determinar la frecuencia del accidente de trabajo in itinere en el periodo (2003-2007).

Métodos: En la primera fase se estudiará la frecuencia del AII y descripción de las variables relevantes relacionadas con estos accidentes. El trabajo explora la asociación entre algunos de los factores laborales y demográficos más relevantes (sexo, edad, categoría profesional, turno de trabajo) en los años 2003/2007 de la EPHP.

Resultados: El análisis de los datos obtenidos muestra que las categorías profesionales que más han sufrido este tipo de accidentes son DUE (31,58%) auxiliar de enfermería (29,82%) y celador (19,30%),

siendo los que menos FEA, MIR y fisioterapeuta (3,51%). El 31,57% de las personas afectadas se encuentra entre los 32 y los 28 años de edad y entre 52-48 (21,05%), la mayor parte de los accidentes ocurren de mañana tanto a la ida (61,53%) como a la vuelta del trabajo (44,44%). Y, por último, el 79% de las personas que han sufrido estos accidentes son mujeres.

Conclusiones: La mayoría de los accidentados son mujeres, que puede ser debido a que aproximadamente el 80% de los trabajadores sanitarios son mujeres. El momento accidente (ida o vuelta), y el turno (tarde o noche) tienen la misma frecuencia. Se hace preciso relacionar si la noche, que coincide con la misma densidad de tráfico a la vuelta que el turno de mañana a la ida, no parece verse influenciada por el factor cansancio puesto que el impacto no parece ser significativo).

P-300. AGRUPACIÓN DE CASOS DE NEOPLASIA EN PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Valencia, A. Ramos, J.A. Martín, P. Ortega, M. Conde, et al
Servicio de Medicina Preventiva.

Antecedentes/Objetivos: Tras detectar un acúmulo de casos de neoplasias en trabajadores sanitarios (TS) de la Unidad de Endoscopia de los HH.UU. Virgen del Rocío de Sevilla, se plantea la posibilidad de factores ambientales/ocupacionales como riesgo para el desarrollo de éstas. Objetivo: Determinar si el número de casos de neoplasias observados en dicha Unidad es superior al esperado e identificar factores de riesgo que habrían podido actuar como determinantes en el desarrollo de estos.

Métodos: Para valorar los riesgos para la salud a los que los casos habían podido estar expuestos, se realizaron: estudio de series de casos, caracterización de procedimientos de trabajo e inspección de la Unidad con mediciones ambientales de los tóxicos identificados. Se definió caso como todo TS adscrito a la Unidad de Endoscopia durante un periodo de tiempo definido entre el año 1995-2006 y en el que se hubiera detectado un proceso neoplásico tras el inicio de dicha exposición laboral. La información de los casos se extrajo mediante entrevista personal y revisión de historias clínicas y de salud laboral, las entrevistas también se utilizaron para caracterizar los procedimientos de trabajo. Técnicos de la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, de acuerdo a los métodos establecidos por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, realizaron el muestreo de los distintos contaminantes estimando los valores límites ambientales de aquellas sustancias que los tenían establecidos.

Resultados: Se detectaron ocho casos: cinco neoplasias de mama, un linfoma de Hodgkin, un carcinoma gástrico y un mieloma múltiple. Ante la diversidad de neoplasias, se redefinió caso considerando únicamente las de mama. Sólo pudo conocerse la histología de cuatro de casos: carcinoma ductal infiltrante. Rango de edad al diagnóstico: 43-55 años. En cuatro mujeres se conoció edad de la menarquia: rango 10-14 años, el resto de antecedentes gineco-obstétricos relacionados sólo pudo averiguarse en tres: ninguna utilizó anticonceptivos orales, una nulípara, una realizó lactancia materna (2 meses) y ninguna tenía antecedentes familiares. No se detectaron exposiciones extra-laborales de riesgo para este cáncer. El estudio de exposiciones laborales de riesgo evidenció que la dosis mínima admitida para radiaciones ionizantes no se había superado (lectura de dosímetros personales y ambientales), tampoco se superaron los VLA-ED de ácido peracético y de peróxido de hidrógeno, ni el VLA-EC de formaldehído.

Conclusiones: No se puede considerar que existiera un clúster de casos de cáncer. La neoplasia más frecuente entre los casos, el carcinoma ductal infiltrante, también lo es en población general. No se detectó riesgo relacionado con los contaminantes físicos y químicos laborales identificados.

P-301. ESTUDIO DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN SALA DE YESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE TRAUMATOLOGÍA

J.A. Martín, A. Gasch, A.J. Román, M. Ramón, et al

Servicio de Medicina Preventiva. HHUU Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: Tras acudir a la consulta de Salud Laboral una trabajadora de la Sala de Yesos y Sala de Triage del Servicio de Urgencias del H.R.T. con diagnóstico de asma se hizo necesario descartar etiología laboral. Objetivo: evaluar las condiciones de trabajo del personal de la Sala de Yesos y la Sala de Triage del Servicio de Urgencias del H.R.T.

Métodos: Ámbito de estudio: Sala de yesos y Sala de triaje del Servicio de Urgencias traumatológicas de los HH. UU. Virgen del Rocío. Periodo de estudio: abril-julio de 2005 Se realizó una vigilancia activa para detectar nuevos casos y un examen técnico de las condiciones de trabajo en dichas unidades. Se definió caso como cualquier trabajador de la Sala de yesos o de triaje con sintomatología irritativa ocular o respiratoria durante el periodo de estudio. La información clínica, antecedentes laborales y de otras exposiciones se extrajeron del examen de salud laboral. La Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, realizó el estudio de las condiciones de trabajo, valorando las características de iluminación mediante luxómetro, la exposición a materia particulada mediante el cálculo de VLA-ED y la exposición a compuestos orgánicos mediante equipo de muestreo personal con lectura directa.

Resultados: Se detectaron otros 5 casos que presentaban sintomatología ocular irritativa. Las mediciones con luxómetro dieron un resultado de 900-1200 lux adaptándose a lo establecido en el RD 48671997. Los valores de medición para compuestos orgánicos fueron: óxido de etilino < 0,04 ppm, óxido de propileno < 3 mg/m³ y acetato de vinilo 36 mg/m³, sin que ninguno de ellos superara los límites establecidos. Se superaron los VLA-ED de materia particulada en el corte de yesos (50,478 mg/m³) pero no en la preparación de vendas (3,31 mg/m³).

Conclusiones: Tras la evaluación realizada y de acuerdo con los síntomas clínicos que presentaban, no se pudo concluir etiología profesional del asma aunque sí que su agravamiento tenía relación con el trabajo. La superación de los VLA-ED establecidos para materia particulada determinó la necesidad de proponer medidas preventivas: mascarilla de filtro P3 mientras no existiera sistema de extracción local de la herramienta de corte y un sistema de extracción forzada en la sala.

P-302. REDES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN DE TRABAJADORES DE LA SALUD

A. Lluçà, A.L. García-Basteiro, V. Olivé, L. Costas, S. Quesada, P. Varela, J.M. Bayas, A. Trilla, et al

Medicina Preventiva y Epidemiología; Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La gripe transmitida por profesional sanitario aumenta la mortalidad, la morbilidad y las estancias hospitalarias de los pacientes y supone costes y bajas laborales de personal sanitario. El método más eficiente para evitar los brotes y prevenir sus consecuencias es la vacunación del personal sanitario. El trabajador sanitario infectado es un agente transmisor especialmente a grupos de pacientes vulnerables. En el Hospital Clínic de Barcelona se produjo un brote nosocomial de gripe durante época epidémica, agravado por la baja cobertura vacunal de los profesionales sanitarios. Aunque CDC recomienda la vacunación anual de los trabajadores sanitarios desde 1981, las coberturas en España rondan el 20%. El Hospital Clínic de Barcelona (HCB) alcanzó una cobertura del 24% en la temporada

2007 mediante una campaña poco planificada que captó al 70% de los vacunados con una enfermera vacunadora móvil por el centro. Este año se ha diseñado una campaña que ha procurado hacer más popular y atractiva la vacunación con el objetivo de alcanzar el 30% de cobertura, especialmente en los servicios que tratan pacientes con más riesgo.

Métodos: La campaña se ha diseñado en tres líneas: consolidación del soporte institucional, aumento de la demanda y mejora de la accesibilidad. La campaña ha sido aprobada por dirección a quién se le ha pedido la eliminación de barreras económicas, su compromiso personal de vacunación. Se ha planteado introducir la cobertura vacunal del personal como indicador de calidad. Para aumentar la demanda, hemos dado a conocer la cobertura alcanzada el año anterior a todo el personal sanitario y nos hemos propuesto poner en boca de todos la campaña a través del uso de redes sociales. Hemos difundido semanalmente mensajes educativos y publicitarios a través del correo electrónico, hemos organizado un sorteo entre el personal sanitario vacunado y se ha establecido un espacio web donde aparecen las fotografías del personal sanitario que lo desea bajo el lema "¡Yo ya me he vacunado!". Respecto a la accesibilidad, se han planificado los turnos de la Unidad Móvil, se ha aumentado su personal y se ha avisado con antelación de su recorrido por el centro.

Resultados: Se ha aumentado el personal de las unidades móviles y el sorteo de obsequios. El equipo directivo se ha vacunado y ha aparecido en el espacio web. Han sido diversos los servicios que se han animado a fotografiarse. Se ha alcanzado una cobertura del 37% en el primer mes de campaña.

Conclusiones: Las redes sociales son una herramienta útil para mejorar la cobertura de vacunación de personal sanitario e incrementar la seguridad del paciente.

P-303. PROCESO MIGRATORIO Y CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y LABORALES EN UNA MUESTRA DE TRABAJADORES INMIGRANTES EN ESPAÑA

A.M. García, M.J. López-Jacob, E. Sousa, F.G. Benavides, et al

Universidad de Valencia; Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS); Universitat Pompeu Fabra; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La llegada masiva de trabajadores inmigrantes a España ha sido decisiva para la economía y el mercado de trabajo en nuestro país. Desde la salud pública todavía son escasos los estudios sobre las condiciones laborales de este colectivo. El objetivo de esta comunicación es describir el proceso migratorio y algunas características laborales principales en trabajadores inmigrantes a partir de la información obtenida en las entrevistas realizadas en 2008 en el marco del Proyecto ITSAL (Inmigración, Trabajo y Salud).

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra estratificada por nacionalidad (Ecuador, Marruecos, Rumania y Colombia), sexo y situación legal (permiso de trabajo). Entrevistas personales a 2.434 trabajadores inmigrantes residentes en España. El cuestionario incluye preguntas sobre proceso migratorio, condiciones de empleo y expectativas de vida y trabajo.

Resultados: La muestra incluye 1.395 hombres (edad media 32,9 años) y 1.039 mujeres (edad media 33,7 años). El 65% de los hombres y el 73% de las mujeres han completado estudios secundarios o superiores. El 41% de los encuestados viven en pareja, más de la mitad de ellos con sus hijos. Un 68% tienen personas que dependen económicamente de ellos. El principal motivo de la emigración es la necesidad de trabajo (77%), aunque en las mujeres es también frecuente el reagrupamiento familiar (13%). Del total de encuestados el 75% trabajaban en el momento de la entrevista (65% de los que no tenían permiso de trabajo). El 40% trabajaron más de 40 horas en su última semana de trabajo (46% de los que no tenían permiso). Un 44%

declaran que su salario no les permite (nunca o casi nunca) cubrir las necesidades básicas propias y de las personas que dependen de ellos (47% de los que no tenían permiso). Un 60% consideran que sus expectativas al llegar a nuestro país se han cumplido bastante o mucho. Casi la mitad de los encuestados planean quedarse en España al menos los próximos tres años y también la mitad de los encuestados recomendarían a otras personas venir a trabajar España.

Conclusiones: Las condiciones personales y laborales de los trabajadores inmigrantes en España son extremas. Es una población joven, con nivel de estudios elevado, con dificultades para trabajar en sus países de origen y en una situación de trabajo en España que frecuentemente no permite resolver sus necesidades económicas y las de su entorno familiar. Todo ello determina mayor vulnerabilidad a padecer condiciones laborales deficientes, pese a lo cual una proporción importante considera su situación de vida y trabajo aceptable.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria (PI052202; PI052334; PI050497).

P-304. JÓVENES Y TRABAJO EN FRANQUICIAS DE COMIDA RÁPIDA

L. Sánchez Tovar, R. Zingales, N. Camacho, et al

Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores. Universidad de Carabobo; Instituto Nacional de Prevención Salud y Seguridad Laboral; Facultad de Ciencia y Tecnología. Universidad de Carabobo.

Antecedentes/Objetivos: Con el proceso de globalización el sistema de franquicias, y en especial el de comidas rápidas, ha sido introducido a nivel mundial. Llama la atención la opinión de jóvenes trabajadores respecto a cómo perciben el trabajo en dichas franquicias. El objetivo del estudio fue indagar sobre las condiciones de trabajo bajo las cuales laboran los jóvenes en las franquicias de comida rápida.

Métodos: Se realiza un abordaje cualitativo, donde se privilegia el sentir de los propios jóvenes trabajadores. Se utiliza como instrumentos para la recolección de la información: grupos de discusión, foro online y la encuesta individual. Participaron en el estudio trabajadores activos de una franquicia transnacional de comida rápida, así como extrabajadores, quienes narran sus experiencias en encuentros on line.

Resultados: Los resultados revelan que, en los jóvenes, existe una marcada representación instrumental del trabajo; laboran bajo esquemas de organización del trabajo flexible y desregularizado, característico en el proceso de globalización; están en presencia de factores de riesgos psicosociales; la organización del trabajo en las franquicias privilegia la plurifuncionalidad; laboran bajo un control estricto de tiempos y vigilancia permanente; están sometidos a elevadas exigencias emocionales; la jornada de trabajo es agotadora con un ritmo de trabajo acelerado y ocurrencia frecuente de accidentes, con lo cual se compromete la salud física y mental de los jóvenes trabajadores.

Conclusiones: Emerge como elemento significativo la influencia del trabajo y los factores de riesgo psicosociales en la salud, vida cotidiana y familiar de los trabajadores estudiados. Se recomienda realizar estudios puntuales que permitan controlar las condiciones que ponen en riesgo la salud de los jóvenes trabajadores.

P-305. PROTOCOLO PARA EVALUAR LA SALUD PSICO-SOCIAL EN UN GRUPO DE ADULTOS ESPAÑOLES

P. Chillón, A.B. Fernández-Revelles, A. Carbonell, J.M. Martínez, F.J. Huertas, M. Delgado, P. Tercedor, et al

Departamento de Educación Física y Deportiva, Universidad de Granada; Grupo CTS 545, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: En la sociedad actual se está produciendo una emergente preocupación por la mejora de salud de las personas. Son muchos los factores que determinan el estado de salud de una persona atendiendo al concepto integral de salud basado en la triple dimensión bio-psico-social. La evaluación de la salud se convierte en un medio inexcusable para una adecuada intervención posterior orientada hacia la mejora de la misma. Los parámetros y variables de la salud biológica aparecen consensuados en la bibliografía pero los de salud psico-social presentan una mayor variabilidad. El objetivo de estudio es presentar un protocolo dirigido a evaluar la salud psico-social en adultos sanos españoles.

Métodos: El protocolo se aplicó a 38 trabajadores de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) que participaron voluntariamente. La toma de datos se realizó en una sesión durante 45 minutos de duración en base a cuestionarios autoadministrados. Las variables medidas fueron: salud percibida, estrés percibido y autoeficacia percibida. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes cuestionarios: SF 36, Escala de estrés percibido y Escala General de Autoeficacia. Los resultados medios de las variables se convirtieron en base a los datos de la población estudiada, en una escala numérica de 0 a 10 atendiendo a 5 niveles de salud: muy bien (8-10), bien (6-8), aceptable (4-6), deficiente (2-4) y muy deficiente (0-2).

Resultados: Los valores medios y desviaciones típicas de las tres variables psico-sociales fueron los siguientes: salud percibida ($7,6 \pm 1,2$), estrés percibido ($6,2 \pm 1,3$) y autoeficacia percibida ($6,9 \pm 1,4$). El 47% de los sujetos aprecian tener una salud percibida buena, sin existir ningún sujeto que la considere deficitaria. Un 5% de los sujetos indica tener unas condiciones de estrés negativas, frente al 29% que las considera aceptables y el resto adecuadas. Otro 5% presenta un nivel deficiente de competencia percibida para acometer cambios en su estilo de vida, mostrando un 79% un valor bueno o muy bueno.

Conclusiones: Es prioritario evaluar los aspectos psico-sociales de las personas, además de los aspectos biológicos, para poder definir el estado de salud de un sujeto. La salud, el estrés y la autoeficacia percibida son tres variables relevantes en este objetivo, cuya medición a través de los instrumentos respectivos ha sido corroborada. Son necesarias propuestas de intervención evaluadas para mejorar los niveles de salud psico-social en la población adulta.

Financiación. Proyecto en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

P-306. EXPOSICIÓN A METALES PESADOS EN TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA QUÍMICA Y DEL METAL. UN ESTUDIO PILOTO

J. Alguacil, R. Capelo, T. García, J.A. Garrido, J.L. Gómez-Ariza, M.T. Gómez, J. Anglada, C. Ruiz, C. Manzano, et al

Universidad de Huelva; Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva).

Antecedentes/Objetivos: Además de su efecto tóxico en los sistemas digestivo, respiratorio, renal y nervioso, varios metales (aluminio, arsénico, berilio, cadmio, cromo, níquel y plomo) son agentes cancerígenos en humanos (pulmón, próstata, piel, testicular y riñón). La industria química, metalúrgica y de la minería es una fuente potencial de exposición a dichos metales. Aunque las empresas cumplan la normativa sobre niveles de metales en el ambiente laboral, dichos metales se pueden acumular en el cuerpo a lo largo de los años y provocar efectos en la salud. El objetivo del estudio fue explorar si existe exposición acumulada a metales pesados en trabajadores expuestos.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal. Se reclutaron 51 trabajadores voluntarios (46 hombres, 5 mujeres) de la industria química y metalúrgica en diferentes áreas geográficas españolas en los que se pudo obtener información sobre su historia laboral y muestras de uñas para analizar sus niveles de metales pesados. Un experto

en higiene industrial valoró a priori la probabilidad e intensidad de exposición a metales pesados cancerígenos. La dosis interna de metales pesados se realizó mediante análisis multielemental por espectroscopia de emisión por ICP-MS. La comparación de la mediana de los niveles de dosis interna acumulada de metales pesados se realizó mediante el test de Kruskal Wallis.

Resultados: La comparación de los niveles de dosis interna acumulada entre los trabajadores que según el experto en higiene industrial no estaban expuestos a cada metal concreto y los que sí estaban expuestos no mostraron diferencias para aluminio ($p = 0,68$), cromo ($p = 0,71$), níquel ($p = 0,34$) y plomo ($0,71$). La mediana de dosis acumulada en uñas en los trabajadores considerados como no expuestos, expuestos con probabilidad baja y expuestos con probabilidad alta a arsénico fue 0,06, 3,32 y 6,0 ppm, respectivamente ($p < 0,001$). También presentaron mayores niveles de exposición acumulada los trabajadores expuestos a cadmio ($p = 0,001$). Respecto a la intensidad de la exposición, los trabajadores clasificados como expuestos con intensidad alta a arsénico ($p < 0,001$), cadmio ($p = 0,004$) y cromo ($p = 0,01$) presentaron mayores niveles de dosis interna acumulada que los clasificados como no expuestos.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la exposición laboral contribuye a la acumulación de metales pesados en el cuerpo. Como las enfermedades (ej. cáncer) asociadas a metales pesados pueden ser crónicas, podría ser recomendable monitorizar los niveles de dosis interna acumulada en dicho colectivo de trabajadores y su estado de salud.

Financiación. Ministerio de Sanidad (FIS 052511); CIBERESP.

P-307. SITUACIÓN LEGAL, CONTRATO DE TRABAJO Y SALUD PERCIBIDA EN TRABAJADORES INMIGRANTES EN ESPAÑA

E. Sousa, A.M. García, M.J. López-Jacob, J. Benach, C. Ruiz, E. Ronda, A. Agudelo-Suárez, F.G. Benavides, et al

Universitat Pompeu Fabra; Universidad de Valencia; Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Universidad de Huelva; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La situación legal de los inmigrantes y su estabilidad en el empleo son cuestiones centrales en su proceso de integración. Este trabajo analiza las relaciones entre situación legal y contrato laboral con la salud autopercebida (proyecto ITSAL).

Métodos: Estudio transversal de una muestra estratificada por nacionalidad (Ecuador, Marruecos, Rumania y Colombia), sexo y situación legal (permiso de trabajo). Entrevistas personales a 2.434 trabajadores inmigrantes residentes en España. El cuestionario incluye preguntas sobre nivel de salud percibida (muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo), situación legal (posesión o no del permiso de trabajo) y tipo de contrato en el empleo actual o último (fijo o temporal). La relación de estas variables y el nivel de salud (agrupado en bueno-muy bueno vs. regular-malo-muy malo) se analizó mediante odds ratios ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y tiempo en España en modelos de regresión logística. Se presentan también resultados según nacionalidad.

Resultados: La muestra incluía un 22% ($n = 539$) de inmigrantes sin permiso de trabajo (de 10% en ecuatorianos a 47% en rumanos), 41% ($n = 987$) con permiso de trabajo y contrato temporal (de 18% en rumanos a 32% en marroquíes) y 28% ($n = 682$) con permiso de trabajo y contrato fijo (de 16% en rumanos a 32% en ecuatorianos). Los trabajadores de Ecuador son los que mostraron porcentajes más elevados de peor salud: sin permiso un 28%, con permiso y contrato temporal un 23% y con permiso y contrato fijo un 25%. Para el conjunto de la muestra, los sin permiso de trabajo declaran peor salud que el grupo con permiso y contrato temporal (ORa = 1,49; IC95% 1,07-2,09) y el grupo con contrato fijo (ORa = 1,43; IC95% 1,05-1,96), pero no hay diferencias significativas entre el grupo con contrato temporal y con

contrato fijo ($p = 0,775$). Sin embargo, cuando se estratifica por nacionalidad, esta diferencia significativa sólo se mantiene entre los trabajadores de Rumanía, donde los sin permiso legal declaran peor salud que el grupo con contrato temporal (ORa = 2,03; IC95% 1,12-3,69) y que el grupo con contrato fijo (ORa = 3,33; IC95% 1,52-7,30). Tampoco hay diferencias significativas entre el grupo de rumanos con contrato temporal y con contrato fijo.

Conclusiones: La situación legal y el contrato se relacionan con el nivel de salud referido por los trabajadores inmigrantes en España. Esta relación presenta variaciones según nacionalidad.

Financiación. Financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (PI052334; PI050497, PI0552202).

PÓSTERES XXIII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 17:45 a 19:15 h

Vacunas

P-308. VACUNA PARA LA PREVENCIÓN DE HERPES ZOSTER Y NEURALGIA POSTHERPÉTICA EN ADULTOS: REVISIÓN DE EFICACIA, SEGURIDAD Y EFICIENCIA

J. Ruiz-Aragón, S. Márquez-Peláez, R. Villegas, et al

*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
Consejería de Salud Junta de Andalucía.*

Antecedentes/Objetivos: La reactivación del virus de la Varicela-Zoster en adultos, produce una erupción conocida como herpes-zoster (HZ). Las complicaciones del HZ afectan al sistema nervioso central y pueden ocasionar neuralgia postherpética (NPH), encefalitis o mielitis. El objetivo de esta revisión ha sido evaluar la seguridad, eficacia y eficiencia de una nueva vacuna (Zostavax®) para la prevención de HZ y NPH en adultos.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura (hasta junio 2008). La búsqueda se centró en localizar ensayos clínicos aleatorizados y estudios de evaluación económica sobre la vacuna en adultos. Las bases de datos consultadas fueron MedLine, Embase, Cochrane Library, Agencia Europea del Medicamento, "Food and Drug Administration", Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Red Europea de Detección Precoz de Tecnologías, el registro de ensayos clínicos "ClinicalTrials.gov" y la base Euronheed. La calidad de los estudios se valoró mediante criterios del programa CASPe y Jadad.

Resultados: Se han localizado tres ensayos clínicos de calidad alta (uno de eficacia y seguridad y dos sólo de seguridad), un informe de Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria y siete estudios económicos que cumplían los criterios de inclusión. En el ensayo sobre eficacia el grupo vacunado notificó una reducción de la incidencia de HZ del 51,3% (IC95% [44,2% a 57,6%]), y una reducción de la incidencia de NPH de 66,5% (IC95% [47,5% a 57,6%]). Se registró una reducción de la severidad del dolor, medida con la escala "HZ BOI score" en el grupo vacunado ($p < 0,001$). La duración del dolor también fue menor en el grupo vacunado (21 vs 24 días) ($p = 0,03$). En cuanto a seguridad, los ensayos reflejan mayores porcentajes de reacciones adversas en la zona de inyección en el grupo vacunado, pero las diferencias no fueron significativas en ningún ensayo. Para la eficiencia se incluyeron seis análisis coste-utilidad y un análisis coste-efectividad, todos de calidad moderada-alta, que aportaron resultados en coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC) entre 6.670 y 200.734\$ por AVAC ganado, en función del valor de los parámetros considerados.

Conclusiones: La vacuna es segura sin observarse diferencias significativas en los efectos adversos. Ha demostrado ser eficaz en la reducción de la incidencia de HZ y NPH, así como también en la disminución de la duración y severidad del dolor asociado. Los estudios

económicos reflejan que la vacunación, salvo en los escenarios más optimistas de eficacia, duración de la protección y edad de la población vacunada, presenta valores muy por encima del umbral coste-efectividad habitualmente considerado de 50.000\$ por AVAC.

P-309. EFICACIA, SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LAS VACUNAS ANTIRROTAVIRUS PARA LA GASTROENTERITIS INFANTIL

J. Ruiz-Aragón, S. Márquez-Peláez, R. Villegas, et al

*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
Consejería de Salud. Junta de Andalucía.*

Antecedentes/Objetivos: Rotavirus constituye, en lactantes y niños pequeños, el principal agente que causa gastroenteritis. Puede ocasionar diarrea grave con deshidratación y, en ocasiones, requiere hospitalización. La prevención de su infección se considera uno de los principales objetivos en salud pública y la vacunación puede constituir la mejor medida para ello. El objetivo ha sido la evaluación de la eficacia, seguridad y eficiencia de vacunas desarrolladas frente a la gastroenteritis por rotavirus en población infantil.

Métodos: Revisión sistemática utilizando las bases MedLine (1966-enero 2007), Embase (2000-enero 2007), bases del Center for Reviews and Dissemination, Cochrane Library, Agencia Europea del Medicamento, Food and Drug Administration, Red Europea de Detección Precoz de Tecnologías y Euronheed. Los criterios de inclusión fueron estudios con niños sanos, que comparaban grupo vacunado frente a no vacunado. Se excluyeron estudios con pacientes adultos, niños enfermos, si la intervención no incluía alguna vacuna o si no había grupo control. La calidad de los estudios se valoró mediante criterios del programa CASPe y Jadad. Para la eficiencia se consideraron análisis coste-efectividad (ACE), coste-utilidad (ACU) y coste-beneficio (ACB).

Resultados: Para eficacia y seguridad se incluyeron 10 ensayos clínicos y una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane, y para eficiencia 14 estudios (9 ACU, 2 ACE, 2 ACB y una revisión). La calidad de los estudios fue alta. En la mayoría de los trabajos no se describieron diferencias significativas en cuanto a efectos adversos, ni casos de invaginación intestinal entre el grupo placebo y la intervención. Las vacunas presentaron eficacias superiores al 50% para cualquier tipo de gastroenteritis por rotavirus, y este porcentaje superaba el 65% para casos de gastroenteritis grave. Los resultados económicos establecieron un rango de valores entre 21.900 €/QALY y 155.077 €/QALY. Para países en desarrollo el rango encontrado osciló entre 34,25 €/DALY y 18.403,96 €/DALY.

Conclusiones: Las vacunas son seguras, con reacciones adversas típicas de escasa relevancia. La eficacia es alta, consiguiendo reducir la morbilidad, las cargas asociadas a la infección y las muertes relacionadas. Además los resultados están ampliamente influenciados por los valores de los parámetros que se incluyen en los modelos. Sin embargo, a los precios actuales tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo y dado los altos costes que conllevan, estas vacunas no pueden ser definidas como intervenciones coste-efectivas.

P-310. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE VARICELA REGISTRADOS EN CMBD EN ANDALUCÍA. 2001-2007

V. Gallardo García, G. Andérica Frías, F.J. Guillén Enríquez, J.C. Fernández Merino, J.C. Carmona Lagares, J.M. Mayoral Cortés, et al

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral; Secretaría General de Salud Pública y Participación; Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En 2006 se incluyó en calendario de vacunaciones a los 12 años la vacuna de varicela para niños que no

hayan padecido la enfermedad ni estén vacunados previamente, con objeto de evitar la enfermedad en el adulto. El objetivo de este trabajo es conocer las características de los casos de varicela hospitalizados en Andalucía ya que representan la forma más grave de presentación de la enfermedad.

Métodos: Se ha utilizado la base de datos con las altas recogidas en el CMBD de Andalucía de los años 2001 a 2007 por los códigos: 052.0 (encefalitis posvaricela), 052.1 (Neumonitis por varicela), 052.7 (varicela con complicaciones especificadas), 052.8 (varicela con complicación no especificada), 052.9 (varicela sin mención de complicación), en el código principal (C1). Se estudian las variables edad, grupo de edad, sexo, complicaciones, estancia media y tipo de alta.

Resultados: El número de altas en los diferentes años ha sido 228, 271, 236, 243, 306, 225 y 250. El mayor porcentaje corresponde a alta por varicela sin mención de complicación (de 44% en 2005 a 66% en 2001). Las neumonitis han oscilado entre 17% en 2001 a 24% en 2006. La varicela con complicación: 14% en 2001 a 32% en 2007. La encefalitis se presentó entre 3% en 2001 y 2007 a 8% en 2006. En relación a la edad, los menores de 1 año representan el% más elevado oscilando entre el 8% en 2005 y 20% en 2007. Por grupos de edad, los menores de 5 años representan entre el 44-57% de las altas, el de 5-9 años entre el 8%-18% y el de 30-39 años entre el 10%-16% de las altas. En los grupos de edad por debajo de 20 años y en el de mayores de 49 años el diagnóstico más frecuente es varicela sin mención de complicaciones (52% a 79%), en los grupos de 20-29, 30-39 y 40-49 años el diagnóstico más frecuente es neumonitis (45%, 62% y 60%). Hay un ligero predominio del sexo masculino (51%-58%, según año). La estancia media más elevada correspondió a los casos por encefalitis posvaricela, 12 días, mientras que la menor correspondió a varicela sin complicaciones con 4-5 días. El alta por defunción ocurrió en 15 casos (2, 2, 0, 2, 5, 2, 2 por año, desde 2001 a 2007), en 10 casos la causa de alta fue neumonitis por varicela, 13 casos fueron en adultos mayores de 29 años.

Conclusiones: El mayor porcentaje de altas por varicela se produce en menores de 5 años, fundamentalmente por varicela sin complicaciones, seguido del grupo de 30-39 años, con un alto porcentaje de casos de neumonitis por varicela. Las altas por defunción ocurrieron fundamentalmente por neumonitis y el 87% de ellas en adultos.

P-311. TRABAJANDO EN ASENTAMIENTOS MARGINALES: LA INFORMACIÓN VACUNAL DE LOS MENORES

M. García Barquero, S. Sánchez Buenosdías, M. Cisneros Britto, E. Rodríguez Baena, E. Córdoba, E. Ruy Pérez, I. Urbialde, B. Aragón, S. Agudo, et al

Salud Pública área 1 Consejería de Sanidad; Gerencia Atención Primaria área 1; Instituto de realojo e inserción social; Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: En el área sanitaria 1 de la Comunidad de Madrid se ubican en la actualidad 5 asentamientos marginales, donde se estima una población menor de edad de alrededor de 2.000 personas. Desde hace años se viene trabajando con esta población por parte de instituciones y asociaciones en temas sociales, educativos o sanitarios y existen mecanismos de coordinación del trabajo de los profesionales de distintos ámbitos y dependencias. Para los sanitarios es un reto conocer la situación en cuanto a la vacunación de los menores que viven en estos asentamientos marginales, ya que es frecuente que los servicios sanitarios a los que acuden no conozcan las dosis de vacunación de calendario infantil que se les han administrado previamente y se procede a iniciar, corregir o completar la vacunación, situación que puede repetirse en varios centros diferentes.

Métodos: Se crea un grupo de trabajo para que se establezca un circuito de información entre las instituciones participantes, con el fin de intentar conocer la situación en cuanto a la vacunación de calendario infantil de los menores y que posteriormente pueda servir para la toma de decisiones.

Resultados: -Recogida de listados de la población menor de 20 años de cada asentamiento: nombre, fecha de nacimiento y contacto/entidad. -Cruce de la información de los listados recogidos con los registros existentes en las distintas instituciones sobre situación vacunal (registros de salud pública, atención primaria, centros Madrid salud del ayuntamiento de Madrid, instituto de realojo e inserción social, servicios sociales o asociaciones). -Establecimiento de los criterios comunes sobre menores bien vacunados en base a las correcciones de calendario establecidas regionalmente. -Valoración de resultados y planteamiento de actuaciones según las necesidades detectadas en cada asentamiento. -Inclusión de la información obtenida en el registro regional de vacunaciones. -Devolución de esta información a las instituciones participantes. -Formación en corrección de calendario a los profesionales sanitarios del área 1.

Conclusiones: A pesar de que el registro regional de vacunación no se pueda visualizar aun desde todos los centros sanitarios, consideramos que se ha conseguido iniciar el acercamiento a la realidad de la vacunación del menor que habita en los asentamientos marginales del área 1 y se ha procedido a iniciar acciones formativas para la unificación de criterios de corrección de calendario infantil entre los profesionales sanitarios. Se ha planteado la oportunidad de revisar listados de menores y situación vacunal todos los años.

P-312. ¿ES RECOMENDABLE VACUNAR A LAS MUJERES EMBARAZADAS CONTRA LA TOS FERINA?

P. Plans, J.M. Jansà, N. Doshi, T. Harrison, A. Plasència, et al

Dirección General de Salud Pública, Department de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona; Respiratory and Systemic Infection Laboratory, HPA Centre for Infections, London, United Kingdom.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio ha sido investigar la prevalencia de anticuerpos anti-pertusis y la prevalencia de infección reciente por *B. pertusis* en las mujeres embarazadas de Cataluña.

Métodos: La prevalencia de anticuerpos anti-pertusis (PT) se investigó en muestras de cordón umbilical obtenidas de una muestra representativa (n = 508) de mujeres atendidas para el parto en Cataluña. Los anticuerpos Ig G anti-PT se determinaron mediante la técnica ELISA. Se consideró que un nivel ≥ 195 eU/ml indicaba infección reciente (12 meses) por *B. pertusis* en las mujeres embarazadas. El estudio se realizó en 2003.

Resultados: Se observó una media de anticuerpos anti-PT de 23,9 eU/ml. La prevalencia de infección reciente por *B. pertusis* fue del 1,8% (IC 95%: 0,5-3,0%) y la prevalencia de anticuerpos detectables (> 4 eU/ml) fue del 72,8% (IC 95%: 68,9-76,8%). La prevalencia de infección reciente por *B. pertusis* descendía con la edad ($p < 0,01$) y la prevalencia de anticuerpos detectables anti-PT aumentaba con la edad ($p < 0,05$). La prevalencia de infección reciente era > 2% en las madres de los siguientes grupos socio-demográficos: edad de 15-24 años, hábitat rural, nacidas en Cataluña, clase social VI.

Conclusiones: Los resultados de este estudio muestran que puede ser recomendable vacunar a las mujeres embarazadas de Cataluña y España con la vacuna anti-pertusis acelular.

P-313. LA PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR LOS VIRUS DE LA HEPATITIS A, B Y C, DETECTADA MEDIANTE ESTUDIOS SEROLÓGICOS, HA DISMINUIDO EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 6-14 AÑOS DE CATALUÑA DESDE 1986

P. Plans, J. Espuñes, J. Costa, J.M. Jansà, M. Bruguera, A. Plasència, et al

Dirección General de Salud Pública, Department de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona; Servicio de Microbiología, Servicio de Hepatología, Hospital Clínic, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: 1) Investigar la prevalencia de anticuerpos anti-hepatitis A, B y C en los escolares de 6-14 años de Cataluña en 2001, 2) Evaluar la efectividad de la vacuna frente a la hepatitis A y B y 3) Comparar la prevalencia de anticuerpos observada en 2001 con las observadas en los estudios realizados desde 1986.

Métodos: Se investigó la prevalencia de marcadores serológicos en una muestra representativa de la población escolar de 6-14 años de Cataluña, que se obtuvo mediante un procedimiento aleatorio por clusters (escuelas). Se utilizó un cuestionario para recoger la información socio-demográfica y la historia de vacunación de todos los participantes. Se utilizaron pruebas de ELISA para determinar la prevalencia de anticuerpos anti-hepatitis A (anti-VHA), anti-HBs, anti-HBc, antígeno HBs y anticuerpos anti-hepatitis C (anti-VHC). Se consideraron vacunados contra la hepatitis B los escolares que eran positivos para los anticuerpos anti-HBs y no presentaban anticuerpos anti-HBc.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 1.324 escolares (82,7% de participación). Se observó una prevalencia de anticuerpos anti-VHA del 51,4%, anti-HBc del 0,5%, anti-HBs del 61%, antígeno HBs del 0% y anti-VHC del 0%. La prevalencia de anticuerpos anti-HBc, anti-HBs y anti-VHA aumentaba con la edad ($p < 0,001$). El 63% de los escolares presentaban antecedentes de vacunación frente a la hepatitis B y el 51% frente a la hepatitis A. La efectividad de la vacuna anti-hepatitis A y hepatitis B observada en la muestra estudiada fue del 96,5% y 96,6%, respectivamente. La prevalencia de infección por VHB, detectada mediante los anticuerpos anti-HBc, ha disminuido desde el 2,1% en 1989 al 0,5% en 2001 y la prevalencia de infección por VHA ha disminuido desde el 13,2% en 1986 a < 5% en 2001. La prevalencia de infección por VHC se mantiene en el 0% desde 1996.

Conclusiones: La prevalencia de infección por el VHA y VHB en la población escolar de 6-14 años ha disminuido desde finales de los años 80. La vacunación anti-hepatitis A y B es efectiva para conseguir un buen nivel de protección.

P-314. EVENTOS ADVERSOS A VACUNACIÓN CONTRA RUBEOLA CONGÉNITA. CAMPAÑA AÑO 2006. PROVINCIA DE SANTA FE, ARGENTINA

L. Bugna, S. Fontana, A.M. González, J. Ríos, et al

Programa Provincial Farmacovigilancia. Dirección de Bioquímica y Farmacia de Santa Fe. ARGENTINA; Colegio de Farmacéuticos Provincia de Santa Fe, 1ª Circunscripción; Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires; Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.

Antecedentes/Objetivos: Un Evento Supuestamente Atribuido a Vacunación o Inmunización (ESAVI) es la manifestación de un cuadro clínico, posterior a la aplicación de vacuna. Comprende reacciones adversas: no prevenibles, y errores programáticos: prevenibles con o sin daño. Objetivos: a) Analizar la información reportada en las hojas ESAVIs y en las planillas de errores programáticos b) Determinar la trascendencia de los errores programáticos informados.

Métodos: En el año 2006 se realizó la Campaña Nacional de Vacunación para la eliminación de rubéola y síndrome de rubéola congénita. Población objeto: mujeres edad fértil. Se utilizó la vacuna doble viral: cepas de virus atenuados de sarampión y rubéola, multidosis, vía subcutánea, alcanzando una cobertura de 500.000 personas. Se procesó y clasificó las hojas ESAVIs, considerando: edad, género, condiciones médicas relevantes, relación temporal, intensidad, vacunación concomitante, dosis previas, antecedentes familiares, signos y síntomas, resultados del evento adverso y tipo de notificador. Se analizó la calidad de los reportes recibidos y se clasificó la información recibida de errores programáticos: tipo de error, etapa en la que ocurrió y consecuencias para el paciente (clasificación de Hartwig et al).

Resultados: Todos los reportes poseían la información necesaria. Eventos no prevenibles.: Se advirtió que un importante número de casos presentaban: eritema, exantema, rash máculo-papular, linfadenopatías, fiebre, artralgia y artritis. Se determina infranotificación en los casos de artralgia/ artritis (25%) y púrpura trombocitopénica El único ESAVI grave notificado consistió en una encefalitis post vacunal (incidencia de 1/1.000.000 vacunados) Eventos prevenibles Clasificación: - Administración errónea de producto biológico, - Administración de dosis incorrecta, - Administración en contraindicación (embarazo). Se reportó, como circunstancia capaz de crear error, el hecho de que los prospectos y envases de las vacunas estuvieran en inglés. No se reportó ningún caso de síndrome de rubéola congénita por vacunación inadvertida de mujeres embarazadas.

Conclusiones: -La mayoría de los eventos adversos no evitables reportados resultaron moderados, exceptuando un caso grave por encefalitis. -Existieron errores programáticos potenciales y errores con y sin daño. -Se evidencia infranotificación. -Se recomienda intensificar la capacitación en Farmacovigilancia de los integrantes del equipo de salud a fin de garantizar la vacunación segura.

P-315. EFECTOS DE LA VACUNACIÓN ANTIGRI PAL SOBRE EL PORCENTAJE DE LINFOCITOS T CD4+ EN PACIENTES VIH1/2+: ESTUDIO DE UNA COHORTE

L. Barrionuevo, C. Masuet, J.M. Ramon, et al

Hospital Universitario Bellvitge.

Antecedentes/Objetivos: La información sobre la repercusión inmunológica de la vacuna antigripal en pacientes VIH+ es limitada; es así que la posibilidad de incrementar la viremia del VIH, inducir una mutación genómica viral y por consiguiente repercusión en la terapia antirretroviral y en la progresión de la enfermedad, no ha podido ser descartada hasta el momento. Objetivo: determinar la incidencia del cambio inmunológico del porcentaje de linfocitos TCD4+ en pacientes VIH1/2+ en el primer trimestre posvacunación antigripal (P-CIR) y secundariamente comparar las características demográficas y clínicas relacionadas con dicho cambio.

Métodos: Se estudió 105 pacientes adultos con VIH-SIDA de una cohorte retrospectiva hospitalaria. El diseño observacional no interactuó éticamente con la indicación vacunal en dicho grupo de riesgo. Criterios de inclusión: a) Pacientes adultos (≥ 18 años) VIH1/2+; b) Vacunados con antigripal entre 2001-2006; c) Con datos del laboratorio de cuantificación y porcentaje de linfocitos T CD4+ y de viremia VIH1/2 prevacunal (máximo tres meses previos) y posvacunal (durante los 3 meses posvacunación). Los pacientes eran excluidos si no cumplían alguno de los criterios de inclusión. Se consideró los cambios mínimos relevantes según CDC siendo a su vez circunscritas al primer trimestre posvacunación: para el porcentaje de linfocitos T CD4+ una disminución de más del 3% del basal (P-CIR). En los pacientes que tuvieron P-CIR se analizó aquel cambio más próximo a la vacunación (dentro del primer trimestre posvacunación) y se consideró como transitorio si desaparecía durante los 7 meses posvacunación. La hipótesis inicial del modelo consideró como factor predictor principal al CD4 total prevacunal, como covariables viremia prevacunal, terapia antirretroviral, estabilidad clínica, sexo y edad (potenciales confusores y/o modificadores). La asociación P-CIR cruda y ajustada se evaluó por regresión logística (OR con IC95%). Fuentes de información fueron revisión sistemática del registro vacunal, historias clínicas e informes electrónicos de hematología, inmunología y microbiología del Hospital.

Resultados: La incidencia del P-CIR fue de 33,3%, siendo persistente en 31,4% durante los 7 meses posvacunación independientemente de una viremia alta prevacunal. Asimismo las variables demográficas y clínicas estudiadas no se relacionaron con la presencia de P-CIR, OR cruda de 0,90 (0,17-4,8) y OR ajustada de 1,09 (0,17-6,8). Se realizó la

prueba de bondad de ajuste Hosmer-Lemeshow ($p = 0,277$) y el área bajo la curva ROC obteniéndose un 55,8% e IC95% de 43,6-68,1%.

Conclusiones: Los datos encontrados reflejaron que el cambio relevante del estado inmunológico no fue despreciable en la posvacunación, aunque siendo mayoritariamente transitorio.

P-316. PROGRAMA DE VACUNACIÓN DE PACIENTES VIH+ Y ESPLENECTOMIZADOS. PREVENCIÓN OPORTUNISTA EN UN HOSPITAL

E. Román Casares, M.J. Pérez Lozano, C. Muñoz Pecci, I. Fuentes Legaz, F. García Gutiérrez, M.R. Castro Caricol, J. Jiménez Moreno, J.A. Pineda Vergara, F. Lozano de León, et al

Hospital Valme. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: El hospital debe ser un lugar generador de salud. La vacunación es una de las medidas de mayor impacto, pues disminuye la carga de enfermedad de origen infeccioso. Para reforzar la vacunación completa y facilitar la adherencia a las pautas recomendadas en estos pacientes, se diseña una estrategia de vacunación coordinada con los servicios que los tratan. El objetivo principal es prevenir infecciones en pacientes con inmunidad comprometida y para las que existe un recurso eficaz y seguro.

Métodos: Elaboración de protocolos tras revisión de la evidencia y consenso con los clínicos responsables. Creación de un circuito de derivación y atención, aprovechando contactos de los pacientes con el hospital por cualquier motivo. Tras elaborar el calendario específico de cada paciente se ofrece administrar las vacunas en atención primaria o aprovechar próximas visitas al hospital. Los datos del calendario específico y de los resultados del mismo se incorporan a la historia clínica del hospital y se realiza feed-back a los clínicos responsables del paciente.

Resultados: Entre febrero y marzo se elaboraron los 2 protocolos. En pacientes VIH+ la vacunación se ha ampliado de las hepatitis A y B, a tétanos-difteria, gripe, varicela, triple vírica y neumococo cuando la situación del paciente lo permite. En esplenectomizados se administran vacunas frente a gérmenes encapsulados y se revisa la vacunación frente a tétanos-difteria y gripe. De abril a octubre de 2008 se han atendido en Medicina Preventiva, 14 pacientes nuevos con infección VIH y 8 con esplenectomía post-traumática.

Conclusiones: Esta estrategia aporta valor añadido desde el punto de vista de salud pública así como desde la perspectiva multidisciplinar de abordaje de los problemas de salud. Ha actualizado conocimientos sobre eficacia e indicación de vacunas, refuerza el trabajo en equipo y la incorporación de la prevención y promoción a la práctica clínica diaria. El hospital debe visualizarse como lugar importante desde el que hacer estas actividades aprovechando los contactos de pacientes y familiares. En estos 7 meses hemos comprobado la factibilidad de la iniciativa. Queda mucho por hacer y será necesario evaluar los resultados y la calidad de la estrategia. Se pretende extender este abordaje a otras patologías.

P-317. SALUD PÚBLICA Y COMUNICACIÓN DEL RIESGO INDIVIDUAL A VIAJEROS INTERNACIONALES

M.T. Ledo Varela, O. Ramírez, R. Sánchez, P. García Palomar, M.C. Viña Simón, et al

Hospital Universitario "Río Hortega", Valladolid; Hospital Universitario "La Paz", Madrid; Centro de Vacunación Internacional, Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Valladolid, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: Cada vez más gente realiza viajes internacionales. El conocimiento del viajero acerca del riesgo potencial

para su salud de esta actividad no siempre es el adecuado. Estudios recientes demuestran que más de la mitad de viajeros en España que se dirigen a zona de riesgo no reciben consejo de salud previo. El objetivo es conocer para qué destinos no se solicita consejo, y los principales motivos por los que no se hace.

Métodos: Se encuestó a los viajeros que acudieron entre julio y septiembre de 2008 al Centro de Vacunación Internacional (CVI) de Valladolid. El cuestionario se diseñó por los técnicos superiores de salud. Se realizó un pre-test. El análisis estadístico de los datos recogidos en una base diseñada en Access se realizó con SPSS para Windows versión 15.0.

Resultados: Cumplimentaron la encuesta 240 viajeros (45,2% hombres, 54,8% mujeres), de $37,01 \pm 10,27$ años de edad. 173 viajeros (72%) habían realizado viajes internacionales previos. Un 49,2% de ellos declararon no haber pedido consejo antes. En sus viajes anteriores, un 24,3% visitaron Europa y EEUU; un 30,1% América central y del sur; un 27,8% a África y un 17,9% Asia. El test de Chi cuadrado y el análisis de los residuos estandarizados muestran que la asociación entre destino y no pedir consejo es estadísticamente significativa cuando el destino es Europa y EEUU ($p < 0,001$). Hay asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre viajar a África subsahariana y Asia y solicitar consejo. No se halló una asociación estadísticamente significativa entre viajar a América o norte de África, aunque sí tendencia positiva. En cuanto a los motivos para no acudir a los CVI, un 67,8% creía que no era necesario. El 23,8% refería que en la agencia de viajes les informaron de que no hacía falta. El 2,3% no acudieron porque desconocían la existencia de CVI en ese viaje previo.

Conclusiones: Según estos datos, la percepción del riesgo para la salud por parte del viajero depende del destino. Así, esta percepción es nula cuando se dirige a Europa o EEUU. Además, en un porcentaje no despreciable de ocasiones, la agencia de viajes informa de que no se precisan medidas especiales previas, lo cual puede no ser del todo exacto. Por tanto, recomendamos: - promocionar la salud en viajes internacionales, independientemente del destino, - difundir la existencia de los CVI, pues no todos los viajeros llegan a conocerlos, - informar a las agencias de viajes para que comuniquen a su vez la necesidad de acudir a un CVI a los viajeros que atienden, para recibir un consejo de salud adecuado.

P-318. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LAS AUTOVACUNAS Y LISADOS BACTERIANOS EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS DE REPETICIÓN

S. Soler Méndez, S. Márquez Calderón, et al

Servicio de Medicina Preventiva, HHUU Virgen de la Victoria; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Antecedentes/Objetivos: La infección del tracto respiratorio superior es la enfermedad aguda más frecuente en el mundo. La consecuencia principal de las infecciones de repetición (IRR) es la otitis media, en población infantil; y causan el 60% de las exacerbaciones en los adultos EPOC. Su tratamiento es sintomático y etiológico, lo que origina un aumento de las resistencias bacterianas. Se han planteado alternativas para su prevención, como las autovacunas (específicas e individualizadas) y los lisados bacterianos (inespecíficos). **Objetivos:** revisar la evidencia sobre efectividad y seguridad del tratamiento con autovacunas para la prevención de IRR en pacientes con enfermedades otorrinolaringológicas (ORL) y/o respiratorias. Revisar la evidencia científica sintetizada sobre la efectividad y seguridad de los lisados bacterianos.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura para las autovacunas y revisión de revisiones sistemáticas para los lisados bacterianos. Búsqueda bibliográfica: MEDLINE, EMBASE, COCHRANE LIBRARY, y

otros recursos. Criterios de inclusión: pacientes con enfermedades ORL y/o respiratorias; uso de autovacunas y lisados bacterianos; comparando con otras intervenciones o ninguna; considerando cualquier resultado; diseño de estudios: revisiones sistemáticas, y cualquier tipo de estudio original sobre autovacunas. Evaluación crítica: cuestionario ad hoc para estudios de cohortes, y escala CASPe para el resto.

Resultados: Se obtuvieron 307 referencias sobre autovacunas y 19 sobre lisados bacterianos. Tras la identificación de duplicados y selección según criterios descritos, se incluyeron 7 estudios sobre autovacunas y 6 revisiones sistemáticas sobre lisados bacterianos. Los estudios sobre autovacunas fueron un ensayo clínico, un estudio de cohortes y cinco series de casos. Ninguno aportó datos sobre seguridad. En relación a la efectividad, la evidencia fue pobre por problemas metodológicos de los estudios, fundamentalmente, no aportaban niveles de significación estadística. En caso de los lisados bacterianos, las revisiones sistemáticas fueron de buena calidad, pero la validez estaba limitada por la pobre calidad de los ensayos clínicos que contienen estas revisiones. En adultos EPOC se encontró disminución en la prescripción de antibióticos y mejoría clínica, pero también mayor número de efectos adversos. En niños, se encontró disminución de infecciones respiratorias agudas a corto plazo, pero los resultados no se presentaron según la calidad de los ensayos.

Conclusiones: No existen pruebas científicas de calidad sobre beneficios y efectos adversos de las autovacunas y lisados bacterianos en la prevención de las IRR en pacientes con enfermedades otorinolaringológicas y/o respiratorias.

P-319. ¿QUÉ NOS CUESTAN LAS INCIDENCIAS EN LA GESTIÓN DE VACUNAS?

A. Fite Gallego, S. Peris Borrás, M. Martín Vidal, S. Pastor Alba, N. Weber Torrentó, S. Granollers Mercader, et al

Serveis Centrals SAP Baix Llobregat Centre (Barcelona).

Antecedentes/Objetivos: Durante el año 2006 el SAP gestionó 159.907 dosis de vacunas con coste global de 2.767.827 €. Se perdieron por deterioro, caducidad o inmovilización 590 dosis suponiendo un coste excesivo de 16.892,07 €, un 6% del coste total. Dadas las pérdidas detectadas se inició un registro prospectivo durante el año 2007 de cualquier actividad realizada fuera del circuito previsto (incidencia) cuantificando los costes y clasificándolos según fuesen materiales (CM), personales (CP) o de transporte (CT). Así, el objetivo de este proyecto fue: Cuantificar el coste de las incidencias en la gestión logística del servicio de vacunas de un servicio de atención primaria (SAP).

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal. Se realizó registro de las actividades fuera del circuito previsto (incidencia) en la gestión de vacunas en 19 centros de salud de atención primaria de una SAP del área metropolitana de Barcelona. Se registró el tipo de incidencia y el coste. Se clasificaron los costes en CM, CP y CT. Los costes materiales se cuantificaron económicamente, los costes (no económicos) personales y de transporte fueron acarreados por el personal habitual.

Resultados: Se contabilizaron 138 incidencias en 19 centros. Por orden de frecuencia: 38,4% solicitud de vacunas fuera de plazo: CP y CT 15,9% retraso y reclamación de la solicitud del pedido mensual: CP 15,2% falta de datos en la solicitud del pedido: CP 15,2% error en la informatización del lote de vacuna: CP 5,8% interrupción de la cadena de frío: CM, CP 2,9% transporte incorrecto: CM, CP, CT 2,2% error en el número de dosis suministradas: CP, CT 1,4% identificación de excedentes fuera de plazo: CM, CP 1,4% error de previsión temporal entre fecha de caducidad y calendario vacunal: CM, CP, CT 1,4% duplicidad de solicitud de neumocócica infan-

til: CM El coste material es 17.946,48 € y los costes de personal y transporte se consideran sobrecarga en la tarea diaria del personal implicado.

Conclusiones: Tal como se observa en los resultados, el coste de las incidencias en el proceso de gestión de vacunas es muy elevado, aun sólo sin cuantificar la sobrecarga del personal y el costo de oportunidad que esto supone. Además, la gran parte de estos costos son reducibles económicamente. En el SAP se propuso e inició un grupo de mejora para optimizar el circuito de la gestión de vacunas.

P-320. VALIDACIÓN DE UNA BASE DE DATOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL ESTUDIO DE LA CARGA DE ENFERMEDAD DEL HERPES ZOSTER ANTE LA POSIBLE INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA

M. Vicente-Herrero, I. Peña-Rey, D. Monge, A.J. Díaz, J.F. Barbas, et al

Hospital Puerta Hierro; Centro Nacional Epidemiología ISIII CIBERS; Sistemas Información Gerencia atención primaria área 6; SSP área 6.

Antecedentes/Objetivos: El herpes zóster (HZ) es una enfermedad producida por la reactivación del virus varicela zóster (VZV), latente en las raíces dorsales de los ganglios sensitivos tras la primoinfección de la varicela. Su frecuencia y complicación más debilitante, la neuralgia postherpética, aumentan con la edad con gran impacto en la calidad de vida. La reciente vacuna frente al zóster, recomendada en EEUU en sujetos sanos de más de 60 años, podría descender la incidencia, severidad y complicaciones en adultos mayores. Actualmente esta enfermedad se vigila en la Comunidad de Madrid a través de la Red de Médicos Centinela (RMC). En Atención Primaria se dispone de la historia clínica informatizada (OMI-AP) donde se registra información de diversas patologías que se puede complementar con la base de datos de altas hospitalarias (CMBD) y el registro de mortalidad. Objetivo: Conocer la factibilidad de uso de la base de datos del OMI-AP para la vigilancia de esta enfermedad y para conocer la carga de enfermedad ante la posible introducción de la vacuna en nuestra comunidad.

Métodos: Estudio transversal de los casos de HZ registrados en las historias clínicas informatizadas de un centro de salud de la CM durante el período 2000-07. Las variables a estudio: sexo, edad, fecha de episodio, año de diagnóstico, síntomas prodrómicos, localización, complicaciones, tratamiento. Análisis del CMBD y del registro de mortalidad del INE del HZ.

Resultados: OMI-AP: se registraron 1.151 HZ (342,24 casos por 100.000 p/a), la mitad de ellos en mayores de 50 años. El 61,3% son mujeres. La localización más frecuente es el tronco, región facial, oftálmica y ótica. El uso de antivirales en el tratamiento va en aumento desde el año 2000. Envases pautados por paciente: 1-2. No se registra estacionalidad. CMBD: 127 ingresos hospitalarios entre los años 2003-07; hay una tendencia creciente de ingresos por año; el 55% son mujeres; la mayoría son mayores de 65 años; la estancia media fue de 8,68 días. Las complicaciones más frecuentes son las neurológicas; afectando a adultos entre 70-84 años. Se registró un fallecido varón y la tasa de mortalidad es 1,6/1.000.000 habitantes.

Conclusiones: El patrón epidemiológico del herpes zóster concuerda con la literatura revisada. La proporción de casos, ajustada por edad y sexo coinciden con los datos de la RMC en la CM. Se demuestra que el OMI-AP es un sistema de potencial suficiente, eficiente y aplicable para la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad. Puede utilizarse para el análisis de la carga de enfermedad como elemento necesario a la hora de introducir la vacuna en nuestra comunidad.

PÓSTERES XXIV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 17:45 a 19:15 h

Métodos

P-321. CÓMO ACERCARSE A POBLACIONES DE DIFÍCIL ACCESO: EXPERIENCIA DE UN ESTUDIO CUALITATIVO

M. Pons-Vigués, D. Rodríguez, M.J. Fernández de Sanmamed, R. Puigpinós, et al

CIBER Epidemiología y Salud Pública; Agència de Salut Pública de Barcelona; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: Con el fin de identificar los conocimientos, barreras percibidas, así como las prácticas frente a la detección precoz del cáncer de mama en mujeres de diferentes orígenes culturales y socioeconómicos, se realizó una investigación cualitativa en Barcelona durante el 2007-2008. El objetivo de este trabajo es describir el proceso de reclutamiento de las mujeres que participaron en el estudio, detallando las dificultades encontradas según procedencia.

Métodos: La población de estudio fueron las mujeres de 40 a 69 años residentes en Barcelona autóctonas e inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo (PVD). Se buscaba variabilidad en país de nacimiento, medio urbano/rural, edad, nivel de estudios, estado civil y tiempo de estancia en el país de acogida. Se planeó el reclutamiento de las participantes a través de múltiples estrategias: informantes clave, mediadoras culturales, personal sanitario, asociaciones, entidades de culto, prensa, carteles informativos y folletos, escuelas de adultos y de idioma, y el padrón de habitantes.

Resultados: En el acercamiento a mujeres de PVD, las principales dificultades encontradas fueron: a) el idioma (sobre todo en mujeres chinas, filipinas, del Magreb e hindúes), b) el rango de edad estudiado, c) el poco tiempo de que disponen, d) la consideración del cáncer de mama como tabú en algunos colectivos, y e) la falta de puntualidad. Fue difícil acceder a las chinas, pero una vez contactadas, fueron muy cumplidoras. Las mujeres filipinas estaban muy dispuestas a colaborar pero tenían dificultades horarias. Las mujeres del Magreb tuvieron poca disponibilidad y faltaron parcialmente a las reuniones. Las mujeres de América Latina cedieron fácilmente a ser entrevistadas, pero presentaron problemas de asistencia y puntualidad. Las vías de captación más efectivas fueron las mediadoras culturales y las asociaciones. Se contactó con 79 asociaciones, colaborando finalmente 22 (28%). En cuanto a las autóctonas, se enviaron 248 cartas y se efectuaron 413 llamadas telefónicas para conseguir 20 participantes, 14 de las cuales aceptaron participar tras la primera llamada recibida.

Conclusiones: Los resultados de este estudio pueden ayudar a mejorar los métodos de acercamiento y captación a poblaciones de difícil acceso. El proceso de captación no se puede limitar a una sola vía, siendo las asociaciones y las mediadoras culturales las vías más eficaces.

Financiación. FIS (PI061130).

P-322. ¿TIENE UTILIDAD UNA MUESTRA PARA DESCRIBIR EL COMPORTAMIENTO DE UNA POBLACIÓN?

E Ahuir Navalón, A. Pelechano García, S. Pastor Vicente, A. Garcia Machí, X. Torremocha Vendrell, et al

Centro de Salud Pública Alzira.

Antecedentes/Objetivos: En la Comunidad Valenciana (CV) se utiliza la Hoja Resumen de Embarazo (HRE) como documento oficial para el seguimiento del embarazo. Del total de HRE recibidas en los Departamentos de Salud se introduce una muestra para su posterior análisis. Uno de los problemas fundamentales de toda investigación es si la muestra representa a la población de referencia. Desde hace varios años el número de embarazos en adolescentes en nuestro departamento es superior a la media del resto de la CV, lo que nos ha llevado a plantearnos la validez de la muestra respecto al total de HRE en adolescentes, de forma que si no observamos una diferencia significativa tendremos que suponer que efectivamente la muestra está representado de forma correcta a la población que deseamos describir.

Métodos: Estudio retrospectivo comparando los embarazos adolescentes durante el año 2006 y 2007 de la muestra utilizada respecto al total de HRE de adolescentes de los mismos años recibidas en el CSP. Se han utilizado todas las variables que aporta la HRE, unas cualitativas (convivencia en pareja, estado civil, nivel de instrucción, ocupación de la gestante, consumo de tabaco, embarazo de riesgo, problemas en el embarazo, amenaza de aborto, etc.), y otras cuantitativas (número de embarazos previos, edad gestacional en la primera consulta, aumento de peso durante el embarazo, edad gestacional al parto, días de estancia hospitalaria, peso del recién nacido, días que pasan hasta la 1ª visita puerperal, número de atenciones de la matrona y del obstetra, y número de ecografías en el primer, segundo y tercer trimestre). Como variable independiente se ha utilizado la variable muestra (SI/NO) y se han utilizado tablas de contingencia y la prueba de chi cuadrado para determinar la significación estadística en las variables de tipo cualitativo, y la t-Student de comparación de medias respecto a la misma variable independiente para las variables cuantitativas.

Resultados: No se han observado para ninguna de las variables en estudio, tanto cualitativas como cuantitativas, diferencias significativas entre la población de la muestra y la población total de HRE de adolescentes recibidas. Tampoco se han evidenciado diferencias significativas para las variables cuantitativas.

Conclusiones: El trabajo con una muestra en nuestro departamento es adecuado para evaluar los distintos parámetros que se estudian en la HRE, a pesar de que hemos realizado el estudio con una parte de la población (adolescentes embarazadas) lo que ha reducido el número de HRE analizadas en la muestra.

P-323. ANÁLISIS ESPACIAL DEL PATRÓN PUNTUAL DE ASISTENCIA AL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL

V. Santos Sánchez, A. Escolar Pujolar, E. Benítez Rodríguez, J. Rodríguez López, et al

Delegació Provincial de Salut.

Antecedentes/Objetivos: Analizar si la distribución espacial del Programa de Salud Bucodental (PSBD) gratuito para niños (7-14 años) de la ciudad de Cádiz según domicilio sigue algún tipo de patrón puntual, así como si la cercanía a la consulta influye en la cobertura.

Métodos: Un patrón puntual está formado por un conjunto de eventos que han ocurrido en unas determinadas localizaciones geográficas. Estos eventos pueden llevar marcas asociadas que proporcionen información adicional. El análisis descriptivo de un patrón puntual pretende determinar si los eventos presentan un patrón de agregación, de inhibición o de aleatoriedad espacial completa (AEC). La AEC se relaciona con la referencia básica en cuanto a modelos de patrones puntuales, el proceso de Poisson homogéneo. Un patrón puntual se puede describir mediante una medida de tendencia, la intensidad, y una medida del grado de dispersión o agregación de eventos en la región, la función K de Ripley. Disponíamos de domicilios de los niños residentes en la ciudad, con marca de asistencia (casos) o no (controles) al PSBD en 2003-2006. Los domicilios fueron georeferenciados para obtener sus coordenadas UTM y se obtuvo el patrón puntual marcado asociado. A partir de dicho patrón, se comprobó la existencia de agrupaciones de niños que asistían o no, y si éstas eran debidas o no a la heterogeneidad espacial.

Resultados: El patrón consta de 4.412 puntos, con una intensidad media de 0,00111. El número de niños que asisten es 2.520, con una frecuencia de 0,000637, y el número de niños que no asisten es 1.890, con una frecuencia de 0,000477. Mediante simulaciones bajo la hipótesis de AEC, observamos que la K del patrón marcado no está dentro de las envueltas generadas bajo dicha hipótesis, conduciéndonos al rechazo de la misma. A partir de la comparación de la función K del proceso con la que tendríamos si fuera un proceso Poisson marcado, encontramos que toma valores mayores que ésta, indicando agregación. Si comparamos las funciones K de ambas marcas, se observa que la K de los controles toma valores ligeramente superiores que la de los casos. Simulando la diferencia de las funciones K de casos y controles bajo etiquetado aleatorio, obtenemos que el valor real de esta diferencia está por debajo de los límites del intervalo de confianza obtenido bajo etiquetado aleatorio.

Conclusiones: El nivel de agrupación de casos y controles es similar, aunque los casos presentan menor agregación que los controles. La agregación en los casos no va más allá de la heterogeneidad espacial, por lo que no podemos concluir que la asistencia de los niños que viven más cerca de las consultas sea mayor que la de los que viven más lejos.

P-324. VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO DE MÉDICAS/OS DE FAMILIA

A. Delgado Sánchez, L.A. López Fernández, L. Saletti Cuesta, J.D. Luna del Castillo, I. Mateo Rodríguez, J.M. Jiménez Martín, et al
EASP; UGR.

Antecedentes/Objetivos: El desempeño de la medicina conlleva factores de riesgo psicosocial que producen estrés. El objetivo es construir y validar una escala de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo (RPT) para médicas/os (MF).

Métodos: Estudio descriptivo y multicéntrico. Población: todos los MF de los centros de salud de capitales andaluzas. Inclusión: ≥ 1 año en mismo puesto, uso de historia informatizada. Muestra = 500 (cálculo para otros objetivos: alfa = 5%, potencia = 90%, precisión = 15%). RPT siguiendo modelo demanda-control-apoyo de Karasek. Sexo. Edad. Formación postgraduada. Cuestionario autoadministrado postal (XII-07 y V-08). Análisis factorial, método componentes principales y rotación varimax, incluyendo ítems con autovalores > 1 . Adecuación muestral con índice de KMO y test Barlett. Fiabilidad de la escala global y de los factores con alfa-Cronbach extrayendo el ítem.

Resultados: Tasa respuesta 365 (73%). Médicas 50,8%, Edad $50,2 \pm 1,4$ y Formación postgrado 34,2%. El análisis factorial extrae 3 factores (varianza 43,4%). Test Barlett $p < 0,005$, KMO = 0,751. Preguntas con cargas factoriales: 1Factor: Dispongo de suficiente tiempo para atender a mis pacientes -0,456. Me preocupa cometer errores 0,522. Temo sufrir agresiones en el trabajo 0,791. Mi trabajo conlleva relaciones conflictivas con pacientes y familiares 0,758. Mi trabajo me genera estrés 0,591. α -Cronbach 0,61. 2Factor: Me resulta fácil coordinarme con enfermería 0,452. Tengo posibilidad de planificar mi trabajo dentro y fuera de consulta 0,520. Hablo con entusiasmo del trabajo 0,582. Mis pacientes confían en mí 0,603. Mis relaciones profesionales suponen estímulo y apoyo -0,630. El reconocimiento de mis superiores es fuente de satisfacción profesional -0,561. α -Cronbach 0,62. 3Factor: Tengo que cubrir ausencias de compañeros -0,666. Tengo flexibilidad para decidir momento de vacaciones, días libres 0,708. Si tengo un asunto personal puedo dejar mi trabajo al menos una hora sin pedir permiso 0,601. α -Cronbach 0,48. 1Factor "Demanda- Presión" por conflicto potencial en la atención, correlaciona inversamente con disponibilidad de tiempo de consulta; "Elementos facilitadores" vinculados a relaciones con otros y autonomía en la organización; y "Control del tiempo".

Conclusiones: Obtenemos una escala de logro con buena fiabilidad y validez de constructo. Los/as MF perciben tres dimensiones de

RPT. Destaca que los conflictos potenciales con pacientes se relacionan con menor tiempo de consulta.

Financiación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

P-325. EL ABUSO DE DATOS AGREGADOS EN LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE ÁREAS PEQUEÑAS

R. Ocaña Riola, C. Sánchez-Cantalejo, S. Toro Cárdenas, et al
Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Durante la última década se han publicado numerosos Atlas de incidencia y mortalidad que describen la distribución geográfica de las enfermedades agrupando datos de varios años. En ocasiones, la amplitud de este periodo de tiempo ha llegado a agrupar más de 15 años de información. Al utilizar datos agregados, el peso de la incidencia o mortalidad de años pasados puede hacer que el exceso de enfermedad o de muertes observado en algunas áreas geográficas no se corresponda con la realidad actual. El objetivo de este trabajo es demostrar que el uso de agregaciones de datos anuales puede sesgar las estimaciones del riesgo relativo en estudios epidemiológicos de áreas pequeñas.

Métodos: En primer lugar se estableció un modelo jerárquico bayesiano con cuatro efectos aleatorios: dos para definir el componente espacial y dos para especificar el componente temporal de los datos desagregados por años. Cada uno de estos efectos modela la correlación espacio-temporal de la información teniendo en cuenta una variabilidad estructurada y otra no estructurada. En este modelo, el riesgo relativo de un área geográfica se estima teniendo en cuenta sólo el componente aleatorio espacial. A continuación se estableció el modelo de Besag-York-Mollié con sólo una estructura espacial para modelar los datos agregados en un único periodo de tiempo. Las propiedades de la distribución de Poisson sirvieron para relacionar el riesgo relativo del área obtenido a través de un modelo espacio-temporal de datos desagregados con el obtenido a través de un modelo espacial de datos agregados.

Resultados: Las ecuaciones utilizadas mostraron que el riesgo relativo obtenido con datos agregados es igual al producto de una constante por el riesgo relativo estimado mediante datos desagregados. Esa constante se denominó coeficiente de información de la estructura temporal. Si este coeficiente es mayor que uno, entonces el modelo con datos agregados sobrestimaré el riesgo relativo del área. Si es menor que uno, entonces el modelo con datos agregados subestimaré el riesgo relativo. Únicamente si no existe una correlación temporal de los datos se tendrá un coeficiente igual a uno y por tanto el modelo con datos agregados en un único periodo será adecuado.

Conclusiones: A pesar de que esta práctica es habitual entre epidemiólogos y otros profesionales de la salud, la unión de varios años para formar un periodo de estudio más amplio puede llevar asociado un error importante en la estimación de los riesgos de incidencia o mortalidad de las áreas geográficas. Como consecuencia, la toma de decisiones y las políticas sanitarias aplicadas a partir de la interpretación de estos mapas pueden ser inadecuadas. Una descripción detallada de este trabajo puede encontrarse en *Statistics in Medicine* 2007;26:4489-4504.

P-326. LAS DESIGUALDADES EN SALUD OBSERVADAS EN LOS ESTUDIOS DE ÁREAS PEQUEÑAS PUEDEN SER SÓLO UNA CONSECUENCIA DE MIGRACIONES DE POBLACION NO CONTROLADAS

R. Ocaña-Riola, S. Toro-Cárdenas, C. Sánchez-Cantalejo, A. Fernández-Ajuria, J.M. Mayoral-Cortés, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Durante los últimos años ha existido un interés creciente en el estudio de las desigualdades en salud a través de diseños epidemiológicos de áreas pequeñas en los que se estiman tasas de morbi-mortalidad. La mayoría de estas investigaciones plantean hipótesis relacionadas con aspectos sociales, económicos o ambientales para explicar las desigualdades observadas entre áreas geográficas, sin embargo muy pocas evalúan el sesgo de información asociado a la movilidad geográfica de la población. El objetivo de este trabajo es demostrar que los flujos migratorios no controlados por los registros oficiales de población pueden provocar errores importantes al calcular las tasas de morbi-mortalidad y riesgos relativos de las áreas geográficas.

Métodos: El análisis de los flujos de población y su repercusión en la estimación de las tasas de morbi-mortalidad se realizó utilizando la teoría de Dinámica de Sistemas. Las dinámicas de población real y población registrada por las cifras oficiales se representaron mediante un diagrama de Forrester. Un sistema de ecuaciones diferenciales de primer orden simuló los flujos migratorios en cuatro tipos de áreas geográficas. En la primera, las fuentes de información oficiales no contienen errores, por lo que no existen migraciones irregulares. La segunda presenta una migración irregular baja, con tasas de inmigración y emigración inferiores al 5% de la población total. La tercera muestra una elevada emigración irregular del 15% y la cuarta una alta inmigración irregular del 20%. En todas las áreas se consideraron tasas de natalidad y mortalidad reales similares a las españolas.

Resultados: Las simulaciones realizadas en los cuatro tipos de áreas geográficas mostraron una subestimación de la tasa de morbi-mortalidad y del riesgo relativo superior al 8% y 11% respectivamente en áreas con alta emigración no controlada. Por otra parte, las áreas con alta inmigración no registrada mostraron una sobreestimación de la tasa de morbi-mortalidad y del riesgo relativo superior al 19% y 15% respectivamente.

Conclusiones: Los flujos migratorios no controlados por los registros oficiales pueden provocar errores importantes en el cálculo de las tasas de morbi-mortalidad y riesgos relativos de las áreas geográficas. Como resultado, la visualización de áreas con altas tasas de morbi-mortalidad o exceso de riesgo podrían ser sólo la consecuencia de una acumulación de deficiencias en las cifras oficiales de población o en la cumplimentación del lugar de empadronamiento en el registro de la enfermedad o fallecimiento. Una descripción más detallada de este trabajo puede encontrarse en *Epidemiology* 2009;20(2).

P-327. ATLAS INTERACTIVO DE MORTALIDAD EN ANDALUCÍA (AIMA)

R. Ocaña-Riola, J.M. Mayoral-Cortés, C. Sánchez-Cantalejo, S. Toro-Cárdenas, A. Fernández-Ajuria, C. Méndez-Martínez, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Los fenómenos de salud son dinámicos, habiendo experimentado un ritmo de cambio importante en la mayoría de países europeos en las últimas décadas. Por este motivo, la evaluación de los resultados en salud ha de abordarse desde una perspectiva temporal dinámica. Sólo así será posible describir la evolución de los indicadores de salud, evaluar la repercusión de las políticas sanitarias del pasado y conocer el estado de salud de la población para afrontar futuras mejoras. El objetivo de este trabajo es presentar el Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA), un Sistema de Información Geográfica (SIG) que permite visualizar en web-site la evolución espacio-temporal de las principales causas de muerte en los municipios de Andalucía desde 1981.

Métodos: El estudio se llevó a cabo en dos etapas, correspondientes al diseño epidemiológico y análisis estadístico de datos y a la implementación de la aplicación informática en web. Para el análisis de

la información se realizó un diseño ecológico, utilizando el municipio como unidad territorial. La variable dependiente fue el número de muertes observado para cada una de las 19 causas estudiadas, año, grupo de edad y sexo. El suavizado de las tasas específicas de mortalidad y la razón de tasas con respecto a España se realizó mediante modelos jerárquicos bayesianos espacio-temporales, incorporando efectos aleatorios condicionales autorregresivos. El análisis se hizo por separado para cada causa, sexo y grupo de edad. La información resultante se integró en el SIG diseñado para este estudio, basado en arquitectura cliente-servidor que opera en entorno PHP y utiliza cartografía dinámica en formato Flash.

Resultados: AIMA permite visualizar en web-site más de 12.000 mapas y 338.000 gráficos de tendencias correspondientes a la distribución espacio-temporal de la mortalidad en Andalucía. Es el primer SIG interactivo de estas características implementado en España. La selección de mapas temáticos muestra el carácter dinámico de la distribución geográfica de la mortalidad, con un patrón diferente para cada año, grupo de edad y sexo. Para casi todas las causas se observa una tendencia decreciente de la mortalidad en la mayor parte de los municipios andaluces. El acceso a AIMA puede hacerse a través del enlace 'productos' de www.demap.es.

Conclusiones: El estudio de la evolución espacio-temporal de la mortalidad ofrece una imagen dinámica del estado de salud de la población desde los años previos a la reforma sanitaria hasta la actualidad. El análisis y actualización anual de AIMA contribuirá a la reflexión sobre el pasado, presente y futuro de la salud en Andalucía. Este trabajo puede encontrarse en *Revista Española de Salud Pública* 2008;82(4):379-394.

P-328. DETERMINACIÓN DE LA EXHAUSTIVIDAD DE FUENTES DE DATOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE DIABETES MELLITUS 2 EN LA COHORTE EPIC-GRANADA

E. Molina, M.J. Sánchez, E. Mayoral, M.C. Verdú, J.M. Melchor, T. Payer, C. Martínez, et al

Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Dirección General de Asistencia Sanitaria. Plan Integral de Diabetes de Andalucía. SAS; Subdirección de Farmacia. SAS.

Antecedentes/Objetivos: EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) es un estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico, en el que participan 10 países europeos y 23 centros, entre ellos, Granada. El proyecto InterAct, basado en el consorcio de cohortes europeas EPIC, estudia la asociación entre factores ambientales y genéticos y la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). El objetivo es determinar la exhaustividad y el nivel de dependencia de fuentes de datos utilizadas en la identificación y verificación de casos de DM2 en la cohorte EPIC-Granada.

Métodos: La cohorte EPIC-Granada incluye 7.879 sujetos de 35-65 años de ambos sexos. Para la identificación de casos de DM2 se utilizaron las fuentes de información: 1) EPIC: diagnóstico autoreportado en el reclutamiento (1992-96) y en el seguimiento telefónico (3 años más tarde); 2) CMBD 2000-2006 de residentes en Granada, con códigos: 250.0-250.9, 357.2, 648.0, 962.3, V77.1 (CIE-9); 3) base de datos de prescripción de medicamentos de Andalucía PRES, 2003-2007 (A10A Insulinas y análogos, y A10B hipoglucemiantes orales). Se consideró DM2 cuando existía concordancia entre al menos dos fuentes y, en casos de duda, se revisó la historia clínica hospitalaria, con criterios de diagnóstico OMS-1997. Se estimó la exhaustividad de las fuentes en la identificación de los casos a través del método de captura-recaptura (Epidat v.3.1), en conjunto y a pares, para detectar diferencias en las estimaciones y la dependencia entre las mismas.

Resultados: En la cohorte EPIC-Granada se verificaron un total de 393 casos incidentes de DM2. En cuanto a la exhaustividad, el mode-

lo más adecuado es el que asumía que CMBD y autoreportados EPIC son independientes de la fuente PRES. La exhaustividad de esta última fuente es la más alta; detecta el 64% de los casos, mientras que las otras dos fuentes detectan un 19%. Al añadir a PRES los registros EPIC autoreportados y CMBD, la exhaustividad aumenta a un 76% (en torno a un 70% PRES-CMBD o PRES-EPIC). Estas dos fuentes aportan poco a PRES y son dependientes entre sí (OR: 1,9, IC95% 1,03-3,59).

Conclusiones: La exhaustividad de las tres fuentes utilizadas en la identificación de casos de DM2 es del 76%. La fuente PRES identifica a los DM2 tratados con medicación en atención primaria, pero a pesar de su alta exhaustividad, no identifica a los tratados con dieta que podrían ser los recientemente diagnosticados o DM2 leves. La aportación de las fuentes CMBD y EPIC es baja pero completa la exhaustividad.

Financiación. SMM-CT-2006-037197.

P-329. LA MORTALIDAD GENERAL DE LOS MUNICIPIOS DE ANDALUCÍA ENTRE 1981 Y 2005.

R. Ocaña-Riola, C. Sánchez-Cantalejo, S. Toro-Cárdenas, A. Fernández-Ajuria, J.M. Mayoral-Cortés, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En las últimas décadas se han publicado numerosos estudios que describen la distribución geográfica de la mortalidad en áreas pequeñas. La mayoría de estos mapas son estáticos, estudian un único periodo de tiempo que agrupa información de varios años y utilizan razones de mortalidad estandarizadas. Esta metodología no siempre es adecuada, especialmente cuando se analizan indicadores de salud que cambian con el tiempo. El Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA) surgió como una alternativa que permite describir la evolución de las principales causas de muerte en los municipios andaluces desde una perspectiva dinámica. Una descripción de este Sistema de Información Geográfica puede verse en www.demap.es. El objetivo de este trabajo es mostrar la evolución espacio-temporal de la mortalidad general en los municipios de Andalucía desde 1981 hasta 2005 utilizando la información registrada en AIMA.

Métodos: Se realizó un estudio ecológico tomando como unidad territorial de análisis el municipio. La variable dependiente fue el número de muertes observado en cada municipio y año. La información sobre mortalidad y población municipal se obtuvo del Instituto de Estadística de Andalucía y el Instituto Nacional de Estadística. Para cada sexo y grupo de edad (menores de 1 año, 1-14, 15-44, 45-64, 65-74 y 75-84) se estimó la tasa específica de mortalidad. El suavizado de estas tasas, así como la estimación de la razón de tasas específicas de mortalidad con respecto a España, se realizó utilizando modelos jerárquicos bayesianos espacio-temporales.

Resultados: Desde 1995, más del 95% de los municipios andaluces mostró una tendencia de mortalidad decreciente o estable en todos los grupos de edad y sexo. En general, la evolución del mapa de mortalidad de Andalucía entre los años 1981 y 2005 muestra una tendencia convergente hacia las tasas específicas españolas, aunque existen diferencias entre grupos de edad. Así, en 2005 el 95% de los municipios de Andalucía presentó una tasa de mortalidad inferior o similar a la de España en todos los grupos de edad menores de 65 años de ambos sexos. Sin embargo, para los grupos de 65-74 y 75-84 años, algunos municipios localizados principalmente en Andalucía occidental presentaron una tasa de mortalidad masculina y femenina superior a la de España.

Conclusiones: La tasa de mortalidad general de los municipios andaluces ha disminuido considerablemente entre los años 1981 y 2005, observándose una tendencia convergente con la tasa española. El estudio ofrece una imagen dinámica de la mortalidad desde los

años previos a la reforma sanitaria hasta la actualidad. Su análisis contribuirá a la reflexión sobre el pasado, presente y futuro de la salud en Andalucía.

P-330. ANÁLISIS ESPACIAL: ENFERMEDAD CRÓNICA RENAL EN NICARAGUA

O. Ramírez Rubio, C. Torres, J. O'Donnell, et al

Hospital Universitario La Paz; Escuela Salud Pública Harvard; Universidad Nacional Autónoma Nicaragua; Escuela Salud Pública Universidad Boston.

Antecedentes/Objetivos: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública de dimensiones mundiales. Según las estadísticas nacionales, la ERC es la 7ª causa de mortalidad en Nicaragua (9/100.000 en 2002). Bibliografía existente sugiere una exposición a factores de riesgo medioambientales de diferente distribución geográfica. Quezalguaque es un municipio localizado en esta región cuya primera causa de mortalidad es la ERC (89/100.000 en 2007), aunque ésta no se distribuye de manera uniforme entre las comarcas. El objetivo de este estudio es identificar la aparición de correlación espacial, analizando la existencia de patrones de conglomerados y sugerir factores que puedan explicar la distribución espacial encontrada. La hipótesis subyacente es que la exposición a agua con nefrotóxicos (metales pesados, pesticidas) y el acceso a programas de cribado y servicios sanitarios pueden determinar las diferencias geográficas encontradas.

Métodos: Se utilizó el software ArcGis y Geoda para: geocodificar mapas del municipio, crear polígonos Thiessen como unidad de análisis y realizar un análisis exploratorio de datos espaciales de la variable resultado o mortalidad y de variables explicativas. A continuación se realizó un análisis de autocorrelación espacial con las tasas de mortalidad específica acumulada de ERC (1997-2007), con el test global de significación (Moran's I) y dos test locales (Indicador Local de Correlación Espacial-LISA-y G_i^*), ajustando por múltiples comparaciones (Método: False Discovery Rate).

Resultados: La tasa de mortalidad media es de 8,37/1.000 aunque existe gran heterogeneidad. Pacientes II, localizada en el oeste, tiene la tasa más alta (37,74/1.000) y Cristo Rey, en el norte, la más baja (0,9/1.000). La distribución espacial de las tasas de analfabetismo, el porcentaje de letrinas en la comarca o la distancia al centro de salud no parecen explicar la distribución de la mortalidad. Sin embargo, el porcentaje de pozos excavados a mano sí sugiere una distribución similar a la mortalidad. El test Global Moran's I no encuentra correlación espacial (-0,0702) y los coeficientes de LISA no detectan conglomerados de alta mortalidad estadísticamente significativos. Sin embargo, el test local G_i^* (d) muestran un conglomerado significativo ($p = 0,015$) en La Estación (suroeste), aunque al corregir por comparaciones múltiples éste deja de ser estadísticamente significativo.

Conclusiones: No se encontró evidencia de una distribución espacial por conglomerados pero los resultados sugieren que la mortalidad y la fuente de agua podrían seguir tendencias similares. El análisis espacial emerge como una herramienta necesaria en Salud Pública para informar y comunicar políticas de prevención en salud.

P-331. IDENTIFICACIÓN DE UN INDICADOR PARA ESTANDARIZAR LA MEDICIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN HOSPITALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

R. López-Márquez, M. Huerta, J. Aldana, A. Irastorza, I. Conde, J. García Rotllán, et al

Hospital Infanta Elena; Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La producción de residuos sanitarios se expresa como peso/cama/día. La estandarización de los pesos en función del número de camas tiene la ventaja de su fácil utilización, pero la producción de residuos de algunos hospitales, puede verse poco representada. Se trata de identificar un indicador para su utilización como método de estandarización en la medición de residuos sanitarios.

Métodos: Estudio observacional. Ámbito: Hospitales del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Período: 2003-2006. Fuentes: Sistema Integral de Gestión Ambiental y Memorias del SAS. Variables: Dependiente: peso total anual de residuos sanitarios (kg). Independientes: indicadores de estructura (camas, población) y de actividad (ingresos, estancias, urgencias, consultas externas y en hospital de día médico, partos vaginales, intervenciones quirúrgicas). Análisis: modelos bivariantes de regresión lineal; análisis del coeficiente de determinación (CD) (porcentaje de la variabilidad del peso total anual explicado por la variable independiente), y del coeficiente beta (β), expresión de la magnitud de la relación entre las variables (significación estadística: $p < 0,05$).

Resultados: Corresponden a 28 hospitales: 6 de nivel 1 (máxima complejidad), 9 de nivel 2, 4 de nivel 3, y 9 de nivel 4. Considerados globalmente, el nº de ingresos y de camas son los indicadores que explican el porcentaje más alto de variabilidad del peso total anual (CD = 89,8 y 89,7%, respectivamente). Al estratificar por niveles, el nº de camas explica el 56,3% de la variabilidad en nivel 1 y el 45,8, 48,3 y 2,0% en los niveles 2, 3 y 4, respectivamente. En cualquier nivel, el valor de β más alto lo proporciona la variable nº de camas. En el nivel 1, el CD más alto corresponde a la población de referencia (77,7%), seguido del nº de partos vaginales (75,7%); el valor de β es inferior al obtenido con el nº de camas ($\beta = 0,25$ y $20,20$, respectivamente, frente a $117,08$). En los niveles 2 y 3, la variable que proporciona el CD y valor de β más altos es el nº de camas ($\beta = 134,6$ nivel 2 y $-103,90$ nivel 3). El nº de estancias en el caso del nivel 2 y el de ingresos en el nivel 3, son las siguientes variables con mayor valor de CD. En el nivel 4, ninguna de las relaciones obtiene un CD superior al 10%, siendo el nº de consultas externas la variable con CD más alto (7,6%), con un valor de $\beta = 0,05$ (relación sin significación estadística).

Conclusiones: Para los hospitales más complejos, la utilización del indicador nº de camas parece ser un método adecuado de estandarización. Para los centros menores es necesario indagar sobre otros indicadores; otra posibilidad es analizar los residuos sanitarios de forma segregada.

P-332. APORTACIONES DE LA EVALUACIÓN CUALITATIVA: DOS EJEMPLOS DE APLICACIÓN PRÁCTICA

V. Mahtani Chugani, R. Martín Fernández, P. Cerro López, M.D. Izquierdo Mora, C. López Hernández, A.C. Santos Ruiz, I. Sicilia Sosvilla, et al

Gerencia de Atención Primaria Tenerife; Servicio de Evaluación, Dirección General de Programas Asistenciales, Centro de Salud de Tejina-Tegueste, Servicio Canario de la Salud; Fundación Canaria para la Investigación y Salud; Unidad de Calidad, Unidad de Reanimación-Despertar, Hospital Universitario Nuestra Sra. de la Candelaria.

Antecedentes/Objetivos: La investigación cualitativa permite el estudio de lo que las personas hacen, saben, piensan y sienten mediante el uso de la observación, la entrevista individual o grupal o en análisis de documentos. Estos métodos contribuyen a la evaluación útil, resolución de problemas prácticos toma de decisiones en el mundo real, análisis de políticas, y al desarrollo de las organizaciones. El objetivo del presente estudio es analizar las ventajas e inconvenientes de la evaluación cualitativa utilizando dos ejemplos de estudios de investigación cualitativa.

Métodos: Se analiza la metodología y resultados de dos estudios realizados por el equipo de investigación en las que se utiliza como

evaluación la metodología cualitativa. El primero de ellos recoge 5 diarios de pacientes que acuden a un servicio de diálisis con el fin de analizar la calidad de los servicios prestados; y el segundo se trata de un estudio de evaluación del impacto de los talleres de biodanza realizados con cuidadoras y con mujeres con problemas sociales, utilizando la entrevista, el grupo focal, la observación y el análisis de documentos.

Resultados: Evaluación del servicio de diálisis: Los resultados obtenidos mediante una encuesta de satisfacción a los usuarios valoró de forma muy positiva los servicios, sin embargo la evaluación cualitativa destapó áreas deficientes y necesidades percibidas por los usuarios que no eran tenidos en cuenta por parte de los servicios y los profesionales. Evaluación de la biodanza: La biodanza se ha mostrado útil para las personas que acuden a estos talleres influyendo en su vida cotidiana y mejorando el manejo de los acontecimientos vitales. Las participantes atribuyen a la práctica de la biodanza la causa de esta mejoría.

Conclusiones: La metodología cualitativa aplicada se ha mostrado claramente útil para evaluar tanto el proceso como los resultados de los servicios analizados. Ha sido especialmente práctico para identificar áreas de mejora, así como comprender a los participantes y evaluar el impacto de procedimientos que difícilmente se pueden evaluar con indicadores cuantitativos. La evaluación cualitativa es complementaria y beneficiosa.

P-333. IMPACTO DEL FLUJO DE POBLACIÓN EN EL CÁLCULO DE TASAS. ANÁLISIS POBLACIONAL SEGMENTADO INTEGRADO

F. Ortiz Cervelló, C. Simó Noguera, J. Ribera Lacomba, P. León Ródenas, V. Tortosa Nacher, et al

Servicio de Aseguramiento Sanitario, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana; Departamento de Sociología y Antropología Social, Universitat de València.

Antecedentes/Objetivos: El Sistema de Información Poblacional (SIP) es, dentro del conjunto de sistemas de información sanitarios, el sistema único especializado en el mantenimiento de datos de población. El SIP de forma integrada, mantiene y aporta al resto de sistemas, la identificación, la localización, la asignación de recursos dentro del mapa sanitario y la relación específica de aseguramiento de cada ciudadano, siendo la base de datos de la tarjeta sanitaria, del modelo de financiación y de pacientes del conjunto de sistemas de gestión, clínicos y de salud pública. Para garantizar la continuidad asistencial y permitir enlace de toda la información clínica y administrativa el SIP funciona bajo el principio de registro exhaustivo o "alta previa a la prestación" en cualquier punto de la red. Este registro único contiene todos los residentes y los no residentes que solicitan asistencia, asignado un número SIP, como identificador único universal, recuperable y permanente. -Medir flujos de la población en la C. Valenciana. -Analizar el error que estos movimientos introducen en los indicadores globales. -Establecer tipológicas de subpoblación y una Análisis Poblacional Segmentado Integrado (APSI). -Evaluar el aporte de casos de cada subpoblación y calcular los denominadores segmentados en función de tipológicas y régimen de estancias.

Métodos: Análisis comparativo SIP-INE de movimientos de entrada y salida de población. El APSI, establece categorías, con las que elaboramos subpoblaciones operativas, asegurando la agregación inmediata y estandarizada de toda la información sanitaria disponible en el conjunto de sistemas para cada subpoblación.

Resultados: Observamos intensos flujos de población. El conjunto de movimientos (altas y bajas) de no residentes alcanza un total de 914.887 movimientos para el periodo mayo 2006- abril 2007, el 73% de todo el movimiento. En base a la tipología de subpoblaciones y del tipo de residencia y régimen de estancia podemos establecer subpoblaciones que nos muestran diferentes perfiles de morbilidad (GRDs) y nos ayudan a establecer nuevos patrones de uso de los re-

cursos sanitarios minimizando el error poblacional en el cálculo de indicadores.

Conclusiones: Si los flujos de población son intensos el cálculo de índices globales se ven afectados por el aporte de casos sin el correspondiente denominador. Un modelo de análisis segmentado que tenga en cuenta el régimen de estancias y las definiciones de subpoblaciones puede aportar un conocimiento específico del patrón de morbilidad y uso del sistema de salud por parte de cada subpoblación.

P-334. ¿QUÉ PRETENDEN ESTIMAR LOS ESTUDIOS DE PRONÓSTICO? REVISIÓN DE LA METODOLOGÍA EN LA INVESTIGACIÓN PRONÓSTICA

A. Gómez de la Cámara, P. Magán Tapia, J. Pérez Rivas, A. Pastor Rodríguez-Moñino, et al

Unidad Epidemiología Clínica. Hospital 12 de Octubre. CIBERESP; Unidad de Calidad. Gerencia Atención Primaria Área 11. SERMAS.

Antecedentes/Objetivos: Los estudios sobre pronóstico presentan características técnicas y criterios de calidad propios ampliamente conocidos pero poco respetados. Analizar el diseño y las características metodológicas de los trabajos con fines pronósticos publicados en la literatura médica durante los últimos cinco años.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de revisión de la literatura médica. Mediante una búsqueda sistemática de la literatura indexada, se identificaron y localizaron artículos sobre pronóstico con autores de un centro español durante el quinquenio 2002-2006. La búsqueda se realizó en Medline utilizando filtros específicos para los estudios de pronóstico. Se seleccionaron aquellos que cumplieran criterios de diseño y metodológicos previamente definidos. Para la evaluación la calidad de los artículos, se utilizó el esquema 'Graphic Appraisal Tool for Epidemiology' que consta de un protocolo de 27 ítems, desarrollado por el grupo EPIQ, Universidad de Auckland.

Resultados: Se identificaron 890 artículos, de los cuales, 90 (10%) cumplían los criterios de selección. El 12% de los artículos evaluados eran de ámbito poblacional y el 88% restante fueron realizados con población seleccionada desde un centro sanitario. No se justifica la medida de incidencia o asociación utilizada (tasa o riesgo, razón de tasa o razón de riesgo) y sus implicaciones técnicas y/o epidemiológicas en ningún estudio revisado. Dos estudios describieron el proceso de modelización del ajuste estadístico pero ninguno una validación de los resultados. El porcentaje de artículos con valoración no correcta en los ítems destacados es: 55,6% en 'La población en un punto común de la enfermedad'; 45,6% en 'Pérdidas durante el seguimiento'; 17% en 'Criterios objetivos en la definición del resultado' y en 'Tiempo de seguimiento suficiente para llegar al desenlace'. En el 55% de los artículos revisados no se realizó 'Análisis por intención de tratar'. El ítem 'Precisión de los resultados, intervalo de confianza' fue incorrecta en el 25% y 'Aplicabilidad' en el 33%. La 'Calidad global' de los artículos analizados fue incorrecta en el 38,9%.

Conclusiones: En los artículos revisados, los términos pronóstico o predictivo se utilizan con elevada frecuencia en estudios cuyo diseño no permite establecer dicha relación. La metodología de investigación pronóstica no se respeta convenientemente. En la literatura revisada el riesgo de establecer asociaciones pronósticas sesgadas o espúreas es muy elevado.

Financiación. Evaluación Tecnologías Sanitarias 06/90642.

P-335. USABILIDAD DEL CUESTIONARIO SF-36 AUTOMATIZADO

A.B. Fernández-Revelles, J.M. Martínez, P. Chillón, A. Carbonell, F.J. Huertas, A. Robles, J. Dafos, V.M. Soto, P. Tercedor, et al

Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Partiendo de la gran aceptación del cuestionario autoadministrado SF-36 que evalúa la salud percibida, como prueba básica no invasiva de diagnóstico. Nuestros objetivos han sido: Desarrollar dicho cuestionario como herramienta multimedia de acceso gratuito a través de internet y evaluar su usabilidad.

Métodos: A partir de la versión española del cuestionario de salud percibida SF-36v2™ Health Survey® 1996, 2000 adaptada por J. Alonso et al. 2003 y con los valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 de J. Alonso et al. Med Clin (Barc) 1998;111(11):410-416,. Se desarrolló el cuestionario como herramienta multimedia siguiendo las normas de usabilidad en un entorno gráfico susceptible de ser implementado en internet y que pudiese ser accesible al mayor porcentaje de ordenadores y navegadores por lo cual se programó en action script 2 para ser visualizado en cualquier navegador con el flash player, player que lo tienen más del 98% de los ordenadores conectados a internet. Para evaluar su usabilidad elegimos el cuestionario Unesco que evalúa las características y usabilidad de las de las aplicaciones multimedia con 21 preguntas unidas en 8 categorías y cada cuestión con una escala likert del 1 al 5. El cuestionario automatizado SF-36 fue autoadministrado a través de internet a 108 usuarios (18 a 65 años) y tras su realización también fue autoadministrado el cuestionario Unesco de usabilidad.

Resultados: El resultado es el cuestionario SF-36 publicado en internet de forma gratuita en www.ugr.es/local/abfr/sf36 que facilita al usuario los datos de las diferentes categorías fácilmente exportables con cortar y pegar, y una gráfica de los datos comparados con la gráfica de los valores poblacionales españoles de referencia. Los resultados de las variables del cuestionario de usabilidad (0 a 10) son estructura de la aplicación 7,48; operación de la aplicación 8,21; información del usuario 7,13; apariencia 8,01; intuición 8,06; contenido 7,13; experiencia del usuario 6,94; opinión general sobre la aplicación 7,45; y una media global de $7,55 \pm 0,49$.

Conclusiones: El cuestionario automatizado SF-36 está a disposición libre de toda la población, válido también para profesionales, siendo una de las herramientas más útiles para evaluar la salud percibida. Su usabilidad queda demostrada notablemente ya sólo queda la su utilización tanto por el usuario de a pie como por el profesional.

P-336. VALORACIÓN DE LA HETEROGENEIDAD EN METAANÁLISIS DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

A Ortiz, M Sillero, M Mariscal, ML Gómez, M Delgado, et al

Universidad de Jaén; Delegación Provincial de Salud de Jaén; Distrito Sanitario Jaén.

Antecedentes/Objetivos: El análisis de la heterogeneidad se considera uno de los estándares en la realización de cualquier metaanálisis. No obstante, se asiste con frecuencia a la comprobación de que no siempre se hace. El presente trabajo realiza un análisis de los factores que se encuentran relacionados con la presencia de pruebas de heterogeneidad en la metodología de metaanálisis en el campo de las enfermedades cardiovasculares.

Métodos: Se han evaluado todos los artículos de revisión sistemática sobre enf. cardiovasculares que además cumplen los siguientes criterios de inclusión: publicados en revistas recogidas en Medline, Embase o la Cochrane Library entre 1990 y 2004, hacer metaanálisis y tener ≥ 3 estudios primarios. Los artículos se evaluaron mediante un protocolo estructurado derivado de las declaraciones QUOROM, MOOSE y las Guías JAMA, en el que se valoraba la búsqueda, los métodos de recogida de información, análisis estadístico, así como la presentación de los resultados. La recogida de información se realizó por dos observadores no enmascarados. En caso de discrepancia entre ellos, se consultó con un tercero. En el análisis estadístico se ha utilizado el riesgo relativo, y su intervalo de confianza del 95%. En el análisis multivariable se ha utilizado la regresión logística no condicional.

Resultados: Se han recogido un total de 580 artículos, de los que en 94 (16,2%) no se existía la menor referencia a la heterogeneidad. La realización de pruebas de heterogeneidad mantuvo relación con otros estándares de calidad: búsqueda de estudios no publicados, valoración de la calidad de los estudios primarios, valoración del sesgo de publicación, dar información de la concordancia entre observadores, definición del método estadístico, existencia de análisis de sensibilidad y proporcionar intervalos de confianza. En el análisis multivariable las siguientes variables se asociaron de manera independiente con la valoración de la heterogeneidad: el nº de autores del metaanálisis (menor con 1 autor), el tipo de revista (menor en las de cardiología), la búsqueda de estudios no publicados (OR = 2,4, IC 95% = 1,5-3,9), en los metaanálisis de estudios experimentales (OR = 0,6, IC 95% = 0,3-0,6), cuando además se valora el sesgo de publicación (OR = 2,9, IC 95% = 1,3-2,6), y cuando se aplican los dos modelos, efectos fijos y aleatorios (OR = 4,9, IC 95% 2,0-12,1). El factor de impacto de la revista tuvo una relación al límite de la significación ($p = 0,07$).

Conclusiones: Se puede mejorar el análisis de los metaanálisis, insistir en el trabajo en equipo y recordar a las revistas clínicas los estándares de un metaanálisis.

Financiación. FIS 050143.

PÓSTERES XXV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 17:45 a 19:15 h

Desigualdades en salud

P-337. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN ANDALUCÍA: ¿PERPETUACIÓN O CORRECCIÓN DE LAS DESIGUALDADES?

M.J. Aguado Romeo, S. Márquez-Calderón, R. Villegas Portero, et al

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Explorar la posible existencia de desigualdades en la población adulta de Andalucía -según nivel educativo y económico- en términos de utilización de diversos servicios sanitarios y tipo de cobertura sanitaria.

Métodos: Los datos se obtuvieron de la última Encuesta de Salud de Andalucía (2003). La muestra fue de 6.708 personas mayores de 16 años. Las variables de resultado consideradas fueron: cobertura sanitaria, utilización de consulta médica, tipo de médico consultado, utilización de servicios de urgencias, hospitalización, consumo de medicamentos, uso de servicios bucodentales, visita al ginecólogo, y medidas preventivas (vacuna de la gripe, consejo médico para hacer ejercicio físico). Las variables explicativas utilizadas fueron el nivel de estudios y la dificultad económica auto-percibida para llegar a fin de mes. Como posibles factores de confusión se han explorado la edad, el sexo y la auto-percepción de salud. Se han realizado análisis bivariantes y multivariantes mediante regresión logística.

Resultados: En los análisis multivariantes se encontraron patrones compatibles con la desigualdad social en diversas variables de uso de servicios. Los casos más claros fueron los de la doble cobertura sanitaria, el uso de servicios bucodentales y la consulta ginecológica con fines de revisión o detección precoz; todos ellos relacionados con un mayor nivel educativo y menor dificultad económica. Además, el uso de la consulta de médico/a especialista y de la consulta ginecológica (por cualquier motivo) fue más frecuente a mayor nivel educativo. En cuanto a los medicamentos, se encontraron patrones diferentes según el fármaco analizado. El consumo de la mayoría de medicamentos no se asoció al nivel educativo ni económico; sin embargo,

los medicamentos para la alergia y para el catarro se usaron más por las personas de mayor nivel educativo, y los medicamentos para el reuma y para los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes) se usaron más por las de menor nivel educativo (patrón inverso al que cabría esperar con desigualdad). Asimismo, el uso de la consulta médica en las dos semanas previas fue más frecuente en las personas de menor nivel educativo.

Conclusiones: En 2003 coexistían patrones de uso de servicios sanitarios que pueden ser compatibles con la existencia de desigualdades sociales (servicios bucodentales, especialista, consulta ginecológica con fines de revisión o detección precoz) y patrones compatibles con la corrección de dichas desigualdades por la universalidad del sistema sanitario (uso de la consulta médica y de algunos fármacos). No se identificaron desigualdades en el resto de recursos sanitarios analizados (hospitalización, urgencias, etc.).

P-338. LA INVESTIGACIÓN SOBRE LAS DESIGUALDADES RELACIONADAS CON EL CÁNCER EN ESPAÑA

M.J. Aguado Romeo, S. Márquez-Calderón, I. Rohlfs, V. Sarmiento, et al

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Identificar y caracterizar la investigación realizada en España sobre desigualdades en la incidencia, mortalidad, prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados del cáncer.

Métodos: Estudio bibliométrico y de revisión de la literatura. Se realizó una búsqueda bibliográfica (hasta junio de 2007) en MEDLINE, EMBASE, Índice Médico Español, Cochrane Library y TESEO. También se revisaron manualmente los últimos años de las revistas Gac Sanit, Rev Esp Salud Pub, Aten Prim y Med Clin. Los criterios de inclusión de artículos fueron: ser un estudio original (cualquier diseño), explorar como variable independiente cualquier eje de desigualdad y como variable resultado cualquiera de las siguientes: incidencia, mortalidad y uso de servicios. La calidad de los estudios de base individual publicados entre 2000 y 2007 se evaluó siguiendo las recomendaciones del Critical Appraisal Skills Programme-España.

Resultados: Se recuperaron 1333 artículos, de los que sólo 44 cumplían los criterios de inclusión. La variable resultado analizada fue la incidencia de algún tipo de cáncer en 11 artículos (uno de ellos, también trató el uso de servicios), la mortalidad por cáncer en 11 artículos y el uso de los servicios sanitarios en 23 artículos. Estos 23 trabajos se subdividieron según los temas analizados: 12 investigaron la influencia de las variables socioeconómicas sobre la prevención y uso de programas de detección precoz del cáncer (la mayoría centrados en cáncer de mama y/o cuello uterino), 4 trataron las desigualdades en el diagnóstico y tratamiento del cáncer; 4 abordaron la relación entre variables socioeconómicas y aspectos relacionados con la atención en pacientes terminales de cáncer y 3 estudios que analizaron temas diversos. Las variables nivel económico, nivel educativo, ocupación, residencia (rural/urbana) y sexo fueron las más frecuentemente estudiadas como posibles ejes de desigualdad. Las revistas con un mayor número de artículos publicados fueron Gac Sanit, Oncología, Med Clí, Aten Prim, Rev Esp Salud Pub, Eur J Cancer Prev, y J Epidemiol Community Health. Las instituciones implicadas en un mayor número de estudios fueron el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona, el Instituto de Salud Carlos III y la Fundación Parc Taulí. La calidad metodológica fue alta en 10 de los 14 estudios en que se valoró.

Conclusiones: La investigación orientada a identificar desigualdades en el cáncer en España es escasa (al menos la publicada como artículos en revistas científicas). La mayoría de los estudios realizados en los últimos años pueden considerarse de buena calidad metodológica.

Financiación. Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

P-339. TERRITORIALIDAD Y VARIABILIDAD EN EL ANÁLISIS DEL RIESGO SOCIAL EN SALUD DE MUNICIPIO DE JODAR

V. Martín Paco, C. Checa Rubio, J. Sánchez Paco, I. Ortega Martín, et al

Distrito Sanitario Jaén Nordeste.

Antecedentes/Objetivos: Jodar es un municipio de 12.000 hb. con una de las rentas más bajas de la provincia y alto índice de analfabetismo y desempleo, siendo uno de sus barrios (sección censal 6) identificado como ZNTS. En el estudio de IESA. En la confección del mapa de riesgo utilizamos el concepto de exclusión, superando el tradicional enfoque centrado en la pobreza, caracterizado por la multicausalidad, variabilidad y carácter dinámico, para su medición utilizamos 16 variables agrupadas en cuatro modalidades de riesgo: riesgo extremo (RE), riesgo muy alto (RMA), riesgo alto (RA) y riesgo moderado (RM) **Objetivos:** 1.-Medir la intensidad del riesgo en los diferentes barrios del municipio. 2.-Conocer la población en riesgo social de Jodar y su distribución territorial.

Métodos: La población objeto de estudio corresponde a la población del municipio de Jodar dividido en siete secciones censales. El periodo elegido para la realización del estudio es el año 2006. Como fuentes de datos hemos utilizado el padrón de habitantes, registros municipales: Servicios Sociales ((SIUSS), Oficina de Vivienda, Centro Comarcal de Drogodependencias, registros propios el Centro de Salud (Diraya) y Hospital. Realizamos una distribución de los casos entre las secciones censales en las que estos se hayan domiciliados.

Resultados: Por modalidad de riesgo encontramos: 47% del RE se localiza en dos secciones 5 (27%) y 6 (19,7%) El RMA se localiza en la sección 6 identificada previamente como ZNTS El RA se localiza en el 39,8% de los casos en la sección 2 y el 22,37% del RM lo hace en la sección 3. Dentro de las secciones encontramos en la sección 1 una presencia SIMILAR de las 4 modalidades, En la sección 3 aparecen con mayor peso dos modalidades con un 19,7% RE y 22,37% RM en el resto de secciones encontramos una única modalidad predominante sección 2 RA (39,8%), sección 4 RA (15,44), sección 5 RE (27%) en la sección 6 RMA (58,33%) y en la 7 RE (15,83).

Conclusiones: Encontramos una importante territorialización de los factores de riesgo, y de las modalidades de riesgo propuesta, Encontramos riesgo extremo en dos territorios no identificados anteriormente, y menor riesgo RMA en el barrio identificado como ZNTS, no hemos encontrado zonas con acumulación de modalidades de riesgo, El concepto de riesgo en la actualidad, por su complejidad, territorialidad y dinamismo precisa instrumentos ágiles de medición capaces de discriminar diferentes modalidades de riesgo, Las mediciones globales de riesgo social, dificultan la identificación de zonas de gran riesgo cuando participa una única modalidad.

P-340. ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LA CIUDAD DE CÁDIZ: DESVELAR LA DESIGUALDAD

A. Escolar, E. Benítez, et al

Delegación Provincial de Salud. Junta de Andalucía; Delegación Provincial de Salud. Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Los elevados niveles de mortalidad de la ciudad de Cádiz. Evaluar la desigualdad en la Esperanza de Vida al Nacer según nivel socioeconómico de la sección censal de residencia.

Métodos: Las defunciones por todas las causas en el periodo 1992-2002 en la ciudad de Cádiz fueron clasificadas según el nivel socioeconómico de la sección censal del domicilio de residencia. A partir del dato de domicilio se georreferenció mediante un Sistema de Información Geográfica la sección censal correspondiente (Censo-2001). El nivel socioeconómico de las secciones se obtuvo a partir

de los valores de un índice de privación, calculado mediante análisis de componentes principales, que resume el porcentaje de paro, el porcentaje de bajo nivel de estudios y el porcentaje de trabajo no cualificado en cada sección, según los datos del Censo de Población 2001. Este índice fue categorizado en cinco niveles, habiendo asignado el valor 1 a las secciones censales de menor privación (menor porcentaje de paro, de bajo nivel de estudios y de trabajo no cualificado) y el valor 5 a las secciones con la mayor privación (mayor porcentaje de paro, de bajo nivel de estudios y de trabajo no cualificado). Se calculo, según el método abreviado de Chiang, la esperanza de vida al nacer (EVN) para cada una de las secciones censales y sexo.

Resultados: La EVN en las secciones censales con mayor privación fue respectivamente en mujeres y hombres de 80,15 y 69,53 años, mientras en las de menor privación fue de 84,18 y 77,48 años. La magnitud de la desigualdad entre los dos extremos del índice de privación es de casi 8 años en los hombres y de 4 años en las mujeres. En ambos sexos, más pronunciado en hombres, se observa un gradiente social que indica que a medida que aumenta la privación de la sección censal de residencia la EVN va disminuyendo. Las secciones censales con la EVN más baja se localizan en los barrios tradicionales del Pópulo, Santa María y La Viña, y en partes de la Barriada de la Paz, y Loreto-Puntales. Por el contrario, las secciones censales situadas en las zonas conocidas como Bahía Blanca, Paseo Marítimo y la Avenida, las de mejor nivel socioeconómico de la ciudad, presentan las EVN más altas.

Conclusiones: La ciudad de Cádiz presenta importantes desigualdades sociales en la EVN entre secciones censales, mucho mayores en los hombres. El análisis realizado permite conocer la desigual distribución de un indicador de salud y desvelar la relevancia de los niveles de privación a los que ha estado expuesta la población.

P-341. LA INVESTIGACIÓN SOBRE DESIGUALDADES EN LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DIABETES: UN ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO

I. Ricci Cabello, I. Ruiz Pérez, A. Olry de Labry Lima, S. Márquez-Calderón, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Secretaría general de Salud Pública y Participación.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes es una enfermedad crónica caracterizada por las progresivas complicaciones que genera a medida que avanza su evolución. Sin embargo, sus efectos no se distribuyen de uniformemente en todos los individuos ni en todos los colectivos sociales. El importante crecimiento en las últimas décadas de la prevalencia de la diabetes a nivel mundial ha estimulado el estudio de la posible existencia de desigualdades sociales en la atención sanitaria a pacientes diabéticos. El objetivo del presente trabajo fue identificar y caracterizar la investigación realizada en los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) con sistemas sanitarios de cobertura poblacional sobre desigualdades en la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de la diabetes.

Métodos: Estudio bibliométrico. Se realizó una búsqueda bibliográfica (desde 1960 hasta diciembre de 2007) en MEDLINE, EMBASE, y Cochrane Library, llevándose a cabo una estrategia de búsqueda encaminada a la consecución de la práctica totalidad de los trabajos científicos originales publicados en esta materia en la que se combinaron términos Mesh con palabras claves. Se creó una base de datos que posteriormente fue analizada estadísticamente (SPSS v.14).

Resultados: Se recuperaron 1.430 referencias bibliográficas, de las cuales sólo 41 cumplían los criterios de inclusión. El tipo de diabetes más estudiado fue la diabetes tipo II (51,2%). No se encontró ningún artículo publicado antes de 1995, observándose un aumento sustancial a partir del año 2003. El país con mayor número de estudios fue

Reino Unido (34,1%) seguido de Alemania (17,07%), mientras que sólo se encontró un estudio elaborado en nuestro país. El diseño más frecuente fue el transversal (70,73%) y el eje desigualdad más analizado fue el nivel socioeconómico (40,4%) seguido por la etnia (31,6%) y por el género (21,1%). El 70,2% de los artículos estudiaron desigualdades en el control o seguimiento de la diabetes, encontrándose un menor número de estudios que abordaran prevención (3,5%), diagnóstico (14,0%) o tratamiento (13,3%).

Conclusiones: A pesar de que en los últimos años el volumen de información está aumentando sería necesario un mayor esfuerzo investigador, así como aumentar la proporción de estudios de seguimiento.

Financiación. Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

P-342. ¿EXISTEN DESIGUALDADES SOCIALES EN LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA DIABETES? REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

I. Ricci Cabello, I. Ruiz Pérez, A. Olry de Labry Lima, S. Márquez-Calderón, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Secretaría general de Salud Pública y Participación.

Antecedentes/Objetivos: El importante crecimiento en las últimas décadas de la prevalencia de la diabetes a nivel mundial ha estimulado el estudio de la posible existencia de desigualdades sociales en la atención sanitaria a pacientes diabéticos. El objetivo del presente trabajo fue revisar los estudios realizados en los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) con sistemas sanitarios de cobertura poblacional sobre desigualdades sociales en la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de la diabetes, sintetizando los hallazgos de los estudios matizados por su calidad metodológica.

Métodos: Revisión de la literatura publicada en los últimos 40 años en las bases de datos bibliográficas Medline, Embase y Cochrane Library mediante la aplicación de una estrategia de búsqueda en la que se combinaron términos Mesh con palabras clave. La valoración crítica de los estudios fue llevada a cabo por dos revisores independientemente, utilizándose para ello la herramienta STROBE, ya que permite la evaluación de todos los tipos de estudios observacionales.

Resultados: Se recuperaron 1430 referencias bibliográficas de las cuales finalmente se seleccionaron 41 artículos. No se observaron desigualdades de género en el acceso a los servicios sanitarios relacionados con el control de la diabetes, mientras que las minorías étnicas experimentaron un peor acceso al tratamiento y a los servicios relacionados con el cuidado, controlando peor su enfermedad. Los/as pacientes con menor nivel socioeconómico tenían un mayor retraso en el diagnóstico y controlaban peor su enfermedad. La calidad metodológica de los artículos fue muy dispar, observándose en la mayoría de casos información insuficiente para poder descartar posibles sesgos y sobre los métodos de obtención del tamaño muestral y análisis estadísticos utilizados. En general se informó correctamente de los resultados obtenidos (excepto sobre las características de los participantes, la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión).

Conclusiones: Se han observado desigualdades étnicas y socioeconómicas en la atención sanitaria a los pacientes diabéticos, siendo las minorías étnicas y los colectivos de menor nivel socioeconómico los más desfavorecidos. No obstante, dado el bajo número de artículos encontrados, su diferente calidad metodológica y que la mayoría son estudios transversales, no se ha podido alcanzar un alto grado de evidencia en dichos resultados, por lo que sería necesario realizar un mayor número de estudios de seguimiento y con una mayor calidad metodológica.

Financiación. Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

P-343. ANÁLISIS DE LA DISCRIMINACIÓN ENTRE LA POBLACIÓN RESIDENTE EN ESPAÑA

E. Corpas, M.N. Moya, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En la sociedad actual, la discriminación es aún un problema común que deriva en un trato desigual entre unas personas y otras. A pesar de las iniciativas llevadas a cabo tanto por las entidades gubernamentales como por otras instituciones sociales, las distinciones por motivos de sexo, etnia, nivel de estudios, preferencias sexuales y/o religión siguen siendo patentes. Estudiar los ámbitos más frecuentes en los que se producen las discriminaciones y las razones por las que éstas tienen lugar es el objetivo principal de este estudio.

Métodos: Mediante un estudio descriptivo transversal basado en encuesta, se estudiaron 29.478 personas mayores de 16 años y residentes en España. La información se obtuvo de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 y las variables estudiadas fueron si se había experimentado discriminación en el último año y si ésta se produjo buscando trabajo, en el trabajo, en casa (por su pareja), al recibir asistencia sanitaria, o en un sitio público (incluida la calle). También se contempló el motivo de discriminación (sexo, etnia, nivel de estudios, preferencias sexuales, religión). Estadísticamente se calculó la prevalencia para el total de la muestra, comparándose los resultados por sexo mediante el test chi-cuadrado.

Resultados: El 5,2% de los encuestados (4,1% de hombres y 6,3% de mujeres ($p < 0,001$)) declaró haber sufrido discriminación en el último año. De éstos, el 41,9% la sufrió en un sitio público, el 40,4% en el trabajo, y el 11,5% al recibir asistencia sanitaria. El 63% de los que han percibido discriminación en un sitio público y el 54% de los que la han experimentado al recibir asistencia sanitaria, identifican la etnia o el país como el motivo de este trato desigual. Mientras que el sexo es la causa señalada por el 72,1% de los que han sufrido discriminación en su casa (por su pareja) y el 31,9% de los que la han sufrido en el trabajo. La comparación de los resultados por sexo, muestra que en España los hombres se sienten más discriminados que las mujeres en el trabajo y en los lugares públicos, mientras que las mujeres perciben mayor discriminación que los hombres al buscar trabajo, en su casa y al recibir asistencia sanitaria. En todos los ámbitos, las mujeres perciben más discriminación por razón de sexo que los hombres, mientras que los hombres se sienten más discriminados por su nivel de estudios.

Conclusiones: El 5,2% de la población residente en España experimentó discriminación durante el año 2006. En general, las mujeres se sienten más discriminadas que los hombres, aunque éstos perciben mayor grado de discriminación en el trabajo y en los lugares públicos.

P-344. DESIGUALDADES DE ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS Y LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS EN LA UE: EL PROYECTO HEALTHQUEST

M. Carrillo-Tirado, I. García-Sánchez, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las consecuencias en la salud derivadas de las situaciones de pobreza se agravan por un acceso inadecuado a los servicios sanitarios. Lograr la igualdad de acceso a los servicios sanitarios constituye un reto para los sistemas de salud europeos y es un objetivo prioritario de la Estrategia para la Inclusión Social de la UE (2006). En este contexto, la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea (CE) necesita información relevante para la formulación de las políticas socio-sanitarias europeas en el marco del Método Abierto de Coordinación (MAC) para la protección e inclusión social. Por ello financia el estudio "HealthQuest: Quality in and equality of access to healthcare services", desarrollado en 2007-2008. Sus objetivos son: 1) Identi-

ficar y analizar las barreras de acceso a los servicios sanitarios de inmigrantes, personas mayores y personas con problemas de salud mental como grupos en riesgo de exclusión social; 2) Revisar las iniciativas políticas impulsadas por los EEMM que tengan impacto sobre el acceso a los servicios sanitarios de estos grupos.

Métodos: Estudio cualitativo comparativo entre ocho países de la UE (Alemania, España, Finlandia, Grecia, Holanda, Polonia, Reino Unido y Rumania). Tomando como referencia una plantilla consensuada por los socios del proyecto, se recogió información mediante: 1) revisión bibliográfica en profundidad, y 2) entrevistas semiestructuradas con actores clave del sistema sanitario, expertos/as en la materia y representantes de asociaciones profesionales y sociales de los países implicados.

Resultados: Persisten barreras de acceso a la asistencia sanitaria todavía en muchos de los EEMM. Existen diferencias en las barreras identificadas y en el tipo de iniciativas promovidas para combatir las según los distintos modelos de sistemas sanitarios de los países participantes (Beveridge, Bismarck, mixto). Se han elaborado un total de 8 informes nacionales y un informe global con conclusiones del análisis comparativo de países y recomendaciones para luchar contra los problemas de acceso de grupos vulnerables.

Conclusiones: El proyecto supone un impulso directo de la CE para ampliar el conocimiento científico sobre el papel que los sistemas sanitarios juegan en la lucha contra la exclusión social. Las recomendaciones serán incorporadas a la estrategia para la protección e inclusión social de la UE en el marco del MAC para aumentar la coherencia de las políticas de los EEMM.

Financiación. Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea.

P-345. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

M. Alonso Sardón, J.A. Mirón Canelo, M. Moreno Gómez, H. Iglesias de Sena, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: La salud constituye un recurso fundamental para la vida. En las personas adultas con discapacidad intelectual constituye un factor que puede, en gran medida, facilitar o inhibir la capacidad de funcionamiento y en consecuencia su Bienestar y Calidad de Vida. Objetivo: conocer la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con discapacidad intelectual de Salamanca y provincia (España).

Métodos: Se realiza un estudio transversal a través de un cuestionario de 65 ítems sobre variables sociodemográficas, estilos de vida, morbilidad aguda/crónica y calidad de vida relacionada con la salud. Se realizan un total de 265 encuestas por entrevista personal a las personas con discapacidad intelectual y sus familias/tutores.

Resultados: Total de personas estudiadas fue 265, 185 hombres (69,8%) y 80 mujeres (30,2%), con una edad media de 35 años (amplitud: 16 a 72 años). Las puntuaciones obtenidas para cada una de las dimensiones del SF-36 se sitúan entre la puntuación máxima obtenida para la dimensión Rol-Físico: media 87,17 (DT: 30,70) y la puntuación mínima obtenida para la dimensión Salud-General: media 67,45 (DT: 22,42). Función-Física y Rol-Físico son las dimensiones mejor valoradas, por el contrario, Vitalidad se sitúa entre las peor valoradas. El 41,5% (IC95%: 35,5-47,5) de los discapacitados intelectuales refieren que su salud percibida es buena, el 26% (IC95%: 21-31) muy buena y el 12,8% (IC95%: 8,8-16,8) excelente. El 66,8% (IC95%: 60,8-72,8) definen su salud actual más o menos igual, comparada con la de hace un año.

Conclusiones: Las personas con discapacidad intelectual presentan una buena calidad de vida relacionada con la salud. Las puntuaciones son inferiores a la población de referencia (población general

española) y no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. El componente social es el peor valorado y el mayor influencia en la Calidad de Vida.

Financiación. Junta de Castilla y León, por su financiación. PADI de la Asociación FEAPS-ASPRODES Salamanca, por su participación.

P-346. RESULTADO DEL KIDSCREEN10 EN MENORES 8-15 AÑOS SEGÚN HÁBITAT Y CLASE SOCIAL CASTILLA-LA MANCHA 2006

E. Torres, N. Magariños, M.E. Medina, M.T. Alonso, O. Solas, et al
FISCAM; GUETS SESCAM.

Antecedentes/Objetivos: Analizar estado de salud percibido y grado de bienestar en niños 8-15 años según hábitat: poblaciones < 5.000 h. Rural R/Grandes Ciudades GC (> 50.000 h: capitales provincia + Talavera/Puertollano) y clase social según Encuesta Infantil de Salud Castilla-La Mancha 2006.

Métodos: Población: < 16 años (ESI/CLM 2006, N = 1.020. Error muestral = ± 3,3 nivel de confianza del 95%). Cuestionario KIDSCREEN10 para niños/as de 8-15 años, referido a los 7 días previos a la entrevista. Responde el padre/madre/tutor del menor.

Resultados: En opinión de los padres consultados: el 93,7% percibe el estado de salud como bueno/muy bueno, el 95,2% en status socioeconómicos más elevados (I/II) y el 91,2% en GC. El 85,6% los menores se ha sentido muy bien y en forma. Casi el 2% se sintió triste siempre/casi siempre. Se sintió solo siempre/casi siempre el 7,3% y algunas veces el 3,8%. Ha podido hacer casi siempre/siempre las cosas que quería en su tiempo libre el 92,5%. Al 67,7% le ha ido bien/muy bien en el colegio y al 7,7% le ha ido poco/nada bien. El 3,8% nunca/casi nunca ha podido prestar atención en el colegio. Análisis según variables hábitat y status socioeconómico: Se ha sentido bien y en forma el 93% R y el 80,3% GC. Por status el 89,5% I/II y el 82,8% IVb/V. Se ha sentido triste casi siempre/siempre el 2,9% R y el 1,7% GC. El 5,9% de I/II frente al 2,7% de IVb/V. Se ha sentido solo siempre/casi siempre el 7,2% de R y el 0,8% GC. Se ha sentido solo algunas veces el 1,2% R y el 8,7% GC, el 6,9% del IVb/V y el 2,6% del I/II. Ha podido hacer siempre/casi siempre las cosas que quería en su tiempo libre el 96,1% de IVb/V y el 95% R y un 84,4% de I/II. Al 84% del I/II le ha ido bien/muy bien en el colegio. A menor status socioeconómico mayor porcentaje de niños a los que les ha ido poco/nada bien 10,6% de IVb/V, sin diferencias significativas por hábitat. Un 3,2% de los menores del hábitat R y status IVb/V nunca/casi nunca ha podido prestar atención.

Conclusiones: Analizando 6 indicadores de calidad de vida relacionada con la salud en niños 8- 15 años del KIDSCREEN10, se observan desigualdades sociales en salud según territorio y clase social, más significativas entre los extremos de la escala de clase social (I/II y IVb/V). Se siente bien y en forma en mayor proporción en área GC y status I/II. Se ha sentido triste y solo con mayor frecuencia en status IVb/V no existen diferencias significativas por hábitat. Los residentes en pueblos y de status socioeconómico más bajo han podido hacer en mayor medida las cosas que querían en su tiempo. Le ha ido bien en el colegio a una proporción mayor de menores de la clase I/II sin apreciarse diferencias según hábitat. No se observan diferencias significativas en el grado de atención prestada en el colegio.

P-347. LA MORTALIDAD EN LA REGIÓN DE MADRID SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y BIENESTAR ECONÓMICO, ¿ASOCIACIONES INDEPENDIENTES?

C. Martínez, E. Regidor, N. del Prado, I. Viúdez, N. García, E. Jiménez, J. Sánchez, M. Rumayor, J. Fereres, et al

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos Madrid; Medicina Preventiva y Salud Pública, Univ. Complutense Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La relación entre nivel educativo y desigualdades en mortalidad está ampliamente documentada, pero existe incertidumbre sobre qué mecanismos puedan explicarla. Una de las hipótesis se refiere a la asociación entre nivel educativo y bienestar económico o material. Nuestro objetivo es analizar la asociación entre la mortalidad de la región de Madrid y el nivel educativo y la posesión de segunda vivienda así como determinar si la hipotética asociación entre nivel de estudios y mortalidad pudiera explicarse por la asociación entre bienestar material y mortalidad.

Métodos: Se enlazó el censo de población de 2001 de la región de Madrid con las defunciones por todas las causas durante los 20 meses siguientes según el registro de mortalidad. Los análisis se estratificaron por género y edad. Se estimaron razones de tasas de mortalidad ajustadas por edad (RTM) según nivel de estudios (estudios de primer grado o inferior respecto a segundo grado o superior) y según posesión de segunda vivienda (no posesión frente a posesión) mediante regresión de Poisson. Se elaboraron modelos independientes para cada variable y ajustados por ambas para evaluar confusión.

Resultados: Se analizaron 3.422.118 mujeres-año y 32.821 defunciones en mujeres y 3.028.579 hombres-año y 36.369 defunciones en hombres. Al analizar independientemente la asociación del nivel de estudios y de la posesión de segunda vivienda con mortalidad, en el grupo de 25-44 años tanto el primero (RTM 1,79 [IC95% 1,53-2,08] en mujeres y 2,56 [IC95% 2,33-2,81] en hombres) como la segunda (RTM 1,18 [IC 95% 1,00-1,40] en mujeres; 1,13 [IC 95% 1,00-1,26] en hombres) resultan significativas. En mujeres de 45-64 años sólo se aprecia asociación significativa entre mortalidad y segunda vivienda (1,28 [IC 95% 1,19-1,39]). En hombres de esta edad ambas variables se asocian significativamente con mortalidad (RTM 1,38 [IC95% 1,31-1,44] según nivel de estudios y 1,54 [IC 95% 1,46-1,63] según segunda vivienda). En mujeres mayores de 65 años, tanto el nivel de estudios (1,16 [IC95% 1,13-1,20]) como la no posesión de segunda vivienda (1,07 [IC 95% 1,03-1,10]) se asocian con mortalidad. En hombres la tendencia es similar (1,12 [IC95% 1,09-1,15]; 1,31 [IC 95% 1,28 -1,35]). Los modelos ajustados por ambas variables no muestran cambios relevantes en la magnitud ni la significación de las RTM según ninguna de las variables independientes en ningún estrato.

Conclusiones: Tanto el menor nivel de estudios, excepto en mujeres de mediana edad, como la carencia de segunda vivienda se asocian con una mayor tasa de mortalidad y estas asociaciones son independientes entre sí.

P-348. DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE ANDALUCÍA

Z. Herrador Ortiz, M.M. García Calvente, C. Díaz Molina, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Servicio de Medicina Preventiva, H.U. Reina Sofía; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se han desarrollado nuevas herramientas que, incorporadas a las encuestas de salud, analizan la percepción de salud desde una visión más holística frente a la tradicional. Numerosos estudios han identificado diferencias en salud y calidad de vida entre hombres y mujeres. Nuestro objetivo es testar las diferencias en calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población infantil andaluza según sexo, y relacionarlas con sus características socio-demográficas, considerando tanto la opinión del padre o madre como la del menor.

Métodos: Estudio transversal basado en datos de la Encuesta Andaluza de Salud Infantil 2003, seleccionando la población de 8 a 15 años (n = 998) que respondieron al cuestionario CVRS KIDSCREEN-27 (versión preliminar) incluida en dicha encuesta. Se obtuvieron las puntuaciones para las 5 dimensiones de CVRS (bienestar psicológico, físico, en el entorno escolar, en las relaciones con los demás y au-

tonomía) y una puntuación global, para las respuestas del niño/a y de la persona adulta que le acompaña. Se realizó análisis descriptivo bivalente, relacionando el valor de cada dimensión y la puntuación global con el sexo del menor y las variables sociodemográficas (clase social, nivel educativo, hábitat y convivencia en pareja del adulto). Se empleó la prueba t de Student y la diferencia de medias ANOVA.

Resultados: Las niñas manifiestan peor bienestar psicológico que los niños (p = 0,013). El bienestar físico del menor se asocia al tamaño del hábitat (p = 0,013). La clase manual se asocia con peor bienestar escolar y autonomía. No vivir en pareja y menor nivel de estudios del adulto se asocian a peor bienestar psicológico y en el entorno escolar y menor apoyo social, aunque los resultados difieren según si contestan los adultos o los menores, siendo las diferencias más acentuadas para el primer grupo. Para los adultos, las niñas tienen peor bienestar psicológico (p = 0,043), menos apoyo social (p = 0,031) y mayor bienestar escolar que los niños (p = 0,041). En el índice global de CVRS según opinión de los adultos, el nivel de hábitat influye (p = 0,026), con peor CVRS en capitales y en municipios más pequeños.

Conclusiones: La valoración de las dimensiones de CVRS difiere entre niños y niñas, de manera más acentuada cuando contesta el adulto. La clase social influye en la autonomía del menor y su bienestar en el entorno escolar. El nivel educativo y la convivencia en pareja influyen de diferente manera en la percepción de adultos y menores, mientras que el tamaño del hábitat influye en ambas opiniones. A la vista de los resultados obtenidos, preguntar directamente al menor resulta esencial para explorar sus diferencias en CVRS.

P-349. ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN EL CASCO ANTIGUO DE TORTOSA

M. Genaró Jornet, D. Camacho Doménech, A. González Viana, A. Pumares Pumares, J. Llorens Arasa, C. Cabezas Peña, I. Roldán Bermejo, et al

Regió Sanitària Terres de l'Ebre; Serveis Territorials de Salut Terres de l'Ebre; Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: En 2004 la Generalitat de Catalunya aprueba la Ley de mejora de barrios (Ley 2/2004) cuyo objetivo es el despliegue de acciones interdepartamentales en barrios marginales. En 2005 el Departament de Salut apoya esta iniciativa creando el Programa Salud en los Barrios con el objetivo de reducir las desigualdades sociales en materia de salud. Este mismo año el Casco Antiguo de Tortosa entra a formar parte de esta iniciativa. Objetivo: analizar las variables sociales y culturales que producen desigualdades en salud en el Casco Antiguo de Tortosa.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. De diciembre 2006 a julio 2007 se realizan entrevistas de salud en 171 domicilios seleccionados al azar. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, nacionalidad, autovaloración del estado de salud, nivel de ingresos, condiciones de las viviendas, prácticas preventivas, relaciones sociales, cobertura sanitaria, enfermedades crónicas, problemas de movilidad.

Resultados: El 51,46% de los entrevistados eran mujeres y el 30,41%, mayores de 65 años. Un 46,20% eran extranjeros, mayoritariamente de origen marroquí (26,58%) y senegalés (25,32%). Valoraron su estado de salud como bueno 7 de cada 10 entrevistados. Las mujeres y los mayores de 65 años presentaron mayor frecuencia de problemas crónicos, siendo además los que realizaron más exámenes preventivos durante el último año. En población inmigrante el 29,11% no disponía de cobertura sanitaria, el 51,32% no realizó ningún examen de salud durante el último año y presentaban el nivel más bajo de seguimiento en las vacunas infantiles. La peor percepción del estado de salud se daba en los entrevistados con ingresos mensuales menores a 500 euros (44,70%), personas mayores de 65 años que vivían solas, y las mujeres en general. Además el estado de deterioro del hogar se relacionó con un peor estado de salud. Las personas mayores de

65 declararon tener dificultades para subir escaleras (48,08%), andar 1 Km o más (38%) y bañarse o vestirse solos (11,54%).

Conclusiones: El sexo, la edad, el nivel de ingresos del cabeza de familia y las condiciones de los hogares condicionan la percepción del estado de salud de los encuestados. La población inmigrante entrevistada es el grupo que realiza menos prácticas preventivas. En los mayores de 65 años es relevante el soporte familiar a la hora de analizar el grado de satisfacción de salud. La realidad encontrada en el barrio confirma la necesidad de intervenciones diferenciales que disminuyan las desigualdades en salud de estas poblaciones.

P-350. EFECTO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA Y FACTORES PSICOSOCIALES SOBRE LA SALUD MENTAL EN MUJERES EMBARAZADAS

V. Escrivà-Agüir, M. Royo Marqués, C. Barona Vilar, R. Mas Pons, E. Pérez Sanz, A. Orón, I. Coltell, A. Gómez, M. Llopis, et al

Servei de Promoció de la Salut. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; CIBERESP; Servei de Salut Infantil i de la Dona. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; Agència Valenciana de Salut.

Antecedentes/Objetivos: Determinar el efecto de la violencia de pareja (VP) en la salud mental de mujeres embarazadas.

Métodos: Se han incluido 492 mujeres gestantes mayores de 15 años, captadas durante la primera visita de control del embarazo en 11 centros públicos de atención primaria (provincia de Alicante y Valencia) durante el año 2008, mediante un muestreo aleatorio sistemático. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario autocumplimentado que les facilitaba la matrona. La variable respuesta es la depresión preparto valorada mediante la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS), tomando como punto de corte el 10/11. Las variables explicativas fueron: a) la violencia de pareja utilizando la versión validada del cuestionario "Index of Spouse Abuse", categorizada en, ausencia de violencia, no física sola, física o no física; b) factores psicosociales (apoyo social tangible medido según método de Blake), presencia de acontecimientos vitales desfavorables y c) país de origen. Se han considerado como posibles factores de confusión la edad, el nivel de estudios y el estatuto de empleo. Se han calculado las OR y sus intervalos de confianza al 95% por medio de una regresión logística.

Resultados: La prevalencia de la depresión durante la primera visita de control del embarazo fue de 15,1%. La probabilidad de depresión fue mayor en mujeres que presentan VP tanto de tipo no física sola (OR: 3,59; IC95% = 1,17-11,06) como de tipo no física o física (OR: 8,9; IC95% = 2,15 -36,86), en las que presentan acontecimientos vitales desfavorables (OR: 2,52; IC95% = 1,43-4,44) y en la que su país de origen no es España (OR: 2,80; IC95% = 1,60-4,89). No se encuentre una asociación estadísticamente significativa entre la ausencia de apoyo social tangible y la depresión.

Conclusiones: La violencia de pareja (no física, pero con mayor magnitud cuando se combina la violencia física y no física) es un factor determinante de depresión durante el embarazo, así como el país de origen.

Financiación. FIS (PI061565), Conselleria de Sanitat (070/2008).

P-351. CONDICIONANTES SOCIOECONÓMICOS DE LA MORBILIDAD ATENDIDA Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

L. Vall-Iloera Casanovas, C. Saurina Canals, M. Sáez Zafra, V. Santoro Lamelas, et al

CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Grup de Recerca en Estadística, Economia Aplicada i Salut (GRECS).

Antecedentes/Objetivos: Las migraciones por motivos económicos (inmigrantes económicos) están relacionadas con las diferencias socioeconómicas internacionales. Este diferencial entre países es el que genera, en el momento que el inmigrante llega al país de acogida, las divergencias en el acceso y uso de los servicios sanitarios entre inmigrantes y autóctonos. Más adelante, cuando el inmigrante ya está establecido en el país de acogida, son las condiciones sociales y económicas en las que se subsiste, las que generan diferencias en la morbilidad atendida. En este contexto se analiza la morbilidad atendida y utilización de los servicios de atención primaria de la población inmigrante comparándolo con la autóctona, en 8 áreas básicas de salud de gran afluencia migratoria en la Región Sanitaria Girona. El principal objetivo es determinar si los condicionantes de uso y la morbilidad atendida dependen del origen y de otras variables demográficas, económicas y sociales del individuo.

Métodos: Después de una fase de identificación de la población usuaria de los servicios de atención primaria, se recogió información socioeconómica y de utilización de los servicios sanitarios a partir de un cuestionario administrado a una muestra de 645 usuarios, seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado. Los datos referentes a la morbilidad atendida de estos mismos individuos fueron suministrados por el Servei Català de la Salut. Al tratarse de un muestreo estratificado con población finita, se usó el módulo de muestras complejas de SPSS v15 para el correcto cálculo de los errores estándar de los estadísticos y para la correcta aplicación de los contrastes paramétricos y no paramétricos.

Resultados: Se detectó una mayor precariedad laboral, social, económica, de formación y de comodidades en el hogar entre el colectivo inmigrante que en la población autóctona. Referente a la morbilidad, se observó que la población autóctona fue la que realizó un mayor número de visitas, consumió mayor cantidad de medicamentos y padeció más habitualmente trastornos crónicos que los inmigrantes. Este perfil sanitario de la población autóctona estuvo claramente relacionado con su estructura demográfica ya que dichas características se acentuaron significativamente con la edad. Respecto a la utilización, se observó que una mayor precariedad socioeconómica y un peor estado de salud real o auto percibido favorecía un mayor uso de los servicios sanitarios, independientemente del origen del paciente.

Conclusiones: Los contrastes realizados permiten afirmar que son los condicionantes socioeconómicos, y no el origen del paciente, los que determinan las necesidades y utilización de los servicios sanitarios de la población. Además, se verificó la importancia de la heterogeneidad dentro del colectivo inmigrante, pues muchas divergencias salieron a la luz sólo cuando se tuvo en cuenta el origen específico del inmigrante.

Financiación. FIS 04/945 y 07/0156 y AMIC 10025.

PÓSTERES XXVI

Jueves, 5 de marzo de 2009. 17:45 a 19:15 h

Promoción de la salud

P-352. PROMOCIÓN DE SALUD EN JÓVENES: TALLER DE ALIMENTACIÓN

R. Segura Navarro, M.D. Crespo Pérez, A. Morales Doménech, et al

Ayuntamiento de Sevilla, Delegación de Salud y Consumo. Servicio de Salud, Sección de Prevención de las Desigualdades y Conductas Saludables Zona I.

Antecedentes/Objetivos: Plan de Salud Municipal Programa de Promoción de Salud Área de Jóvenes del Excmo. Ayuntamiento de

Sevilla Plan de Acción de Salud Alimentaria de la ciudad de Sevilla Estudios de investigación propios y otros de nivel nacional Planes de nivel nacional e internacional sobre salud alimentaria. 1º Fomento de estilos de vida saludables en la población joven en relación a la alimentación; 2º Promover una alimentación sana en la población joven de Sevilla mediante la formación y la información sobre la alimentación equilibrada y la dieta mediterránea; 3º Potenciar el desarrollo de una imagen corporal positiva mediante la actitud crítica ante la publicidad, las modas, belleza, etc., informando de aspectos que pueden dar origen a problemas alimentarios.

Métodos: Taller con cinco sesiones adaptable a las circunstancias El método se basa en el aprendizaje significativo relacionando los conocimientos previos de los alumnos Los contenidos que se trabajan entre otros: publicidad y alimentación, conductas alimentarias, alternativas ante situaciones engañosas, la autoestima, dieta mediterránea, seguridad alimentaria, etc. Se utilizan cuestionarios individuales, dinámicas de grupo, DVD, PowerPoint La población diana es la correspondiente a las edades de la ESO (12-18 años) tanto en el ámbito escolar como en el medio no formal.

Resultados: La evaluación se realiza según: Indicadores cuantitativos; número de talleres y lugar de celebración, número de sesiones por taller, número asistentes y edades, características del grupo Indicadores cualitativos; grado de implicación, percepciones sobre sus propios conocimientos, grado de satisfacción, participación, actitudes detectadas Adecuación de los recursos, de los instrumentos, de la información ofrecida Durante el curso 2007-2008 se realizaron cuatro talleres con una asistencia media de 23 alumnos por taller, 119 alumnos en total, con una media de cuatro sesiones Un 70% de los alumnos manifiesta que le ha sido útil el taller, un 85% que la sesión que más les ha interesado ha sido la de anorexia, bulimia y autoestima, un 35% la de desayuno y publicidad. Las que menos interesan, la dieta mediterránea, la alimentación y revisión de menús. Un 35% sugiere degustación de alimentos y/o desayunos y en general, respuesta positiva de los/as alumnos/as a las proyecciones.

Conclusiones: Cambiar el orden de las sesiones según el mayor interés mostrado por los alumnos Iniciándolas con la de trastornos de la alimentación y autoestima, continuando con la publicidad y la alimentación y dejando para el final alimentación, dieta mediterránea, alimentación no equilibrada Aumentar la participación del alumno para hacerles más dinámica la actividad Disponibilidad de material audio visual actualizado Recursos económicos para la realización de desayunos saludables.

P-353. ANÁLISIS DE LA PRESTACIÓN DENTAL INFANTIL EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ EN EL PERIODO 2003-2007

C.J. Vela Cerero, J.M. Visuerte Sánchez, R.M. Pereiro Hernández, et al
Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda.

Antecedentes/Objetivos: La Junta de Andalucía aprobó el Decreto 281/2001, que reconoce el derecho a recibir una asistencia bucodental gratuita, a todas las personas con edades comprendidas entre los 6 y los 15 años, residentes en Andalucía y con protección del Sistema Sanitario Público. Es una prestación de los SSPA que pretende que la población protegida reciba una atención personalizada, tanto en la prevención como en la asistencia de las enfermedades bucodentales que pudieran presentar y de esta forma, a través del cuidado y mantenimiento de la salud dental, se contribuya a disminuir las diferencias de salud dental entre la población andaluza. El objetivo último que se establece es que cada año, un número mayor de personas utilice este servicio de asistencia dental de manera preventiva, es decir, que se adquiera el hábito de visitar anualmente a su dentista de cabecera aun cuando no presenten problemas en sus piezas dentales, con el fin de que los cuidados adecuados por parte de su dentista de cabecera puedan prevenir la caries en su dentición. Este es el mensaje central,

que establece la consejería de Salud, de las actividades de difusión que se realizan tanto como publicidad en los medios o como charlas a padres, maestros y escolares.

Métodos: Análisis de la memoria de la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de Andalucía. Análisis de la memoria de la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la provincia de Cádiz facilitada por la delegación de salud.

Resultados: -La media de pacientes que han usado el TADA en este período ha sido del 38,83%, siendo la media andaluza del 33,42%. -En total se han atendido a 145.206 niños/as, siendo 81.253 los niños/as atendidos por los dentistas del SSPA. -El 55,96% acudieron a los dentistas del SSPA. -El número de dentistas privados concertados es el doble que los dentistas del SSPA. -La población con derecho a TADA se ha multiplicado por siete, mientras que los recursos no se han aumentado en la misma proporción. -Los dentistas del SSPA han atendido a pacientes que si hubiesen acudido a los concertados hubiesen provocado un gasto a la consejería de salud de 2.777.265,1 €.

Conclusiones: -La utilización de la población con derecho a prestación dental infantil es inferior al 50%, preocupándonos esa bolsa de población importante sobre la que no se está realizando ninguna actividad de promoción y prevención. -Un porcentaje importante de pacientes están siendo atendidos por los dentistas del SSPA, a pesar de ser un número menor de profesionales que los dentistas privados concertados. -El aumento de población con derecho a asistencia dental gratuita no ha llevado aparejado un aumento significativo de los recursos disponibles, sobre todo en el sector público.

P-354. LA RED DE EVALUACIÓN DE MATERIALES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (REME)

J.A. Espinosa Reina, M.M. Fernández Armario, J. Muñoz Bellerín, B. Rodríguez Martínez, M. Ruiz Sierra, et al

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Esta experiencia se lleva a cabo desde el Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales de la Consejería de Salud de Andalucía. Consiste en la valoración de materiales de educación para la salud y se basa en la conformación de una red de evaluadores que colaboran de manera voluntaria, repartidos por toda la Comunidad Autónoma. Se persigue poder contar con la opinión a priori de la población a la que estará destinado el material, además de los profesionales implicados.

Métodos: Para mejorar la eficacia y utilidad de los materiales de educación para la salud elaborados en la Secretaría General de Salud Pública y Participación, se le envía a cada evaluador el material y una ficha descriptiva del mismo, incluyendo el contexto de uso. Además, se adjunta un cuestionario elaborado ad hoc, según el tema y tipo de material, para recoger sus opiniones. Tras la devolución de los cuestionarios cumplimentados por los evaluadores, se realiza el informe final, que refleja los datos obtenidos de la evaluación y los resultados y conclusiones a los que se llega a partir de ellos. Posteriormente, dicho informe se envía a los evaluadores para su conocimiento, como retroalimentación de su trabajo. A partir del informe, se hacen los cambios propuestos en el material educativo. Los evaluadores se agrupan en: personal sanitario y usuarios; y éstos a su vez, en subredes, en función de una serie de características. Asimismo, los usuarios pueden participar de dos formas: particular o como representantes de un colectivo, que servirán de nexo para hacernos llegar la opinión de los integrantes de su respectiva organización o asociación.

Resultados: La red, desde su nacimiento (septiembre de 2007) ha realizado 5 evaluaciones: Las fichas "Hora de Comer", pertenecientes al Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada. El nuevo diseño de la pirámide de la alimentación. La opinión de profesionales sobre la vacunación ante el virus del papilo-

ma humano. El uso de podómetros como herramienta para la promoción de la actividad física. Y las guías "Nacer sin humo", material de sensibilización para dejar de fumar. Los resultados obtenidos son de gran utilidad, ya que han permitido adaptar los materiales de educación para la salud al público objetivo, mejorando la comunicación de aspectos técnicos en una forma comprensible y atractiva.

Conclusiones: La experiencia con esta red muestra que los materiales de educación para la salud pueden mejorarse y adaptarse mejor al público diana, a través de la valoración de los mismos por los destinatarios finales del material, además de por los profesionales implicados.

P-355. PROMOCIÓN DE SALUD EN LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

C.A. Rojas Fuentes, M.A. Cedillo Medina, L.O. Villar Arévalo, I.R. Fuentes, R.E. Herrera, G.L. Garrucho, M.A. Herrera, et al

Delegación Provincial de Salud; Universidad de Sevilla; Dirección General IAJ; Consejería de Salud; Dirección General de Drogas y otras Adicciones; Dirección Provincial IAJ; Consejería de Igualdad y Bienestar Social; Ayuntamiento de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: El resultado del análisis socio-epidemiológico de la situación de la salud de los jóvenes nos enfrenta a problemas prevalentes de salud pública, que son vulnerables a niveles esencialmente de prevención y promoción, exigiendo una intervención intersectorial. En base al análisis anteriormente mencionado de los problemas de salud de los jóvenes más prevalentes como son accidentes de tráfico, sida, suicidios, embarazos no deseados, relaciones afectivo-sexuales insatisfactorias, consumo de tabaco y otras adicciones, trastornos alimentarios, violencia entre iguales y de género, se observa que las causas incidentes en la mortalidad y morbilidad de los jóvenes tienen que ver con los diferentes estilos de vida. Objetivo general: reducir la morbimortalidad en jóvenes. Objetivos específicos: asesorar informando y formando, para hacer posible la elección de la conducta más favorable a la salud, hacer compatible salud y diversión, aportar instrumentos para afrontar los riesgos, acercar la atención al espacio habitual de los jóvenes universitarios/as, efecto multiplicador de la mediación.

Métodos: Metodología intersectorial: cursos de formación/mediación, campañas de sensibilización, becas y red de mediación, investigación-acción, plan de comunicación. Áreas de trabajo: afectivo-sexual, adicciones, alimentación, salud mental, accidentes de tráfico, violencia iguales/género.

Resultados: 5 años evolución/ejecución Población diana: 66.500 estudiantes anual, 42 cursos de promoción de salud, 1.680 alumnos/as, 21 Campañas sensibilización, 6.200 usuarios/as, 25 Becas, 195 proyectos de mediación, 390 ejecuciones en Campus, 3 investigaciones: impacto de formación, perspectiva de género y análisis de servicios de promoción de salud en la comunidad universitaria.

Conclusiones: La fuerza e influencia de los iguales, becas en promoción de la salud, experiencia pionera en la Universidad. La interinstitucionalidad, interdisciplinariedad, interés del alumnado para acceder a los cursos/becas en promoción de salud, flexibilidad del programa.

Financiación. 129.900 €.

P-356. PROGRAMA "SALUT I ESCOLA"

M. Coll Falgàs, R. Prats Coll, et al

Direcció General de Salut Pública; Programa Materno infantil.

Antecedentes/Objetivos: Acercar los servicios de salud a los centros docentes y a los adolescentes, con la consulta abierta en el centro

de educación secundaria. Facilitar la promoción de actitudes y hábitos saludables con actuaciones de educación para la salud. Detección precoz de los problemas de salud. Coordinar los servicios de salud del territorio.

Métodos: El Programa Salud y Escuela recae en los profesionales de los Equipos de Atención Primaria de Salud, con el apoyo de los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil, Centros de Atención a las Drogodependencias, Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico y las áreas de salud pública municipales. Despliegue progresivo durante los cursos 2004-2008 abarcando las ABS de todo el territorio catalán. La cobertura actual es de 349 de los centros de atención primaria 855 (88,9%) centro de Educación Secundaria 108.543 alumnos (89%) pendiente de implantación en 107 (11% centros de secundaria con un total de 13.167 alumnos La población objeto los chicos de 3º y 4º de ESO de los centros público concertados de Cataluña.

Resultados: Según la información recogida al final del curso 2006-07 (está pendiente la explotación de la actividad del curso 2007-08) se han atendido 31.289 consultas, los temas tratados son: sexualidad y afectividad en un 28%, salud alimentaria 18,5%, salud mental 15%, actividad física 3,2%, alcohol 3,2%, tabaco 7,4%, otras drogas 7%. Un 87% de las consultas no han necesitado derivación y san resuelto en la consulta. El origen de la demanda ha sido un 85% espontanea de los alumnos 14,3% por sugerencia del tutor o profesor han consultado más las chicas un 72%, los chicos 28%. En las consultas sobre alcohol, drogas y actividad física, el porcentaje es de un 55 a 60%. En cuanto a las actividades de Educación para la Salud se han realizado 5.074 actividades, 335 talleres, 34% programas, sesiones informativas un 25%. Las actividades son realizadas por profesores de secundaria en un 24%, 27,1% por profesionales de los CAP 20,3%, matronas un 6%, un 10,3% técnicos de salud pública municipal. La asistencia ha sido de 184.179 alumnos.

Conclusiones: Cobertura próxima a la total de la población diana. Mejor respuesta a las necesidades en salud de los adolescentes. No se ha aumentado las visitas a la atención especializada. Mejora la dinámica de cooperación y colaboración entre la Consejería de Educación y Consejería de Salud, y entre los profesionales de salud y educación. Consigue que los adolescentes consulten los temas que relacionados con su salud que les preocupan. Los profesores disponen de un profesional sanitario para la educación de la salud. Actuación rápida en situaciones de riesgo.

P-357. PLAN DE ACTIVIDAD FÍSICA, DEPORTE Y SALUD (PAFES): LA IMPORTANCIA DE LA PRUEBA PILOTO

A. González, C. Cabezas, M. Violán, A. Sancho, C. Miñarro, E. Roure, L. Martínez, A. Plasència, et al

Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut de Catalunya; Secretaria General de l'Esport.

Antecedentes/Objetivos: El Plan de actividad física, deporte y salud (PAFES) es una iniciativa conjunta Departamento de Salud-Secretaría General del Deporte, integrada en el Plan impulsor de la Actividad Física y la Alimentación Saludable (PAAS) del DS. EL PAFES potencia el consejo y prescripción de actividad física (AF) desde atención primaria (APS), mejorando la capacitación de los profesionales y reforzando la utilización de recursos comunitarios. Se dirige a personas sanas con factores de riesgo cardiovascular. Tiene tres niveles: a) Consejo general con folleto, b) Asesoramiento periódico con pacto de objetivos progresivos sobre rutas saludables, c) Derivación a un programa de ejercicio grupal supervisado en equipamiento deportivo con valoración inicial y final por médico del deporte. Objetivo: describir los resultados de la prueba piloto del PAFES.

Métodos: La prueba piloto se desarrolló en 2005-2006 en 20 Centros de AP. Se Incluyó población adulta sana con factores de riesgo

cardiovascular en que se realizó prescripción de AF. Los profesionales de APS completaban una hoja de registro con datos clínicos y tipo de consejo dado. En las personas derivadas a un equipamiento deportivo se les evaluó peso y talla y calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS) mediante el SF-36.

Resultados: 2.337 pacientes (60% mujeres). Edad media: 58,5 (DE 14,8). Tenían sedentarismo (41,1%), hipertensión arterial (52,1%), obesidad (42,6%), dislipemia (29,6%) y/o diabetes mellitus 2 (22,3%). El consejo general fue el más frecuente (56,0%), seguido por derivación al supervisado (30,8%). El profesional de enfermería dio el 52,4% de los consejos, el médico de familia el 41,2% y un 6,4 ambos. Las personas derivadas al EF supervisado (660) presentaron una percepción de CVRS peor en más del 60% de los casos que la de la población general de referencia (EUA) especialmente para dolor y función física, salud general y salud mental. 196 personas completaron al menos 3 meses del programa de EF con una media de asistencia a las sesiones grupales de 85%. De ellas en 50 se pudo medir el peso y el IMC al inicio y final observando una pérdida de peso media de 2,2 Kg y del IMC de 0,83 ($p < 0,005$).

Conclusiones: La prueba piloto mostró que era posible realizar el programa en realidades diversas y muestra buenos resultados en el control de peso en las personas que siguieron el programa en equipamientos deportivos de las que se dispone de datos. A partir de ella se han realizado modificaciones para facilitar la realización del programa y su evaluación: informatizando e integrando en las historias clínicas los datos de seguimiento necesarios, reforzando los indicadores de evaluación y su seguimiento.

P-358. PROMOCIÓN DE SALUD EN SITUACIONES DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD: ACTUANDO SOBRE LA DESIGUALDAD SOCIAL

D.J. López Vega, C. Zamora Fuentes, J.A. Ramírez Ruiz, B. Gil Barcenilla, C. Cruz Rojo, M. Moguer Beas, J. Nieto Vera, E. Arriaga Piñero, J. García Daza, et al

DS Bahía de Cádiz-La Janda; EASP; CP Puerto II; PITA; Universidad de Sevilla; Cruz Roja.

Antecedentes/Objetivos: Dentro de los ambientes de privación de libertad confluyen circunstancias que abundan en la existencia de claras desigualdades sociales. La multiculturalidad, la perspectiva de género, los hábitos de salud, la dependencia de sustancias, los problemas de salud mental y la importancia del control de enfermedades y especialmente del VIH, son parámetros sobre los que actuar con estrategias personalizadas de promoción de salud. El objetivo es implementar los programas de salud en los entornos de privación de libertad, disminuyendo los problemas de accesibilidad. El programa se realiza en dos centros penitenciarios con una población en incremento de aproximadamente 2.500 personas del Puerto de Santa María (Puerto II y Puerto III).

Métodos: Las actividades de promoción de salud que se han organizado se engloban en las siguientes áreas: - Formación de profesionales y mediadores. - Elaboración de material de autoayuda adaptado a la multiculturalidad. - Unidad de Apoyo a la Población Fumadora. - Actividades de sensibilización e información: Jornadas de Promoción de salud, donde se desarrollaron actividades de prevención de VIH ("Contra el Sida deja tu Huella"), tabaquismo y otros programas de salud. - Servicio audiovisual de información sanitaria. - Programa Prevención de Cáncer de Mama. - Unidad de Asesoramiento en Promoción de Salud "Saludalia".

Resultados: Durante el plan de intervención se han formado 13 profesionales en formación básica de tabaquismo, 2 en avanzada y 21 mediadores privados de libertad en promoción de salud e interculturalidad y se creó un material de autoayuda para la deshabituación tabáquica en español y árabe. En las 2 Jornadas de Promoción de sa-

lud celebradas participaron más de 250 personas. Se han organizado siete charlas de sensibilización en tabaquismo donde han participado 45 mujeres y 115 hombres. 55 personas participaron en terapia de deshabituación individual o grupal. El 25,45% eran personas inmigradas y el 18,2% eran mujeres. Por último, para dar consistencia a este trabajo se han creado dos unidades de Asesoramiento en Promoción de Salud como eje central de la actuación y con especial énfasis en la salud mental.

Conclusiones: Los entornos de privación de la libertad son marcos de intervención que los hacen un lugar muy apropiado para actuar en el área de la promoción de salud. Este trabajo es imposible sin la perspectiva del trabajo en red. Este tipo de intervenciones permiten al interno participar en un proceso donde queda patente la importancia de tomar la responsabilidad sobre sus hábitos y estado de salud.

P-359. JORNADAS DE SENSIBILIZACIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

M.A. Cenizo Rodríguez, R.O. Varo Baena, T.O. García Maeso, et al

Distrito Sanitario Sevilla Sur; Distrito Sanitario Aljarafe.

Antecedentes/Objetivos: Concienciar a la población sobre los problemas físicos, psicológicos y sociales que provoca la violencia de género. Dar a conocer a la población los recursos existentes para prevenir y atender las situaciones de violencia de género.

Métodos: Representación teatral y Mesa redonda.

Resultados: 5 representaciones en 5 municipios con una media de 200 personas por representación. Provoca reacciones emocionales expresadas a través de insultos y recriminaciones a los personajes. Cobertura a través de medios de comunicación local (prensa, TV y radio) lo que amplifica el mensaje.

Conclusiones: Excepcional receptividad de la población al mensaje. Identificación de situaciones de comportamientos machistas. Obra centrada en el hombre que posibilita cambios de actitudes. Convertir la obra de teatro a un formato audiovisual (DVD). Continuar las representaciones por ámbitos más específicos y reducidos (Asociaciones, Centros docentes...).

P-360. MEDIACIÓN EN CONVIVENCIA Y SALUD: JORNADAS DE FORMACIÓN CON JÓVENES

R.O. Varo Baena, M. Cenizo, J.C. Segura, C.A. Alonso, D.A. Cela, F.R. Cantisán, et al

Distrito Sanitario Sevilla Sur; Centro del Profesorado Alcalá de Guadaíra; Ayuntamiento Alcalá de Guadaíra.

Antecedentes/Objetivos: Durante 2006 y 2007 se formó a 112 alumnos/as de los 5 IES de Alcalá de Guadaíra en mediación escolar y agentes de salud. - Continuar con la formación en un encuentro fuera del ámbito escolar. - Generar un espacio de intercambio de experiencias en mediación de conflictos y salud. - Fomentar la cultura del desarrollo personal y resolución de conflictos de una manera pacífica y saludable entre iguales.

Métodos: - Talleres sobre Mediación, Movimiento y Salud, Prevención Sida, Habilidades de Relación. - Plenarios. - Representaciones dramatizadas.

Resultados: - 112 alumnos/as realizando mediación en los IES de Alcalá de Guadaíra y labores de agentes de salud. - Involucradas 4 Instituciones: Distrito Sanitario, Centro del Profesorado, Ayuntamiento, Institutos de Enseñanzas Medias.

Conclusiones: - Alto nivel de satisfacción en familias, profesorado y alumnado de los IES en relación a la práctica de la mediación. - Receptividad entre el alumnado que media y que es mediado. - Continuar con la formación y aumentar el número de alumnado mediador.

- Involucrar a más profesorado, familias y agentes sanitarios en la experiencia.

P-361. PROYECTO DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SALUD EN LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

N. Bayo Barroso, A. Guil Bozal, A. Solano Parés, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; Departamento de Psicología Social; Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Entre los objetivos de SALUD21 se encuentran promover escenarios, desarrollar recursos humanos, promover la investigación y el conocimiento y movilizar agentes. Esto justifica la existencia de redes de Universidades Promotoras de Salud (UPS), que comenzaron a desarrollarse en los continentes europeo y americano con la celebración de la I Conferencia Internacional sobre UPS (Lancaster, 1996) En España se están implantando proyectos de promoción de la salud en diversas universidades, y sentando las bases para la creación de una red española. Este trabajo tiene como objetivo conocer la situación de partida de la Universidad de Sevilla (US), de cara a diseñar un proyecto de UPS.

Métodos: La información se obtuvo a través del portal web de la US, del Servicio de Asistencia a la Comunidad Universitaria (SACU), y de diversos portales web de instituciones públicas. Se recopilaron datos básicos de la comunidad universitaria y de la salud de la población andaluza, así como de la infraestructura de la universidad y los currícula y líneas de investigación en salud. Se describieron los diversos servicios y programas más relacionados con la promoción de la salud que desarrolla el SACU y otros servicios de la US.

Resultados: La US recoge en sus estatutos el objetivo de promover la salud, lo que se ha ido concretando en una rica variedad de acciones que, sin ser un plan articulado, constituyen de hecho toda una estrategia de promoción de la salud, tanto a nivel académico y científico como a nivel de servicios ofertados a la comunidad universitaria. Cabe destacar, por su novedad y buena acogida, el programa Forma Joven, desarrollado en los últimos años para promocionar un estilo de vida saludable en la población juvenil. Sin embargo, existen algunas carencias que dificultan una evaluación precisa, tales como la de falta información específica sobre el estado de salud de la comunidad universitaria, las insuficientes evaluaciones de los servicios del SACU por parte de las personas usuarias, o la falta de información para valorar los contenidos de promoción de la salud en los currícula.

Conclusiones: Con el fin de elaborar un proyecto de UPS que recoja lo que ya hay y lo complete de forma coherente, se propuso llevar a cabo diversos estudios sobre el estado de salud y los hábitos de vida de la comunidad universitaria, la presencia de los contenidos de promoción de la salud en los currícula, y las necesidades formativas que tiene el profesorado. También se vio necesario evaluar el impacto en la comunidad universitaria de todos los servicios que constituyen recursos para la promoción de la salud, así como del entorno físico y psicosocial del campus.

Financiación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

P-362. USO DE LOS SIG EN UN RECURSO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: EL CENTRO JOVEN DE SALUD DE RIVAS VACIAMADRID

M. Arribas, E. Aránguez Ruiz, J.C. Diezma Criado

DG de Ordenación e Inspección, DG de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El Centro Joven de Salud (CJS) para el área 1 de Rivas Vaciamadrid es un recurso sanitario público de pro-

moción y prevención para adolescentes y jóvenes de 12-25 años. Los objetivos son conocer los tiempos empleados en el desplazamiento de los potenciales usuarios desde sus viviendas hasta el CJS y realizar una cartografía que sea útil a los profesionales del centro y a sus usuarios.

Métodos: Se analiza la accesibilidad al CJS en transporte público. Se utiliza la información sobre la ubicación de las paradas de autobuses y metro del Consorcio Regional de Transportes de Madrid. Se han construido dos escenarios con velocidades medias de 25 y 40 km/h. Para analizar la accesibilidad desde todos los puntos del territorio se usa la ubicación de los portales del área 1, datos aportados por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. El desplazamiento andando desde el portal a la parada se calcula a una velocidad de 5 km/h. A cada portal se asignan como atributos la distancia y tiempo andando desde el portal a la parada más cercana y desde dicha parada al CJS en el medio de transporte correspondiente. La suma de tiempos aporta los diferentes escenarios que se trasladan del mapa de puntos (portales) al mapa de superficie (isócronas). La población de cada portal se calcula por superposición de capas geográficas a partir de la población por sección censal y.

Resultados: El 33% de la población joven residente en el área 1 vive a menos de 15' del CJS en transporte público. El porcentaje de jóvenes de esas edades que viven a menos de media hora se eleva al 95%. Para facilitar el trabajo de los profesionales del Centro y dar apoyo a la difusión de información sobre el Centro en los municipios del área 1, se confeccionan mapas y servidores de mapas vía Internet: -3 mapas de recursos con los que el Centro Joven se relaciona y medios de acceso (DIN A0). -26 mapas de las comunicaciones del centro joven con los municipios del área 1 (DIN A1). -Mapas con información demográfica y de isócronas (DIN A1). -Visores cartográficos, con acceso a través de la Intranet de la Consejería, con toda la información geográfica utilizada y con herramientas de análisis espacial para su uso interactivo.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos en el estudio se deduce que el Centro Joven tiene una ubicación y accesibilidad adecuada por transporte público. La cartografía y los visores cartográficos vía intranet que se proporciona a los profesionales del centro constituyen una herramienta importante para la planificación del centro y para dar una cobertura sanitaria idónea a toda el área 1 así como para conocer la ubicación exacta de todos los recursos sanitarios del área.

P-363. PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA DESDE LA OFICINA DE FARMACIA: SÍNDROME METABÓLICO

R Puig Soler, R Soler Márquez, P Puig Salomon, et al

Oficina de farmacia, Ldo. Puig Salomon. Ulldacona, Tarragona.

Antecedentes/Objetivos: El Síndrome Metabólico (SM) es la conjunción de distintos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular. La hipertensión arterial (HTA) diabetes (DM), dislipemias, sedentarismo y una incorrecta alimentación son problemas de salud que pueden ser abordados desde la oficina de farmacia (OF). **Objetivos:** describir los hábitos alimentarios y estilos de vida de pacientes con perfil diagnóstico de SM, y comparar la ingesta de la población con las recomendaciones. Realizar intervención nutricional desde la oficina de farmacia a los pacientes que no sigan las recomendaciones y fomentar hábitos saludables a los pacientes estudiados.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. **Ámbito de estudio:** población adulta de la localidad de Ulldacona (7.547 habitantes), 2 OF. **Muestra:** con una prevalencia de SM del 25%, $\alpha = 0,05$, IC del 95% y precisión del 0,05, 400 pacientes. Participó una OF, se aceptó un mínimo de 200 pacientes. **Criterios de inclusión:** HTA $\geq 135/85$ mmHg o tratamiento, IMC > 25 Kg/m², perímetro cintura (PC) ≥ 80 cm mujeres (M), ≥ 94 cm hombres (H), Índice Cintura Cadera (ICC) $> 0,85$ mujeres, $> 0,90$ H. Se realizó una encuesta de hábitos alimentarios y

estilos de vida, tras la obtención del consentimiento informado del paciente. Análisis para el global de la muestra, por sexo. Comparación con las recomendaciones (estimación de proporciones, pruebas de relación: Chi-cuadrado, comparación de medias).

Resultados: Pacientes incluidos: 237 (46,41% H y 53,58% M); edad media: 66,91 años \pm 12,6; 59,5% IMC $>$ 30 Kg/m²; 99% M y H perímetro cintura \geq 80 cm y \geq 94 cm respectivamente (media, 109,9 cm \pm 11,9); ICC 0,92 \pm 0,1 D y 1,01 \pm 0,9 H. Estilo de vida: 12,2% fumadores (H $p <$ 0,05), 68,8% sedentarismo, 51% duermen 6-8 horas, 59% realiza la siesta (M $p <$ 0,04). Morbilidad: media diagnósticos, 3,7 \pm 2,1. 100% pacientes hipertensos, 60% mal controlados (150/82 \pm 18/11 mmHg). Además 37% hipercolesterolemia; 7,1% DM y 12% hipercolesterolemia y DM (12% fumadores). Tratamiento farmacológico: media de fármacos 4,5 \pm 2,7. 73,4% de los pacientes tienen una la percepción de seguir una correcta alimentación pese a tener una dieta desequilibrada ($>$ 50% no cumplen raciones de agua, leche, legumbres; $>$ 20% para verduras, hortalizas, frutas, proteínas). Se dieron las pautas necesarias para inculcar una alimentación sana y saludable. Se utilizaron medidas para fomentar la actividad física y se ofreció servicio de ayuda a la cesación tabáquica.

Conclusiones: Conocer el estilo de vida y los hábitos alimentarios de población con SM contribuye a la planificación de actuaciones sobre la población. El farmacéutico comunitario debe formar parte de los agentes activos en la salud comunitaria y en la salud pública.

P-364. PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ADOLESCENTES MEDIANTE UN JUEGO DE ROL EN EDUCACIÓN FÍSICA

I.J. Pérez López, M. Delgado Fernández, E. Rivera García, P. Chillón Garzón, et al

Departamento de Educación Física y Deportiva; Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: El sedentarismo tiene un protagonismo clave en la aparición de enfermedades causantes de mortalidad y morbilidad de la población. Por ello, la Educación para la Salud desarrollada desde la Educación Física escolar se convierte en un pilar fundamental del estilo de vida de los adolescentes. Ante la escasez de estudios en el ámbito nacional, el objeto de investigación de este trabajo ha sido evaluar la eficacia de un programa de intervención en el hábito de actividad física saludable en el alumnado adolescente.

Métodos: Se empleó un diseño cuasiexperimental con un grupo de alumnos de cuarto de ESO (de clase media-baja), con medidas pretest, postest y retest (dos meses después del término de la intervención). La variable independiente fue un Juego de Rol, denominado: "El Guardián de la Salud", donde todas las jornadas presentaban relación con un contenido de Educación Física orientada a la salud: alimentación, calentamiento, vuelta a la calma, resistencia aeróbica, fuerza y resistencia muscular... Los jugadores deben adoptar la personalidad de diferentes personajes (clérigo, exploradora, mago, guerrera, bardo o arquero) para superar los diversos desafíos que se les plantearán en la aventura, a partir de las directrices que marcaba el profesor (o director de juego). La duración fue de 3 meses, durante las dos sesiones semanales de una hora. Los conocimientos, procedimientos y actitudes aplicados a la práctica de actividad física relacionada con la salud determinaron las variables dependientes. Los conocimientos y actitudes se evaluaron a través de cuestionarios, diarios y entrevistas, y los procedimientos mediante análisis de vídeo.

Resultados: Al término de la intervención se alcanzó una mejora altamente significativa ($p <$ 0,001), entre pretest y postest, en los conocimientos de los alumnos sobre actividad física y salud, en los hábitos de actividad física saludable (a nivel procedimental) y en las actitudes hacia el proceso de la actividad física orientada a la salud.

Además, se consiguió una gran estabilidad de los valores obtenidos en las variables evaluadas ($p <$ 0,001 en el apartado conceptual y procedimental y $p <$ 0,01 en el actitudinal, entre pretest y retest).

Conclusiones: La metodología desarrollada, a través de un juego de rol aplicado desde la Educación Física, mejora variables que inciden en el hábito de actividad física saludable. Por tanto, la Educación Física debería ser potenciada en el currículum escolar.

P-365. LA SALUD BIOLÓGICA DE LOS ADOLESCENTES MEJORA DESDE EL CURRÍCULO ESCOLAR

P. Chillón, M.A. Delgado, F.B. Ortega, J. Medina, M. Delgado, et al

Departamento de Educación Física y Deportiva, Departamento de Fisiología, Universidad de Granada; Karolinska Institutet, Suecia.

Antecedentes/Objetivos: Son diversos los estudios de hábitos de la población escolar española que destacan bajos niveles de forma física y altos niveles de obesidad derivados del sedentarismo, siendo este el principal motivo de preocupación para la salud pública. Por otra parte, es manifiesta la importancia e idoneidad de la escuela (centros escolares de diferentes niveles) como foco de promoción de la salud y de actividad física. El objetivo del presente estudio es describir un programa de intervención de salud desde el área de educación física y evaluar los principales efectos sobre la salud física (condición física y composición corporal), en adolescentes.

Métodos: El programa de intervención se focalizó en aspectos de alimentación y práctica de actividad físico-deportiva y se aplicó a un grupo escolar de 3º de ESO (14,10 \pm 0,41 años) de 29 sujetos (16 chicos y 13 chicas). Se desarrolló durante las 2 sesiones semanales de educación física y en actividades interdisciplinares con otras áreas, durante 6 meses. Algunas tareas llevadas a cabo fueron: sesión práctica de alimentación y baloncesto, organización del "desayuno andaluz", realización de póster en colaboración con el departamento de plástica sobre contenidos de alimentación y actividad física, control de la ingesta alimenticia en el desayuno y a media mañana (en el recreo) mediante una planilla semanal y desarrollo de la condición física en las sesiones de educación física. Se utilizó una metodología teórico-práctica con alta participación tanto físico como cognitiva del alumnado.

Resultados: La condición física mejoró significativamente en ambos géneros tras la aplicación del programa de intervención ($p <$ 0,05), debiendo considerar los posibles efectos del desarrollo madurativo, presentando los chicos un mejor nivel de forma física que las chicas excepto en flexibilidad ($p <$ 0,001). La composición corporal también mejoró con un efecto positivo en la cantidad de grasa corporal total, dado que evita el aumento que se produce en las chicas del grupo control ($p \leq$ 0,001) y consigue en chicos, disminución de la misma ($p <$ 0,001), así como un aumento en la masa libre de grasa ($p <$ 0,001) que no se aprecia en el grupo control.

Conclusiones: La aplicación de un programa de intervención orientado hacia la salud desde el área de educación física, con una metodología teórico-práctica de participación activa (física y cognitiva), produce mejoras en la forma física y composición corporal de los adolescentes. Es urgente y necesario adoptar medidas de prevención de salud implícitas en el currículum escolar.

P-366. UN MODELO DE DESARROLLO POSITIVO ADOLESCENTE BASADO EN LA OPINIÓN DE EXPERTOS

A. Oliva Delgado, A. Parra Jiménez, M.A. Pertegal Vega, M. Ríos Bermúdez, L. Antolín Suárez, A. Hernando Gómez, I. Fuentes Caro, et al

Universidad de Sevilla; Universidad de Huelva; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La imagen negativa de la adolescencia presente a lo largo de las últimas décadas ha propiciado un modelo de atención a la salud adolescente centrado en los factores de riesgo, que ha podido llevar a una mayor inversión en programas dirigidos a la investigación e intervención sobre algunos de los problemas de salud más prevalentes durante la adolescencia. Como contrapartida, ha fomentado un modelo de intervención centrado en el déficit, de características similares al modelo médico tradicional, y que considera que la ausencia de problemas es un buen indicador de un desarrollo adolescente saludable. Sin embargo, durante los últimos años este modelo ha empezado a ser cuestionado por enfoques que enfatizan la competencia y el desarrollo positivo de jóvenes y adolescentes. En el marco del programa Forma Joven, y con la financiación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de construir, a partir de la opinión de un grupo de expertos en desarrollo y salud mental adolescente, un modelo de las competencias necesarias para un desarrollo positivo y saludable adolescente.

Métodos: Para ello se utilizaron dos técnicas de consenso, el grupo nominal y el método delphi. El grupo nominal estuvo formado por 12 profesionales del campo de la psicología, la psiquiatría y la educación seleccionados en virtud de su vinculación profesional con la etapa adolescente. En el caso de la técnica delphi se contó con 30 profesionales con características similares, y que desarrollaban su trabajo en distintas ciudades de nuestro país. A partir de las opiniones de estos expertos se elaboró, un ranking con las competencias consideradas más importantes para poder hablar de un desarrollo positivo adolescente. Estas competencias fueron agrupadas por el equipo investigador en un modelo que posteriormente fue valorado y validado por el grupo de expertos.

Resultados: El ranking elaborado situó en lugares preferentes una serie de valores y de competencias relacionadas con el área socio-emocional que podrían englobarse en lo que es la inteligencia social y emocional. Además, las competencias propuestas se agruparon en cinco bloques o áreas: emocional, social, cognitiva, moral y de desarrollo personal.

Conclusiones: El modelo construido es integral, y va más allá de las concepciones que se limitan a considerar el rendimiento académico o la ausencia de problemas como los únicos indicadores del desarrollo saludable, y representa un punto de partida que sugiere algunas líneas de investigación e intervención de cara a la promoción de la salud y el desarrollo positivo adolescente.

Financiación. Convenio de colaboración entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la Universidad de Sevilla.

PÓSTERES XXVII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 17:45 a 19:15 h

Uso de medicamentos: investigación y gestión

P-367. ESTUDIO DE CONTACTOS EN TUBERCULOSIS: FACTORES ASOCIADOS A LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN UNA CIUDAD CON INMIGRACIÓN MASIVA RECIENTE

A. Rodríguez-Mondragón, C. Rius, A. Orcau, L. Català, J.A. Caylà, et al

Servicio de Epidemiología, Agencia de Salud Pública de Barcelona; Unitat Docent de Medicina Preventiva i Salut Pública, IMAS-UPF-ASPB; CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Identificar los factores asociados a la prescripción del tratamiento de tuberculosis (TB), entre los contactos

de casos detectados por el Programa TB de Barcelona en el período 2005-2006, analizando la influencia del país de origen tanto de los casos, como de los contactos.

Métodos: Casos detectados (N = 584) y sus contactos (N = 4.933). Se utilizó la metodología Generalized Estimating Equations (GEE) para identificar los factores asociados, calculándose odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza del 95% (IC). Como variables dependientes se incluyó prescripción de tratamiento de infección tuberculosa (TIT) y de la enfermedad, y como independientes variables demográficas, clínico-epidemiológicas y de exposición. Se contó con la colaboración de personal de Enfermería en Salud Pública y agentes comunitarios de salud (ACS) de diferentes países.

Resultados: La incidencia de enfermedad en los contactos fue del 2,02%. Existe más riesgo de enfermar cuando el caso índice es bacilífero (OR = 2,46; IC: 1,19-5,04) y presenta retraso diagnóstico (OR = 1,97; IC: 1,03-3,76), y en relación a los contactos, cuando hay contacto íntimo diario mayor de 6 horas (OR = 2,00; IC: 1,09-3,66), si son menores de 35 años (OR = 2,59; IC: 1,38-4,88) y si son autóctonos (OR = 2,56; IC: 1,11-5,86). Los factores asociados a prescripción de TIT fueron el estado bacilífero del caso índice (OR = 3,33; IC: 2,28-4,87), y en los contactos el contacto íntimo (OR = 1,83; IC: 1,38-2,41), la edad menor de 35 años (OR = 1,93; IC: 1,51-2,45) y ser inmigrante (OR = 2,39; IC: 1,67-3,42).

Conclusiones: Existe más riesgo de enfermar cuando el contacto es autóctono pero se prescribe más TIT en los contactos inmigrantes.

P-368. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN TRAUMATOLOGÍA Y UROLOGÍA

I. Alférez, R. Peña, I. Navarro, P. Rodríguez, B. Oya, C. Robles, et al

Hospital Torrecárdenas, Comisión de Infecciones.

Antecedentes/Objetivos: Dado el elevado consumo de antimicrobianos e infecciones postquirúrgicas, la Comisión de Infecciones (CI) realizó una revisión-actualización de los protocolos de profilaxis antibiótica de los servicios de Cirugía Ortopédica-Traumatología (COT) y Urología, y una auditoria para valorar el cumplimiento. Objetivo: evaluar el grado de cumplimiento de estos protocolos establecidos por la CI en los citados servicios.

Métodos: Estudio observacional prospectivo durante mes y medio en el servicio de COT y tres meses en el servicio de Urología. El departamento de Investigación y Bioestadística del hospital, realizó el cálculo sobre la base de las intervenciones realizadas los seis primeros meses del año en el servicio de COT (505), en el servicio de Urología (209), de donde se obtuvo una muestra de 156 y 108 respectivamente. Recogida de datos: servicio, edad, sexo, diagnóstico, tipo intervención quirúrgica. Se evaluaron los siguientes parámetros para el cumplimiento de los protocolos de profilaxis quirúrgica: antibiótico/dosis (Cefazolina 2 g una hora antes de cirugía, en COT y Urología) y duración (Cefazolina 1 g cada 8 h durante 24 h en COT, en Urología ninguna dosis).

Resultados: En el servicio de COT se estudió el protocolo de profilaxis de 156 pacientes, 90 mujeres (57,7%) 66 hombres (42,3%), edad media 56,02 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron gonartrosis de rodilla (22,4%), fractura de cadera (15,4%). Según protocolo establecido, la profilaxis quirúrgica fue correcta para antibiótico/dosis en el 100% de los casos. La duración fue correcta en 79 de los casos (50,6%), incorrecta en 77 casos (49,4%). La causa de incumplimiento de la profilaxis fue prolongación de la duración de la dosis postquirúrgica (el 15,4% de dos días de duración y el 34% más de tres días) En el servicio de Urología se analizaron el protocolo de 108 pacientes, 89 hombres (82,4%) 19 mujeres (17,6%), edad media 61,3 años. Los diagnósticos más predominantes fueron tumor vesical (31,5%) e hiperplasia prostática benigna (28,7%). Según protocolo establecido la profilaxis fue adecuada para antibiótico/dosis en el 100% de los casos.

La duración fue correcta en 104 casos (96,3%), incorrecta en 4 casos (3,7%). La causa de incumplimiento de la profilaxis fue por prolongación de la duración de la dosis postquirúrgica (el 3,7% fue de 3 días).

Conclusiones: El cumplimiento de la profilaxis antibiótica quirúrgica, muy importante en la prevención de la infección nosocomial fue adecuado en el 57,7% de los casos en COT y casi en su totalidad en Urología. Se destaca un elevado porcentaje de prolongación de la profilaxis en COT. Es importante analizar los datos para poner de relieve las causas de incumplimiento y establecer medidas correctoras.

P-369. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE IMIPENEM/CILASTATINA Y MEROPENEM EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

I. Alférez García, R. Peña Pou, C. Robles Aguilera, I. Navarro Méndez, M.C. Gálvez Contreras, M. Martínez Lirola, M.D. Sureda Santiso, et al

Complejo Hospitalario Torrecárdenas: Comisión de Infecciones; Servicio Farmacia.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la utilización de Imipenem/Cilastatina y Meropenem y sus hábitos de prescripción en nuestro hospital.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes tratados con Imipenem/Cilastatina y Meropenem durante un mes en un hospital de segundo nivel. Los datos se obtuvieron del sistema informático de dispensación unitaria (Farmatools®) y de las historias clínicas. Se elaboró una hoja de recogida de datos con indicadores de calidad: datos demográficos, servicios implicados, indicación, datos microbiológicos, posología y duración del tratamiento.

Resultados: - Imipenem/Cilastatina (n = 28 pacientes): 57,1% hombres, 42,9% mujeres, edad media 64 años. Se utilizó fundamentalmente en medicina interna (43%), digestivo (17,9%) y cirugía (14,3%). Las principales indicaciones fueron: neumonía (42,9%), fiebre de origen desconocido (14,3%) y peritonitis bacteriana (10,7%). La terapia fue empírica en el 67,9% de los casos. La dosis más empleada fue de 500 mg c/6 h (65%) con una duración media de 9 días, resaltando que en un 15% fue inferior a 3 días. -Meropenem (n = 18 pacientes): 66,7% hombres, 33,3% mujeres, edad media 72 años. Los servicios que más lo utilizaron fueron medicina interna (66,7%), UCI (16,7%) y cirugía (11,1%). Las causas más frecuentes de prescripción fueron infección respiratoria (27,8%), EPOC (16,6%) y sepsis (16,6%). En el 66,7% la terapia ha sido empírica. La dosis más utilizada fue de 1.000 mg c/8 h (94,4%) con una duración media de 9 días, destacando que en un 44,4% fue inferior a 4 días.

Conclusiones: El 58,6% no justifican su indicación terapéutica. Se pone de manifiesto un alto porcentaje de tratamientos empíricos sin confirmación microbiológica. Destaca la alta incidencia de tratamientos excesivamente cortos con Meropenem. Se propone, a través de la Comisión de Infecciones, comunicar a los prescriptores las desviaciones obtenidas con el fin de promover una utilización más adecuada de estos antibióticos.

P-370. ADECUACIÓN DE PRESCRIPCIÓN-INDICACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE FRACTURAS

J.B. Merino Rico, J.C. Domínguez Camacho, T. Molina López, E. Hevia Álvarez, I. Ferrer López, D. Palma Morgado, M.O. Caraballo Camacho, H. Sánchez Monteseirín, J.M. Galiana Achel, et al

Distrito AP Sevilla; Servicio de Asistencia Farmacéutica; SAS.

Antecedentes/Objetivos: Valorar la aplicabilidad del Muestreo por Aceptación de Lotes (LQAS), para el estudio de la adecuación prescripción-indicación de medicamentos en la prevención de fracturas (MPF) en Unidades de Gestión Clínica (UGC).

Métodos: Auditoria de adecuación de tratamientos según LQAS. Este método, adaptado de la industria, informa del grado de adecuación a un criterio con una muestra mínima de pacientes, estableciendo si la UGC cumple o no un determinado criterio. Cada UGC es un lote. El tamaño de la muestra se calculó asumiendo un 55% de cumplimiento como valor mínimo y un 70% como valor óptimo, para un error α 5%, y estándar del 90%. Con estos parámetros, deberían auditarse un mínimo de 18 historias. El n° máximo de defectos tolerables es 4: si se encuentran 4 o menos que no cumplen, se acepta que la UGC cumple el criterio globalmente. Criterio 1: paciente en tratamiento con MPF, que ha sufrido fractura por fragilidad o presenta riesgo alto de fractura según escala validada (Black). Criterio 2: si cumple criterio 1, el fármaco utilizado es alendronato. En caso contrario, debe constar justificación. Muestra: pacientes a los que se les ha prescrito un MPF en el período enero-junio 2008, seleccionados de forma aleatoria. Exclusiones: pacientes con osteoporosis secundaria y varones en ambos criterios. Un médico y un farmacéutico auditaron cada historia según cuestionario predefinido.

Resultados: La UGC-A requirió la revisión de 18 historias. 4 fueron exclusiones. 6 no cumplían el criterio 1, y por tanto tampoco el global. Tiempo empleado: 5 horas. La UGC-B requirió la revisión de 22 historias. 2 fueron exclusiones. Sólo 2 de 20 no cumplían el criterio 1; se acepta que cumple el criterio de adecuación 1. El criterio 2 se audita entre los cumplidores del criterio 1. De los 18 cumplidores del criterio 1, sólo 4 no cumplen el 2. La UGC cumple ambos criterios de adecuación. Tiempo empleado: 4 horas. De las 40 historias auditadas, en el 41% constaba fractura previa, el 67% tenía diagnóstico de osteoporosis, en ningún caso se hallaron cifras densitométricas, y sólo el 58% de los tratados estaban en riesgo alto de fractura, incluso 3 casos puntuaban el valor mínimo en la escala de riesgo. En ningún caso con tratamiento diferente a alendronato constaba justificación. En 2 casos hubo discrepancias en la interpretación de algún dato entre los auditores, resolviéndose por consenso.

Conclusiones: La técnica LQAS, es aplicable en la evaluación de la adecuación prescripción-indicación en las UGC y permite discriminar el grado de adecuación, proporcionando información potencialmente útil para la mejora continua del centro.

P-371. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DEL VISADO DE ANTIPSICÓTICOS MEDIDA EN EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA PRESCRIPCIÓN A LA AUTORIZACIÓN DE LA RECETA

M.C. Gómez Martín, M.C. Zambrana Cayuso, C. Arjona Morube, et al
Distrito Sanitario Aljarafe.

Antecedentes/Objetivos: En 2003, el Servicio Andaluz de Salud emite la Resolución 612/2003, mediante la cual se implanta obligatoriamente el visado de los antipsicóticos de segunda generación en el territorio de la comunidad andaluza. Enseguida surgen reacciones contrarias al mismo desde asociaciones profesionales, como la asociación andaluza de neuropsiquiatría, asociaciones de enfermos psíquicos y familiares. Uno de los argumentos que dan como apoyo al rechazo de dicha resolución son las trabas burocráticas añadidas al suministro del tratamiento a un colectivo con habilidades mermaid. Ambas circunstancias podían repercutir sobre la adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de estos pacientes. Para evitar que el visado -desde el punto de vista de la tramitación de una autorización de un tratamiento a cargo del servicio andaluz de salud-, tuviera las consecuencias negativas sobre los pacientes psicóticos, desde el primer momento, en la unidad de visado de la zona básica de Mairena del Aljarafe, se implantó un sistema de abordaje de dicho visado para conseguir que no hubiera demora en el mismo, siendo requisito imprescindible la presencia diaria del farmacéutico A4 en el centro de salud de un tiempo establecido y la interconexión de los profesionales implicados en la prescripción y gestión del visado de recetas.

Métodos: Se ha realizado un estudio analítico descriptivo. La población objeto de estudio seleccionada, son las recetas de antipsicóticos atípicos que llegan por primera vez a la unidad de visado de Mairena del Aljarafe (2003-2007). Para el estudio de la efectividad del protocolo de actuación implantado desde la unidad de visado, se ha utilizado como dato evaluable la demora del visado, entendiéndose ésta el tiempo medido en días, transcurrido desde la llegada de la receta de antipsicótico atípico a la unidad de visado y la resolución de ésta para que pueda el usuario retirarla de una oficina de farmacia.

Resultados: El tiempo medio de demora del visado de los antipsicóticos atípicos es inferior a 24 horas. Consiguiendo una mayor implicación de los facultativos en el cumplimiento del informe para la prescripción de antipsicóticos atípicos.

Conclusiones: La implantación del visado de antipsicóticos atípicos no tiene porqué producir un efecto negativo en el cumplimiento del tratamiento de un enfermo mental grave, siempre y cuando se consiga una demora cero. Para lo cual es necesario contar con una inversión diaria de tiempo de trabajo del inspector farmacéutico A4. Sin dicha inversión la demora no sería cero y como alternativa para evitar daños al paciente mental grave por retraso del trámite de visado, queda sólo el autovisado por parte del facultativo prescriptor.

P-372. USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN UN DISTRITO RURAL

J.C. Montero Torrejón, L.G. Luque Romero, A. Nieto Reinoso, C.E. Jiménez Casado, et al

Distrito Sanitario Sevilla Norte.

Antecedentes/Objetivos: Tanto la OMS como el Ministerio de Sanidad y Consumo recomiendan el uso racional de los antibióticos. Desde nuestro Distrito se está implementando una política de racionalización de uso de fármacos entre los que se encuentran los antimicrobianos (ATB). Las recomendaciones actuales del Servicio Andaluz de Salud para los ATB en pediatría indican como primera línea de tratamiento la amoxicilina en monoterapia, ampicilina, penicilina frente a Gram o cloxaciclina, y el uso relativo de los antibacterianos de 3º escalón debería disminuir, entre ellos macrólidos, cefalosporinas de 2º nivel parenteral y cefalosporinas de 3º nivel. En adultos estas recomendaciones se expresan como tasas de ATB por cada 1000 tarjetas ajustadas por edad (TAE). **Objetivos:** analizar el consumo de ATB en nuestro distrito. Definir el patrón de prescripción de antibioterapia. Relacionar la adecuación del perfil de uso frente a las recomendaciones del Ministerio. Analizar la distribución de costes por grupos químicos de los ATB.

Métodos: Usamos los datos recogidos en las siguientes bases de datos: MicroStrategy (base de datos de Farmacia), Base de Datos de Usuarios de Andalucía (BDU) y los comparamos en los casos de desviación de la normalidad con los datos recogidos en la Historia Salud Digital de Andalucía (DIRAYA). Se analiza el periodo 2002-2007 y medimos, entre otras, las siguientes variables: número de usuarios (tarjetas ajustadas por edad -TAE-), tipo de ATB, Dosis Diaria Definida (DDD), relación PVP/TAFE. Expresamos descriptivos de frecuencias, evolución interanual y estudios de correlación bivalente.

Resultados: Sobre una población de 248.935 habitantes se obtienen los siguientes datos de consumo y costes: la tasa de uso de ATB durante 2007 fue de 26,41, lo que conlleva un gasto de 2.055.003,43 € y en la que el ATB más consumido fue la asociación de amoxicilina-clavulánico. De 2002 a 2007 descendió el gasto en ATB 253.573,04 €, lo que supone una reducción del 10,98%. Por el contrario, novedades terapéuticas no recomendadas (clasificación de medicamento asignada de acuerdo con el Procedimiento Normalizado de Trabajo de los Comités de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Andalucía, Aragón, Cataluña, Navarra y País Vasco) como algunas cefalosporinas de 3º y 4ª generación han multiplicado su consumo/ DDD desde 300 a 33.000 aproximadamente.

Conclusiones: La implementación de medidas dirigidas al uso racional de ATB entre las que se cuentan actividades formativas, información periódica de consumo y la vigilancia de la adecuación de las prescripciones contribuyen a una adecuación de las indicaciones y del principio activo utilizado.

P-373. VARIABLES ASOCIADAS A LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES

P. Fernández del Valle, E. Candela Marroquín, F.J. Calvo Moreno, L. Palomo Cobos, et al

Gerencia del Área de Salud de Cáceres del Servicio Extremeño de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La aplicación de incentivos económicos a los médicos que consiguen detener su crecimiento del gasto farmacéutico podría acompañarse también de mejoras en los indicadores de calidad de prescripción. El objetivo de este trabajo es analizar la variabilidad en los indicadores de prescripción de los médicos de atención primaria del área de salud de Cáceres, durante el año 2007, y relacionarlos con las variables profesionales y demográficas y con la firma del contrato de gestión.

Métodos: Diseño: Estudio observacional descriptivo. Emplazamiento: Área de Salud de Cáceres (170.125 habitantes; 22 centros de salud). Participantes: Datos de prescripción del año 2007 de los 151 médicos de familia, obtenidos del Sistema de Información de Prescripción Farmacéutica (Digitalis). Las variables de prescripción analizadas fueron: % de desviación del presupuesto; % de medicamentos genéricos/total; % prescripción por principio activo/total; % DHD Omeprazol/DHD Inhibidores de la Bomba de H⁺; % Novedades calificadas C o D/ total; % DHD Ibuprofeno + Diclofenaco/total AINES; % DHD Simvastatina + Lovastatina + Pravastatina/total estatinas; % DHD ARA II/DHD ARA II + IECAs.

Resultados: El 76% de los médicos firmaron el contrato de gestión farmacéutica. No existe correlación entre la desviación del presupuesto y el resto de variables cuantitativas profesionales o poblacionales. La variabilidad en la calidad de la prescripción es la norma en todos los indicadores. La firma del contrato de gestión se relaciona positivamente con % DHD Omeprazol/ DHD Inhibidores de la Bomba de H⁺ (p = 0,035) y con % DHD Simvastatina + Lovastatina + Pravastatina/total estatinas (p = 0,033), pero no con el resto de indicadores de calidad. Las diferencias se mantienen estratificando por sexo, formación MIR y tipo de consulta.

Conclusiones: Se constata la variabilidad en la cantidad y la calidad de la prescripción de los médicos de atención primaria. Dicha variabilidad se mantiene a pesar de la firma del contrato de gestión. Aun teniendo en cuenta la morbilidad, comprender las motivaciones que desencadenan la prescripción requiere aproximaciones más complejas que la simplificación a que se quiere conducir al reducirlo a un problema de gasto. En cuanto a consumidores finales, se necesita un esfuerzo importante de liderazgo institucional, profesional y científico para comprender mejor los mecanismos por los que actúan sobre los médicos tanto el marketing farmacéutico como los estímulos empresariales. Se requiere una apuesta importante por mejorar la información sobre prescripción, adecuar los indicadores y hacer visibles las consecuencias de esa variabilidad.

P-374. PREVALENCIA DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

P. Villacorta, M. Espinosa, B. Santos, J. Bautisa, A. Rodríguez, M.J. Prieto, et al

Servicio de Farmacia HH.UU Virgen Rocío.

Antecedentes/Objetivos: Revisar la literatura sobre prevalencia de interacciones farmacológicas (IF) en la atención hospitalaria.

Métodos: 1.- Búsqueda bibliográfica en PubMed de artículos sobre prevalencia de IF en diferentes grupos poblacionales atendidos en los hospitales y revisión manual de la bibliografía de los artículos seleccionados anteriormente. Criterios de inclusión: artículos originales del período 1990-septiembre 2008 en español o inglés que incluyan en sus resultados prevalencia de IF o datos suficientes para su cálculo. 2.- Análisis de la prevalencia: Para cada artículo, se tabularon las siguientes variables - Variables independientes: patología de los pacientes, edad de la población, ámbito de estudio según ingresado/no ingresado, localización geográfica. - Variables dependientes: nº de IF por cada 100 pacientes estudiados, prevalencia de pacientes con IF, IF que se dan con mayor frecuencia.

Resultados: 1.- Búsqueda bibliográfica: La búsqueda inicial dio lugar a 436 artículos, 26 cumplían los criterios de inclusión. La consulta de las referencias bibliográficas permitió incorporar 20 trabajos más. De todos ellos, 25 aportaban toda la información necesaria para llevar a cabo la segunda fase del presente estudio. 2.- Análisis de la prevalencia: De los 25 estudios seleccionados, 13 estudiaban las IF en población global en cuanto a patología de los pacientes y otros eran monográficos de cáncer (4), patología cardíaca (2), VIH (2), etc. La edad de los pacientes fue en la mayoría de los casos adultos y/o ancianos (23). 16 artículos estudiaban las IF en pacientes no ingresados (urgencias, al alta, pacientes externos) y 9 en pacientes ingresados. En cuanto a la localización geográfica: 5 artículos eran españoles, 8 del resto de Europa, 8 de EEUU o Canadá y 4 de otra localización. El nº de IF por cada 100 pacientes fue de 37, pero este resultado aumenta considerablemente en pacientes con patología cardíaca (246) o VIH (163) y cuando se estudian las IF en pacientes al alta (172). La prevalencia de pacientes que sufren IF del conjunto de la población estudiada es del 15% y el número medio de IF en cada uno de estos pacientes es 2,4. Las 5 interacciones con mayor frecuencia detectadas son IECA-Diurético (15 IF/100 pacientes), fluconazol-ciclosporina (9), digoxina-diurético del asa (8), aspirina- heparina (8), Bloqueante B adrenérgico-antidiabético (7).

Conclusiones: Existe elevada variabilidad en el diseño de los estudios de prevalencia de IF lo cual dificulta el análisis agregado de los mismos. La mayor prevalencia de IF parece darse en pacientes adultos/ancianos con patología cardíaca al alta. La prevalencia en determinadas poblaciones, como la infantil, es desconocida por la ausencia de estudios llevados a cabo en este ámbito.

P-375. CALIDAD DE LAS GUÍAS DE INCORPORACIÓN DE NUEVOS FÁRMACOS CUMPLIMENTADAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Galván, E.R. Alfaro, E. Prado, R. Muñoz, C. Prado, B. Santos, F.J. Bautista, J.M. Torelló, et al

HHUU Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la calidad en la cumplimentación de la guía de incorporación de nuevos fármacos (GINF) en un hospital terciario durante el periodo de 2004 a 2007.

Métodos: Estudio descriptivo de la calidad de las GINF cumplimentadas y evaluadas por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital Universitario Virgen del Rocío. La muestra estudiada fueron todas las solicitudes de evaluación de nuevos medicamentos recibidas en el periodo 2004-2007. Para cada una se recogieron variables relacionadas con el solicitante (servicio al que pertenece, categoría profesional y tipo de petición) y con la GINF (descripción de indicaciones, eficacia, efectividad y seguridad, costes e impacto asistencial). También se estratificaron las características de cumplimentación de la guía según la procedencia de la solicitud (año de solicitud, categoría profesional y servicio al que pertenece el solicitante).

Resultados: Se evaluaron 72 GINF. En 66 (91,7%) coinciden la indicación solicitada con la aprobada en España y en todas consta-

ba el tratamiento actual para la patología para la que se solicitaba el fármaco. Sin embargo, sólo 10 (13,9%) incluyeron el protocolo a seguir en dicha patología. Destaca el alto porcentaje de solicitantes que aportaron ensayos clínicos (97,2%), mientras que sólo un 54,2% incluyó otros trabajos relacionados. Únicamente el 36,1% de las GINF contenían una revisión sistemática. Datos referentes al coste del nuevo fármaco aparecían en un 84,7% de las solicitudes y la previsión de número de pacientes/año a tratar en un 73,6%. En cuanto al impacto asistencial, el 52,8% de los medicamentos solicitados supondrían el reemplazo parcial del tratamiento actual. Según la procedencia de la solicitud, destaca el servicio de Hematología en aportar datos referentes al tratamiento actual (100%), ensayos clínicos (100%), costes (90%) y previsión de pacientes a tratar (80%). Los Servicios Generales tuvieron menor grado de cumplimentación de la guía. Al estudiar los distintos estratos en función de los años de solicitud no se observó variabilidad, sin embargo, en función de la categoría profesional resultó relevante el mayor grado de cumplimentación por parte de los FEA.

Conclusiones: Existe un alto grado de cumplimentación de la guía GINF en nuestro centro. Por los datos aportados se garantiza una decisión final por la CFyT basada en la evidencia científica, ya que el porcentaje de solicitudes que incluyen ensayos clínicos es muy alto. Se encontró variabilidad en la calidad de la cumplimentación entre distintos servicios clínicos y categoría laboral del peticionario, pero no en función del año.

P-376. EVALUACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO: 2004-2007

E.R. Alfaro, M. Galván, E. Prado, M. Espinosa, A. Órpez, M.D. Vega, B. Santos, F.J. Bautista, J.M. Varela, et al

HHUU Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar las características del procedimiento de trabajo de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT) de un hospital terciario.

Métodos: Estudio descriptivo de las características del proceso de solicitud y toma de decisiones de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital Universitario Virgen del Rocío. La población del estudio consistió en todas las solicitudes de evaluación de nuevos medicamentos recibidas en el periodo 2004-2007. Para cada una de ellas se recogieron variables relacionadas con el fármaco (grupo terapéutico, vía de registro, vía de administración y categoría legal), con la persona solicitante (servicio al que pertenece, categoría profesional y tipo de petición), y con el resultado de la evaluación de la CFyT (decisión final adoptada y tiempo de retraso entre la petición y la decisión).

Resultados: De los 72 medicamentos solicitados, la mayoría eran de uso hospitalario (55,8%), de administración parenteral (48,6%), registrados por procedimiento centralizado (58,3%) y pertenecientes al grupo farmacológico de antineoplásicos (19,4%). Entre los solicitantes, destacan el servicio de Oncología (20,8%) y Hematología (13,9%); siendo los FEA (45,8%) y de forma consensuada con el resto de compañeros y jefe de servicio (73,6%), la categoría profesional que más solicitudes presentó y el tipo de petición mayoritario. 45 fármacos se aceptaron para su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica (62,5%), 6 como equivalentes terapéuticos, 36 (80%) con recomendaciones específicas y 3 (4,2%) sin ninguna restricción. De los medicamentos no incluidos, en 12 (81,1%) fue por insuficiente evidencia de su eficacia comparada con el tratamiento actual y en 11 (15,3%) por no aportar ninguna mejora respecto a éste. El tiempo medio transcurrido entre la fecha de entrega de la GINF y la decisión de la CFyT fue de 118 ± 78 días.

Conclusiones: El perfil del medicamento solicitado es de uso hospitalario, parenteral, de registro centralizado y antineoplásico. La

mayoría de los fármacos se aceptan, aunque con recomendaciones o como equivalentes terapéuticos.

P-377. IMPACTO DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN EL USO DE TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO

M.G. Barbaglia, F. Macià, M. Comas, M. Sala, M. Vernet, M. Casamitjana, X. Castells, et al

Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica, Hospital del Mar, Barcelona; Unitat Docent Med. Prev. i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB; Servei d'Obstetrícia i Ginecologia, Hospital del Mar, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El tratamiento hormonal sustitutivo (THS) está indicado en la menopausia para aliviar los síntomas producidos por la progresiva carencia hormonal. La publicación en el año 2002 de los resultados del ensayo clínico Women's Health Initiative sobre los efectos adversos de la terapia hormonal en mujeres posmenopáusicas (en especial el aumento de cáncer de mama), ha producido cambios en el uso y prescripción del THS, por lo que actualmente sólo está indicado durante el menor tiempo posible y a la menor dosis. El objetivo de nuestro estudio fue describir la evolución del uso del THS entre las participantes de un programa poblacional de detección precoz del cáncer de mama en Barcelona a lo largo de diez años, así como analizar su adecuación a las recomendaciones vigentes.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva de 50.918 mujeres de 50-69 años participantes en el programa entre 1998 y 2007. Previamente a la mamografía, se les administraba un cuestionario que recogía el uso actual o pasado de THS, tiempo de tratamiento, edad de la menopausia y nivel de estudios. La evolución de la prevalencia de uso de THS se analizó estratificando siempre por grupos de edad. Se consideró inicio recomendado del THS cuando tuvo lugar entre un año antes de la menopausia y hasta dos años después. Para este análisis se excluyeron las mujeres con menopausia precoz (< 45 años).

Resultados: La evolución global del uso de THS entre las participantes experimentó una tendencia creciente desde el inicio del programa, con un pico máximo del 11% en el año 2002 para el grupo de edad de 50-54 años. A partir del 2002 se registró una marcada disminución, llegando al 1,4% en 2007 (reducción global del 89,1%). El porcentaje anual de nuevas usuarias siguió una evolución muy similar. La caída del uso de THS no mostró diferencias según nivel de estudios. El número de mujeres con inicio no recomendado también aumentó hasta 2002 y decreció marcadamente hasta 2007. Sin embargo, los no recomendados superaron en más del doble a los recomendados y dicha proporción se mantuvo constante a lo largo de todos los años. Para el conjunto de mujeres, la duración media del THS fue de 60,0 meses (DE 33,5).

Conclusiones: El uso del THS tuvo un aumento sostenido hasta 2002 y una posterior marcada y continuada caída hasta el 2007, que cabe atribuir a la publicación de los resultados del estudio Women's Health Initiative y al consiguiente cambio en las recomendaciones sobre el uso de THS. A pesar de dichas recomendaciones, la proporción de mujeres que inician THS fuera del período recomendado no ha variado.

P-378. PREDICCIÓN DEL CONSUMO FARMACÉUTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Prados, A. Calderón, C. Abrams, P. Muñoz, et al

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins.

Antecedentes/Objetivos: La distribución del consumo farmacéutico, que representa cerca de un 61% del gasto total de Atención Primaria, no es homogénea entre la población. Los modelos predictivos

desarrollados por la Universidad Johns Hopkins (PM-ACG®) son capaces de identificar, de forma precoz, pacientes con alto riesgo de realizar un consumo exacerbado de recursos de farmacia. El objetivo es contrastar la capacidad predictiva de esta herramienta en diferentes contextos sanitarios (EEUU-España) y optimizar su rendimiento para su aplicación en el Sistema Nacional de Salud.

Métodos: Estudio observacional de cohortes basado en las historias clínicas informatizadas de pacientes de 6 centros de salud de Zaragoza, correspondientes a los años 2006 y 2007. A partir de códigos diagnósticos (CIE-9-MC), la clasificación ATC de los fármacos consumidos, el sexo y la edad del paciente, los PM-ACG ofrecen una probabilidad de realizar un elevado consumo farmacéutico para cada paciente. Para ello, el software realiza una serie de transformaciones dando lugar a variables intermedias relacionadas con características demográficas concretas, así como determinados perfiles de casuística y de consumo farmacéutico, que actúan como factores de riesgo en el proceso de modelización. A fin de evaluar el rendimiento estadístico de los modelos, se realizan regresiones lineales, tomando como variable dependiente el gasto farmacéutico realizado en 2007, y como independientes las variables intermedias mencionadas anteriormente. La capacidad predictiva de la herramienta se mide a través de la sensibilidad y curvas ROC. Programa SPSS 16.0, $p < 0,05$.

Resultados: Frente a predictores tradicionalmente utilizados como el sexo y la edad (R^2 : 14,0%), el poder explicativo del PM-ACG ofrece mejoras importantes, tanto si en el modelo se incluyen gastos de 06 (60,8%) o no (42,6%). Los valores de sensibilidad (S) y de las áreas bajo las curvas ROC (AUC) son elevados, tanto si en el modelo se incluyen gastos de 06 (S: 65,8% AUC: 0,957) o no (S: 3 6,0% AUC: 0,898).

Conclusiones: La combinación, en un mismo modelo, de información acerca de la morbilidad y del consumo farmacéutico de un paciente ofrece una visión completa de las necesidades y demanda sanitaria de dicho paciente. El uso de una lógica clínica y la obtención de óptimos resultados estadísticos, hacen de los PM-ACG un instrumento de ayuda, tanto en el ámbito asistencial, para los clínicos que han de enfrentarse a este grupo de pacientes, como para los planificadores y gestores sanitarios. Sin embargo, se requiere de una validación clínica de la herramienta, como paso imprescindible antes de su aplicación en la planificación sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

Financiación. Programa de Incorporación de Grupos de Investigación al SNS. Beca del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud para la realización de Estancias en Centros Nacionales y Extranjeros de reconocido prestigio en Uso Racional del Medicamento.

P-379. PREVALENCIA DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS (IF) EN ATENCIÓN PRIMARIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. Rodríguez Terol, M.J. Prieto Caballero, M. Caraballo Camacho, D. Palma Morgado, B. Santos Ramos, P. Villacorta Linaza, M. Espinosa Bosch, et al

Servicio de Asistencia Farmacéutica. Servicio Andaluz de Salud; Servicio de Farmacia. HU Virgen del Rocío; Servicio de Farmacia de AP. Distrito Sanitario Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la prevalencia de interacciones medicamentosas en el ámbito de atención primaria.

Métodos: 1.- Búsqueda bibliográfica de estudios nacionales e internacionales sobre prevalencia de IF realizada con el asesoramiento de profesionales del Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME) y de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETSA). 2.- Estudio de la prevalencia: Para cada artículo, se tabularon las siguientes variables dependientes: -número de IF que presentaban los pacientes susceptibles; -prevalencia de IF encontradas en el conjunto de la población de estudio; -prevalencia de pacientes con

IF; -prevalencia de IF clínicamente relevantes en el conjunto de la población (según criterio de los autores); -descripción de las IF más frecuentes. De cada estudio, se seleccionaron las cinco parejas descritas como de mayor frecuencia. De cada trabajo, se tabularon cuatro variables independientes: -patología de los pacientes; -edad de la población; -ámbito de estudio. Centros de salud rurales y urbanos y farmacia comunitaria; -localización geográfica; -nº medicamentos por paciente.

Resultados: Se obtuvieron 208 trabajos, 7 duplicados. 169 fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión al estudio. De los 32 artículos restantes, 27 aportaban todos los datos necesarios para el estudio y fueron los analizados. Los ancianos fueron el grupo de edad con mayor prevalencia de IF (21,02%; 3,96% potencialmente graves). La prevalencia de pacientes con IF fue 17,08% con una media de 1,23 IF por paciente. Las patologías osteoarticulares fueron las que presentaron mayor prevalencia de IF (73,08%), la hipertensión presentó mayor prevalencia de IF potencialmente importantes (12,53%) con una media de 1 IF por paciente. El ámbito con mayor prevalencia de IF fueron centros de salud rurales (36,07%) con un 14,32% IF potencialmente graves, la prevalencia de pacientes con IF fue 22,72% con una media de 1,5 IF por paciente. La mayor parte de los estudios encontrados han sido de ámbito nacional con prevalencia de IF totales del 37,13% siendo el 16,43% potencialmente importante, la prevalencia de pacientes con IF fue 23,32% con una media de 1,59 IF por paciente. La mayor prevalencia de IF ha sido descrita para el grupo de AINE tanto con anticoagulantes orales (principalmente warfarina), diuréticos, IECA, betabloqueantes, metotrexato, acetazolamida y fenilefrina.

Conclusiones: La mayor prevalencia de IF se da en pacientes ancianos, con patologías osteoarticulares, localizados en zonas rurales nacionales.

P-380. INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS DE GESTIÓN DE LAS NOVEDADES TERAPÉUTICAS

A. Aránguez Ruiz, E. Candela Marroquín, E. Fuentes Serradilla, A.M. García Martínez, M.V. Muñoz Arroyo, O. Ortiz Rodríguez, V. Pérez García, J.L. Sánchez Chorro, et al

Farmacéuticos de Área. Servicio Extremeño de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El sistema de registro de nuevos medicamentos permite que se comercialicen nuevos productos que en numerosas ocasiones no aportan beneficio terapéutico adicional. Además, estos nuevos medicamentos contribuyen a incrementar la factura farmacéutica, ya que suelen comercializarse a un precio elevado, supuestamente para cubrir la inversión previamente realizada en I+D. Como principal fuente de información de medicamentos para los médicos sigue siendo la industria farmacéutica. Este estudio se diseñó para impulsar otra fuente de información, con el objetivo de diseñar una estrategia formativa capaz de mejorar la selección de medicamentos así como evaluar el impacto de esta estrategia.

Métodos: Diseño: estudio de intervención, aleatorizado, con grupo control y análisis antes-después. Ámbito: Centros de Salud del Servicio Extremeño de Salud. Período: - Pre-intervención: abril-septiembre 2005 - Intervención: octubre 2005 - Post-intervención: noviembre 2005-abril 2006 Intervención: Modelo de gestión de novedades. El grupo intervención (416 médicos) recibe de manera personalizada: - Perfil de prescripción individual de nuevos fármacos. - Boletín de Información farmacoterapéutica - Sesión clínica presencial El grupo control (435 médicos) no recibe ninguna intervención. Variable: % de novedades terapéuticas prescritas autorizadas en los últimos 4 años/total de envases (% Nov/Tot).

Resultados: Antes de intervenir los grupos intervención y control no muestran diferencias significativas en cuánto al % Nov/Tot siendo 2,93 y 2, 73% (p = 0,066) respectivamente. Tras la intervención, la prescripción de novedades terapéuticas disminuye en el grupo inter-

vención (de 2,73 a 2,71%) en el grupo intervención, y aumenta en el grupo control (de 2,93 a 2,97%), alcanzando esta diferencia significación estadística (p = 0,021).

Conclusiones: La intervención muestra una eficacia muy discreta ya que partiendo de grupos homogéneos, se ha logrado dos grupos en los que se han acentuado las diferencias hasta alcanzar significación estadística. En el grupo control aumenta el uso de novedades, tal y como que viene ocurriendo en la práctica habitual, debido a su utilización cada vez más rápida y masiva. A pesar de ello, nos queda por resolver si la modificación conseguida se ha mantenido en el tiempo y si es clínicamente relevante, aunque apostamos que la utilización de moléculas igualmente eficaces pero más efectivas y seguras reporta beneficios en salud y evita riesgos innecesarios.

Financiación. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Orden de 2 de agosto de 2004.

P-381. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN POBLACIÓN ADULTA EN ARAGÓN

E. Clemente, P. Carrera, M.C. Martos, M. Esteban, M. Gómez, M.J. Rabanaque, et al

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Aragón; Universidad de Zaragoza; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: La Organización Mundial de la Salud apoya el Uso Racional de los Medicamentos como una estrategia de primer orden en materia sanitaria. La contención del gasto farmacéutico y utilización racional del uso de medicamentos es uno de los temas prioritarios de la política y gestión sanitarias. El objetivo del estudio es estimar la prevalencia de la utilización de medicamentos, según factores sociodemográficos y estado de salud autopercibido, en la población adulta no institucionalizada de Aragón e identificar factores asociados.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se utilizan los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 referidos a los residentes en Aragón mayores de 15 años. Se analiza lo relativo al consumo de medicamentos en las 2 semanas precedentes a la entrevista y se estudia la asociación de éste con variables sociodemográficas, estado de salud, morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios y hábitos de vida.

Resultados: De los 2.700 encuestados, 1878 (69,5%) consumieron al menos un medicamento en las últimas dos semanas previas a la entrevista y 299 (11,07%) consumieron algún fármaco sin prescripción. De los 1701 (63%) encuestados que han consumido medicamentos con receta, el 37,2% consumió tres o más. Los fármacos más frecuentes fueron para la tensión arterial (35,9%) y el dolor (33,2%). Su consumo se asoció con edad (mayor consumo al aumentar la edad), con sexo (mayor en mujeres), y con provincia de residencia (consumo mayor en Huesca). Se encontró asociación también con el mal estado de salud percibido, referir haber tenido una enfermedad en el año anterior a la entrevista, y con la utilización de servicios sanitarios (consulta médica en los últimos 15 días y visita a servicios de urgencias en el año anterior a la entrevista). Los fármacos consumidos con más frecuencia sin receta fueron para el dolor (62,9%) y para el catarro, excluidos los antibióticos (30,4%). No se encontró asociación con las variables sexo, estado de salud percibido, haber padecido alguna enfermedad limitante en el último año o utilización de servicios sanitarios. Sólo el 4,1% (112) declaró haber consumido productos de medicina alternativa, de los cuales el 84% eran mujeres.

Conclusiones: Un elevado número de los aragoneses (69%) encuestados consumió al menos un fármaco en la última quincena, y más del 10% lo hizo sin haber sido prescrito. El consumo es mayor en personas de mayor edad y en mujeres.

Financiación. Proyecto ICS08/0207.

PÓSTERES XXVIII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 17:45 a 19:15 h

Vigilancia de la salud (II)

P-382. ABORDAJE DE LA TUBERCULOSIS CON SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA EN UN DISTRITO SANITARIO DE ALMERÍA. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA

P. Barroso García, M. Bonillo Muñoz, et al

Área Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Antecedentes/Objetivos: En el Distrito Sanitario Levante Alto Almanzora hay un porcentaje importante de tuberculosis (TBC) en inmigrantes. **Objetivos:** Dar a conocer el seguimiento de la TBC, tras iniciar una experiencia de abordaje, con apoyo de enfermería desde la Sección de Epidemiología.

Métodos: Abordaje de la enfermedad: En 2006 se incorporó una enfermera a la Sección de Epidemiología como apoyo al control de pacientes con TBC y sus contactos. Ante la declaración de un caso se inicia seguimiento desde dicha Sección (epidemióloga y enfermera), contactando con el paciente en el hospital y posterior seguimiento telefónico y domiciliario. Se realiza entre otros aspectos, control de medicación, educación sanitaria, suministro de medicación, recordatorio de citas y contacto con otras provincias; coordinando atención primaria y hospital. Estudio descriptivo del seguimiento de casos de TBC y sus contactos. Análisis estadístico: Frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medias y desviaciones estándar para cuantitativas. Para comparar medias se utilizó t Student. Se estimaron tasas por 100.000 habitantes. Fuentes de información: modelos de declaración individualizada de tuberculosis, notificación microbiológica, encuesta epidemiológica y registros del seguimiento.

Resultados: Se notificaron 61 casos de TBC, 42,6% en población inmigrante (57,4% procedían de países latinoamericanos). Mayor número en el 2006, 38 casos (tasa de 68,6 en inmigrantes y 20 en autóctonos). La locación fue pulmonar en el 68,8%. Los no inmigrantes tenían una media de edad de 47,4 años (DE 20,6) y los inmigrantes 23,3 (DE 10,4) ($p < 0,001$). Se realizó estudio de contactos en el 96,3% de casos, con 460 estudiados (mínimo 0, máximo 68 (caso no inmigrante)); en el 21,9% se detectó infección; de los no infectados un 35,2% recibió quimioprofilaxis (QP) primaria y un 82,1% de los infectados secundaria. Ocho virajes continuaron con secundaria. Finalizaron el seguimiento el 96,7% de casos y el 88% de las QP secundarias. La enfermera realizó 1580 llamadas telefónicas y 127 visitas. La media de visitas en inmigrantes fue de 2,6 (DE 1,5) y en no inmigrantes 1,6 (DE 1,3) ($p 0,01$); no diferencias significativas entre llamadas y tipo de población.

Conclusiones: Un porcentaje importante de los casos de TBC corresponde a población inmigrante con más necesidad de recursos asistenciales. La incorporación de una enfermera a la Sección de Epidemiología está permitiendo realizar un mejor seguimiento de casos y sobre todo de sus contactos, obteniendo información, como seguimiento de QP, no disponible años anteriores.

P-383. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO) EN EL ÁREA SANITARIA SERRANÍA

M.J. Gutiérrez Fernández, A. Morales López, D. Román Rico, A. Mesa Nieto, M.C. García Melgar, F.J. Mérida de la Torre, et al

Servicio Laboratorio. UGC. Área de Gestión Sanitaria Serranía.

Antecedentes/Objetivos: El propósito de la vigilancia sigue siendo proporcionar una información que sirva para una acción encaminada a facilitar el control de enfermedades. La declaración de casos de enfermedad transmisibles es considerada como un procedimiento más en la vigilancia de las mismas. El objetivo de este estudio es conocer la evolución de las EDO notificadas a través de nuestro hospital en un periodo de 3 años así como conocer rasgos epidemiológicos de las mismas que puedan definir un perfil característico.

Métodos: En el estudio se ha incluido 17 enfermedades del listado actual de las EDO, se excluyeron las que no tenían un código específico, las que no presentaron casos en nuestro hospital y las que tienen un sistema específico de vigilancia. Las fuentes de información la han constituido los registros del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) a través de la Red de Alerta realizados por el Servicio de preventiva del Hospital y por Atención primaria. El periodo de estudio fue desde enero 2005 a septiembre de 2008 y las variables analizadas fueron edad, sexo, población, diagnóstico de la EDO (Orden de la Consejería de Salud del 17/06/02) y datos microbiológicos.

Resultados: 1. Encontramos una prevalencia total de 277 casos declarados, y un descenso progresivo (2005 = 75) a lo largo del estudio (2008 = 44). La edad media de la población estudiada fue de 24,8 años, con una distribución por sexo de 160 hombres y 117 mujeres. El origen de los pacientes fue mayoritariamente ronda (76,43%), así como de determinadas áreas del distrito de Cádiz (37,18%). Analizando los diagnósticos (EDO) destaca la alta prevalencia de campilobacteriosis con un total de 111 casos/277, seguido en orden de frecuencia por tuberculosis (52 casos/277), meningitis (15/277), enfermedad invasiva por Haemophilus influenza (5/277), herpes genital 5/277, fiebre exantemática mediterránea (3/277), hepatitis A 4/277, gonococia (4/277), brucelosis (3/277) y el resto de diagnósticos (5/277). 2. El patrón de sensibilidad de los aislamientos microbiológicos de Campylobacter jejuni fue de 74/123 (60,16%) resistentes a ciprofloxacino y 13,42% a eritromicina. El resto fue sensible a los antibióticos ensayados.

Conclusiones: 1. Comparativamente con otras áreas sanitarias, en la nuestra prevalece un alto porcentaje de EDO con diagnóstico de campilobacteriosis. 2. La comunicación de actividades y resultados del trabajo de la red de vigilancia es un elemento valioso para la SVEA. 3. Los resultados del estudio servirán como referencia para definir la estrategia de mejora de la cobertura y para evaluar las actuaciones que se realicen en este sentido.

P-384. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ANDALUCÍA ANÁLISIS DEL PERIODO 2003-2007

I. Mateos Wichmann, L. Puell Gómez de Salazar, J.M. Mayoral Cortés, et al

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral; Secretaria General de Salud Pública y Participación; Consejería de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de Salud Pública importante tanto por su morbilidad como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. La vigilancia de las ITS en Andalucía se realiza a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO/RedAlerta), del Sistema de Información Microbiológica (SIMAN) y del Conjunto Mínimo básico de datos (CMBD). En estas tres fuentes de información se ha detectado una tendencia ascendente similar. El objetivo de este trabajo es conocer la evolución y la situación actual de las infecciones de transmisión sexual en Andalucía.

Métodos: Análisis descriptivo de la incidencia de las ITS analizando 3 fuentes de información: EDO/RedAlerta, SIMAN y CMBD en el periodo 2003-2007.

Resultados: La tasa de incidencia registrada en las EDO de Andalucía presenta un incremento porcentual a lo largo del periodo de estudio del 171,8% para la sífilis, de 61,27% para la infección gonocócica

y de un 104,81% para la infección genital por *Chlamydia trachomatis*. Esta tendencia se ha visto a su vez reflejada en la Información Microbiológica obtenida en SIMAN: 103 serologías positivas para *Treponema pallidum* en el 2003 frente a 261 en el año 2007; en el caso de *Neisseria gonorrhoeae* pasamos de 49 aislamientos en 2003 a 472 en 2007, y de 36 de *Chlamydia trachomatis* en 2003 a 367 casos en 2007. La información del CMBD (c1 y c2) es más escasa y menos representativa: 13 casos de infección gonocócica en 2005 y 11 en 2006; 27 casos de sífilis en 2005 y 17 en 2006 y de infección genital por *Chlamydia trachomatis* tan sólo hay un caso en el 2006. En concordancia a las tres fuentes de información los afectados son principalmente hombre de 20-40 años.

Conclusiones: Las ITS han experimentado un importante incremento en Andalucía a partir del año 2003, similar al nacional. La variabilidad en los sistemas de Vigilancia Epidemiológica y en los de registros conlleva importantes limitaciones en el análisis comparativo de las fuentes de información; no obstante en las tres fuentes consultadas se observa la tendencia al alza lo cual nos debe orientar a la necesidad de un mayor control y una mejora en la accesibilidad de los pacientes a los diferentes sistemas sanitarios que se encuentran disponibles para su diagnóstico y tratamiento.

P-385. ANÁLISIS DE LAS MENINGITIS MENINGOCÓCICAS POR LOS GRUPOS B Y C EN ANDALUCÍA EN EL PERIODO 2003-2007 SEGÚN SEROTIPOS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

I. Mateos Wichmann, J.M. Mayoral Cortés, F.J. Guillén Enríquez, T. Fernández Alonso, et al

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Secretaría General Técnica y Participación. Consejería de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La meningitis meningocócica es una enfermedad que causa preocupación debido a su incidencia mundial en forma de epidemia o endemia. Nuestro objetivo es conocer el comportamiento de los diferentes serotipos en Andalucía en el período 2003-2007 en especial los grupos B y C dado que son los más frecuentemente aislados. La información analizada parte de nuestro Sistema de Vigilancia (Redalerta).

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo a partir de la información de EDO sobre las meningitis causadas por *Neisseria meningitidis* y la información remitida desde el laboratorio de Microbiología del Centro Nacional para el estudio de grupo, serotipo y subserotipo así como su relación con la evolución clínica de los pacientes.

Resultados: El número total de enfermedad meningocócica comunicada fue de 767 con un 53.6% en hombres y un 46.93% en mujeres. La provincia con más casos registrados fue Málaga con el 24.34% y el menor número de casos fue en Almería con el 4.55%; *Neisseria meningitidis* grupo B supuso el 59.76% de todas las meningitis mientras que es serogrupo C supuso el 12.76% con una letalidad del 10.45% y del 18.6% respectivamente. Como se observa en la gráfica para *Neisseria meningitidis* del grupo B, el serotipo más frecuentemente aislado ha sido el 4 el cual ha experimentado un incremento de letalidad desde el año 2003 al 2007 pasando del 10% al 21.42%. Dentro del serotipo 4 el subserotipo más frecuentemente aislado fue el P 1.15 con una letalidad de que oscila entre el 13.33% en el año 2003 y el 17.39% en 2007. Con respecto al estudio sobre *Neisseria meningitidis* grupo C no se ha llegado al serotipado en 39 casos (55.71%) aunque dentro de aquellas cepas que han llegado a tiparse el serotipo más frecuente ha sido el 2 a con una mortalidad máxima en el año 2007 del 1%.

Conclusiones: El meningococo del grupo B continúa siendo el más frecuente en nuestra comunidad como agente causal de enfermedad meningocócica correspondiendo la mayor letalidad al serotipo 4 subtipo P1.15. El meningococo del grupo C es menos frecuente que *Neisseria meningitidis* del grupo B aunque su letalidad es mayor. Para poder analizar correctamente los datos debemos tener en cuenta que es fundamental la adecuada recogida de información; por ello desta-

camos la importancia de transmitir la información obtenida a partir de los estudios microbiológicos de identificación y tipificación de las diferentes cepas circulantes mediante la adecuada cumplimentación de la ficha disponible en el Sistema de Vigilancia.

P-386. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS DE ANDALUCÍA. MÉTODO Y RESULTADOS EN 2007

J. Guillén Enríquez, T. Fernández Alonso, V. Gallardo García, J.C. Fernández Merino, G. Anderica Frías, J.C. Carmona Lagares, J.M. Mayoral Cortés, et al

SVEA. Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. SGSP. Consejería salud Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Tras 15 años del sistema de alertas epidemiológicas en Andalucía, se observa una respuesta rápida, la garantía de medidas de prevención y control en riesgos o problemas de salud, declaración mediante web, protocolización de actividades, atención continuada y la obligatoriedad de informes. Con más de 100 profesionales en diferentes niveles, se requería una valoración mediante indicadores cuantitativos aplicada a alertas por brote o cluster que permita detectar oportunidades de mejora, y comunicar resultados a la red de vigilancia. El objetivo es mostrar la factibilidad y utilidad de un indicador ponderado multicriterio para evaluar estas alertas en una red de vigilancia compleja.

Métodos: Evaluación multifactorial de peso y rango variable anual, con indicador sintético de 5 criterios que analizan la sensibilidad o capacidad de detección (peso 33%), 3 sobre calidad de la intervención e investigación del brote (51%), y 1 de oportunidad de la comunicación al sistema (16%). Hay ajustes por peso ponderado, población y rangos de resultados.

Resultados: En 2007 se actúa ante 1664 situaciones, 1325 casos de EDO urgente y 349 alertas por brote o cluster, los criterios se aplican a estos últimos. Para valorar positivamente la sensibilidad de detección se utiliza la tasa de alertas por 100.000 hab. (4,33 en 2007), la mayor detección hospitalaria (42,1%), las alertas no causadas por toxoinfección alimentaria (45%), una menor media de afectados por alerta (8,69) o de hospitalización por alerta (8,82), el mayor porcentaje de alertas de ámbito domiciliario y colectivo (65,1). Se valora una mayor dificultad en detectar brotes de menor tamaño o fuera de establecimiento público, o distintos a los más frecuentes (TIA). Como criterios de calidad de la intervención: una escasa demora hasta inicio investigación, confirmación de agente o alimento en TIA (59,3%), y un conjunto ponderado de otros 10 ítems valorados mediante revisión externa en informes finales de alertas seleccionadas. Sobre comunicación de actuaciones se valora el porcentaje de alertas con informe final en plazo (53,9%). Los resultados de la ponderación de indicadores, con sucesivos ajustes mediante hoja de cálculo, permiten resultados por provincia, y a nivel local.

Conclusiones: Se obtienen resultados evaluables y útiles para la gestión del sistema. El indicador sintético es fácil de obtener y permite evaluar la sensibilidad, oportunidad de la comunicación e intervención ante brotes, detectando y cuantificando problemas y tendencias. Es útil para una red de vigilancia de salud compleja y amplia.

P-387. LAS ENCEFALOPATÍAS TRANSMISIBLES HUMANAS EN ANDALUCÍA: QUINCE AÑOS DE VIGILANCIA (1993-2007)

A. Varo Baena, et al

Delegación Provincial de Salud de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: Las encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (EETH) componen un grupo de enfermedades

neurodegenerativas que han sido protagonistas de una gran atención científica y mediática y que fueron incluidas en el año 2001 como Enfermedades de Declaración Obligatoria. El objetivo fundamental es conocer la incidencia de las EETH y sus características clínico-epidemiológicas y detectar la posible aparición de la variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

Métodos: Se han analizado los datos de las EETH entre los años 1993 y 2007 obtenidos de varias fuentes: la declaración al registro andaluz, el registro de mortalidad y el conjunto mínimo básico de datos hospitalario (CMBD). Se han descrito variables de persona, tiempo y lugar y pruebas clínicas complementarias.

Resultados: El total de casos diagnosticados entre 1993 y 2007 es de 110 EETH, siendo 101 casos de ECJ esporádicos, 7 familiares y 2 de Insomnio Familiar Fatal. El número de casos notificados ha ido creciendo hasta llegar al año 2001 con 14 casos probables o definitivos declarados y una tasa de 1,93 por millón, superando la tasa esperada (entre 0,8 y 1), estabilizándose a partir del año 2004 cuando empiezan a declararse entre 10 y doce casos anuales, con una tasa siempre superior al uno por millón, llegando en 2007 a doce casos y una tasa de 1,68. La provincias que acumula más casos declarados es Sevilla (25) y Málaga (21), siendo la tasa más alta la de Granada con 1,49 por millón de habitantes. Almería acumula el menor número de casos declarados (4) y la tasa más baja (0,53). El 60% de los casos son mujeres y el 40% varones. El tramo de edad más frecuente (35% de los casos) es 60-69 años y la media de edad es de 64 años siendo igual en hombres y mujeres y entre dos y cuatro años inferior a años anteriores. El número de casos con diagnóstico definitivo acumulado es el 32%. El polimorfismo del codón 129 es homocigótico en el 78% de los casos (71% metionina/metionina y 8% valina/valina) en los que se realiza. El EEG es típico en un 56% de los casos y la proteína 14-3-3 es positiva en el 84% de las realizadas.

Conclusiones: El registro de casos de EETH tiene el sesgo de que ha habido subdeclaración sobre todo entre los años 1993-1996 en que la no se hallaba aún regularizada la notificación. Destaca el registro de una familia con IFL de un municipio de Jaén. Los datos de incidencia y las características clínico-epidemiológicas no difieren de los conocidos en la bibliografía y no se registra ningún caso de variante de ECJ.

P-388. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA DE LA SÍFILIS: DESDE EL LABORATORIO HACIA LOS MÉDICOS

M.S. Alonso Humada, A. Sicilia Enríquez de Salamanca, M. Morales Torres, et al

Epidemiología, Distrito de Atención Primaria Almería; Microbiología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Antecedentes/Objetivos: La declaración de infecciones de transmisión sexual en nuestro país es básicamente la procedente de los centros de atención específicos. La baja notificación de casos de sífilis al sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles contrasta con el número de serologías positivas que se encuentran en el laboratorio. Las serologías provienen de cribados que se realizan a embarazadas, cuadros de demencia, inmigrantes, usuarios de drogas, internos en prisión, además de las solicitadas por especialistas y médicos de familia. Se plantea sacar a la luz todos esos casos para analizar: cómo se distribuyen en la población, los patrones de transmisión y la magnitud del problema en el Distrito Sanitario.

Métodos: Desde julio de 2006 se viene realizando la búsqueda activa de los casos positivos encontrados en el laboratorio de referencia. Desde epidemiología, se revisan mes a mes las serologías positivas a lúes, se comprueba si están declaradas o son repetidas, si no, se contacta con el médico de familia para solicitar la declaración, y se aprovecha para conocer datos específicos de clínica, diagnóstico, tratamiento, evolución y el estudio de contactos.

Resultados: Además de dar respuesta a los objetivos propuestos, en el contacto directo con los médicos se detectan dificultades de interpretación de la serología, con las consecuencias para el diagnóstico, excesiva derivación a especialistas y gran variabilidad en el tratamiento y en el número de controles analíticos. Como consecuencia, se realiza una sesión clínica, acreditada por la Agencia de Calidad, en todos los centros de salud sobre interpretación de la serología y tratamiento de la lúes. Se consensua el número y frecuencia de controles serológicos postratamiento. Se dota a todos los centros de penicilina benzatina. Se amplía la vigilancia al diagnóstico microbiológico de la infección gonocócica, con seguimiento de sensibilidad antibiótica y se dota a los centros de medicación para tratamiento unidos de gonococia e infección por Chlamydias. Las declaraciones espontáneas van aumentando y los criterios de tratamiento y seguimiento se van homogeneizando.

Conclusiones: Este método de vigilancia a través de la información del laboratorio y el contacto directo con los médicos sigue vigente. Con el tiempo se espera hacer diagnósticos más tempranos, tratamientos adecuados, control de contactos, disminuir las derivaciones a especialistas y hacer un uso más correcto de los recursos del laboratorio. La incorporación de la información del laboratorio al sistema de vigilancia epidemiológica mejoraría el conocimiento y seguimiento de los procesos transmisibles.

P-389. CONTROL EPIDEMIOLÓGICO DE RABIA EN DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA

M.A. Carmona, A. Blázquez, J. Garabito, A. Delgado, et al

Distrito Sanitario Córdoba, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: En la actualidad, España está considerada como libre de rabia, enfermedad infecciosa de origen vírico, caracterizada por una encefalomielitis aguda y fatal que afecta al hombre y a un gran número de animales de sangre caliente, tanto domésticos como salvajes. La normativa legal exige intervenciones sanitarias de observación antirrábica en animales agresores. En Andalucía la Dirección General de Salud Pública y Consumo dicta normas relativas a la vigilancia epidemiológica para la prevención de la rabia, publicadas mediante Resolución de 24 de enero de 1994 (BOJA nº12 de 1 de febrero de 1994). Por tanto pretendemos localizar y someter a control al mayor número de animales agresores susceptibles de transmitir rabia.

Métodos: La secuencia de actuaciones la podemos resumir en 6 etapas: 1) Notificación de la agresión. 2) Apertura de expediente. 3) Localización del animal agresor. 4) Lugar de confinamiento para la observación: Será el que se considere más idóneo en cada circunstancia, pudiendo ser la perrera municipal, local facilitado por el Ayuntamiento para tal fin y el domicilio particular del propietario. 5) Cumplimentación del protocolo de observación antirrábica. 6) Resultados de la observación.

Resultados: Durante el año 2007 y hasta septiembre de 2008 se han recibido en el Distrito Sanitario Córdoba un total 555 notificaciones de agresiones, de estas 436 corresponden a perros, 86 a gatos y 33 a otras especies. Han sido localizados y observados 344 animales, 289 fueron perros, 39 gatos y 16 otras especies. Del total de personas agredidas 283 fueron hombres y 272 mujeres y de las controladas correspondieron 174 a hombres y 169 a mujeres, abandonando una de ellas el control. Igualmente los 211 animales no controlados han dado lugar a que otras tantas personas recibieran la comunicación de vacunación voluntaria antirrábica, siendo 107 hombres y 104 mujeres. La comunicación recogerá los datos completos del año 2007 y 2008.

Conclusiones: Consideramos que el número de animales agresores con notificación de lesiones es bajo teniendo en cuenta la población de Córdoba y el incremento de animales de compañía en los últimos años. De éstos los animales no observados son numerosos, sobre todo

por carecer de los datos necesarios para la localización del propietario. Por ello es necesario que las notificaciones de agresiones recojan todos los datos posibles para la localización del animal. Detectamos cierta reticencia de los propietarios a facilitar dichos datos y así poder realizar el control. La mayoría de animales implicados en agresiones son perros, seguidos a gran distancia por gatos y otros animales. Destacar que el número de hombres y mujeres agredidos es similar, no observándose ningún factor ligado al sexo de la persona lesionada.

P-390. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA HEPATITIS C EN EL DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA SUR (2003-2007)

M. Farouk Allam, M.S. Arroyo Oteros, J. González Lama, J.M. Caballero Lanzas, et al

Distrito Sanitario Córdoba Sur.

Antecedentes/Objetivos: El virus de la Hepatitis C fue inicialmente reconocido como agente productor de la hepatitis no-A, no-B, y clonado posteriormente en 1989. Se calcula que un 3% de la población mundial, aproximadamente entre 170 y 200 millones de personas, está infectada, correspondiendo 4 millones a USA y unos 5 millones a Europa. En España se considera que la población infectada oscila entre el 1-2%. El virus de la hepatitis C se transmite fundamentalmente por lo que llamamos vía parenteral, es decir, a través de las transfusiones de sangre y hemoderivados (actualmente con una probabilidad mínima debido a las medidas de detección, pero muy frecuente antes de 1990), de los pinchazos con material contaminado, y maniobras como el tatuaje, el piercing o las manipulaciones dentales antes de la introducción de buenas medidas higiénicas. Los objetivos de este estudio son caracterizar los casos de Hepatitis C notificados en el Distrito Sanitario Córdoba Sur del 2003 al 2007 y determinar los factores epidemiológicos relacionados con esta enfermedad.

Métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo, a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Andalucía, de los pacientes con hepatitis C que se han declarado en el Distrito Sanitario Córdoba Sur en los últimos 5 años. Las variables analizadas se recogen de la encuesta epidemiológica realizada por los Médicos de Atención Primaria y la Unidad de Epidemiología de nuestro distrito sanitario.

Resultados: De los 18 pacientes diagnosticados de hepatitis C en los últimos 5 años se presentaron 2, 2, 2, 1 y 11 casos durante los años 2003, 2004, 2005, 2006 y 2007 respectivamente. La mayoría de los casos (66,6%) fueron declarados en el Hospital Infanta Margarita de Cabra y 4 (22,2%) en el Hospital de Montilla. Sólo 2 (11,1%) casos fueron declarados en Centros de Atención Primaria. La mitad de los pacientes diagnosticados fueron varones y la edad media fue 37,4 + 20,5 años (mediana 39, rango 5 días-80 años). Sólo 1 paciente fue sanitario. Todos los pacientes fueron autóctonos salvo un paciente extranjero diagnosticado en 2007. El pronóstico fue favorable para todos los pacientes.

Conclusiones: La incidencia de la hepatitis C en nuestro Distrito Sanitario se ha ido en aumento, especialmente entre autóctonos. Nuestros resultados manifiestan la necesidad de la participación activa de la Atención Primaria para la mejora del diagnóstico y control de la hepatitis C.

P-391. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA CIUDAD DE GRANADA: SITUACIÓN ACTUAL

M.B. López Hernández, J. Tercedor Sánchez, J.M. Ureña Escribano, M. Fernández Prada, et al

Distrito Sanitario Granada; Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Centro de ETS Granada; Facultad de Medicina, Granada.

Antecedentes/Objetivos: Las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) son un importante motivo de preocupación en salud pública, basada en la existencia de más de 30 agentes patógenos transmisibles por vía sexual, que pueden pasar de madre a hijo durante el embarazo o el parto, así como transmitirse a través de productos sanguíneos o transferencia de tejidos. Las ITS afectan tanto a mujeres como a varones siendo frecuentes en adultos jóvenes residentes de zonas urbanas. En Granada existe 1 centro especializado en esta problemática. Los centros de ETS favorecen la accesibilidad de los pacientes y paliar la infradeclaración de este grupo de enfermedades. El objetivo de este estudio es identificar el perfil de pacientes con ITS en la ciudad de Granada, tomando fuente de información el SVEA.

Métodos: Se han analizado los 139 casos de ITS declarados Sistema de Vigilancia Epidemiológico Andaluz SVEA durante 2006-2007 en la capital de Granada. Se realizaron análisis descriptivos y la prueba Chi-cuadrado para investigar asociación entre variables.

Resultados: El 88% de las declaraciones proceden del Centro de ETS y el resto de Centros de Atención Primaria y hospitales. Se declararon 66 casos de gonococia, 57 de sífilis y 16 herpes genital. El 84,2% son menores de 40 años. Un 87,1% son ciudadanos españoles y el resto extranjeros. El porcentaje de varones afectados es del 75,5%. El sexo femenino es predominante en los casos de herpes genital, encontrándose en gonococia y sífilis por debajo del 11 y 30%. Entre los varones la homosexualidad-bisexualidad está presente en el 41%, seguido de las parejas múltiples (18%). En el 42% de las mujeres no se ha identificado factor de riesgo y en un 10% prostitución.

Conclusiones: Los resultados obtenidos nos orientan hacia la actuación sobre homosexuales-bisexuales y los usuarios de prostitución. Destaca el bajo porcentaje de ITS declaradas en mujeres, así como la escasa identificación de factores de riesgo, lo que debe llevar a plantearnos la accesibilidad de las mujeres al diagnóstico de estas enfermedades. Creemos en la necesidad de mantener actividades de promoción y prevención adaptadas a las necesidades locales, y en este sentido defendemos la pertinencia de los Centros ETS ya que, entre otras bondades, son la fuente de la mayor información epidemiológica y facilitan la intervención en grupos identificados de riesgo.

P-392. GESTIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LA TUBERCULOSIS EN UN ÁREA DE SALUD

M. Moreno Gómez, J.A. Mirón Canelo, M. Alonso Sardón, H. Iglesias de Sena, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis (TBC), a pesar de ser una enfermedad conocida desde épocas muy remotas, constituye aún, un importante problema de Salud Pública en nuestro país. El objetivo ha sido conocer y valorar el proceso asistencial en pacientes con Tuberculosis.

Métodos: Para lograr el objetivo propuesto, se diseñaron dos trabajos clínico-epidemiológicos, configurados ambos como estudios observacionales, uno de carácter retrospectivo (ER) de 5 años (2000 a 2004), en el que se revisaron 321 historias clínicas. Y otro de carácter prospectivo (EP), desde el 1 de enero de 2005 hasta el 30 de junio de 2007, que incluyó un total de 108 pacientes. La fecha de inclusión fue la de prescripción de tratamiento específico y el seguimiento hasta la finalización de la terapia antituberculosa, independientemente de la fecha de desenlace prevista al comienzo de la misma. Se consideró caso, tal como define la RENAVE, a todo paciente que cumpliera los dos criterios: a) presencia de signos o síntomas compatibles con enfermedad tuberculosa de cualquier localización, sin otra causa que los explicase tras una evaluación diagnóstica completa; y b) prescripción de tratamiento antituberculoso estándar, habitualmente con tres o más fármacos. Para su análisis se siguieron las normas y definiciones

recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unidad de Investigación Contra Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER).

Resultados: Los casos declarados en CMBD (247/76,9%, IC95% 76,9 \pm 5), servicio de microbiología (267/83,2%, IC95% 83,2 \pm 4) y EDO (169/56%, IC95% 56,2 \pm 5). El nivel de resultados satisfactorios fue del 39,6% en ER y del 55,6% en el EP. Los resultados potencialmente insatisfactorios fueron del 52,3% en el ER y del 40,7% en el EP. La pauta más utilizada, 6 meses: 50,2% en ER y 63% en EP. Las variables predictivas con mayor repercusión en los resultados del proceso asistencial son: VIH, UDVP, alcoholismo e inmigración. Las variables asociadas a mortalidad (regresión logística) han sido edad superior a 84 años y comorbilidad en ER e institucionalización en EP. La tasa de hospitalización fue del 89,7% y la estancia media de 30,4 días. Las cifras de demora diagnóstica estimadas fueron de 43 días para ER y de 34 días para el EP.

Conclusiones: En base a los resultados observados, el proceso asistencial (actividades clínico-preventivas) y de Salud Pública (vigilancia y control) de la TBC puede y debe mejorar. Se recomienda aumentar el "tratamiento directamente observado" como estrategia oportunista para mejorar la efectividad del proceso asistencial.

P-393. EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES EN LA VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

A. Morillo, A. Roldán, A. Gasch, R. Valencia, C. Salamanca, M. Conde, et al

HHUU Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), dadas las características de los pacientes que atienden, tiene una incidencia de infección nosocomial (IN) muy elevada y que ha aumentado en los últimos años (densidad de incidencia por mil días de estancia del 23,6% en 2005 a un 51,5% en 2007), así como el número de pacientes con infecciones por microorganismos multi-resistentes (último brote por *K. pneumoniae* BLEE en 2005 con 15 afectados). Objetivo: trazar un plan de acción ante la posible aparición de brotes de IN, con el fin de reducir su número e introduciendo medidas combinadas capaces de lograr un mayor impacto en la incidencia de la IN en comparación con su uso aislado.

Métodos: Formación de un grupo de mejora de enfoque multidisciplinar, coordinado por un Especialista en Medicina Preventiva y en los que participaron facultativos de Microbiología, Pediatría y Enfermedades Infecciosas y personal de enfermería A través de la técnica del grupo nominal, se extrajeron las propuestas de mejora y líneas de trabajo, a partir de las cuales se organizaron grupos que se reunían mensualmente y donde se ponían en común las medidas a tomar.

Resultados: Se diseñó un plan de vigilancia de la IN adecuado a la situación actual y a las necesidades del momento, con la finalidad de abordar desde un punto de vista global todos los aspectos susceptibles de mejora: clínicos, terapéuticos, de cuidados y preventivos. Las líneas de trabajo fueron: a) vigilancia epidemiológica; b) precauciones y cuidados; c) medidas de control ambiental; d) información y formación (elaboración de trípticos informativos a personal y familiares); e) uso correcto de antibióticos. Las medidas preventivas y de control ambiental fueron subdivididas según necesitaran ser aplicadas de forma universal a todos los pacientes, ante la aparición de 2 o más casos de IN relacionados y en situaciones de brote de IN. En el año 2008 se ha objetivado un descenso, tanto en la incidencia (densidad de incidencia por mil días de estancia de 28,08%) como en el número de pacientes afectados por infecciones por gérmenes multi-resistentes (el último brote de IN por *K. pneumoniae* BLEE declarado contó sólo con 2 pacientes afectados).

Conclusiones: Desde la introducción y puesta en marcha de las medidas propuestas en el Plan de Vigilancia, las vías de comunica-

ción entre los Servicios son más fluidas, permitiendo una detección e intervención más precoces en el control de brotes y un descenso en la incidencia de IN en la Unidad.

P-394. IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL SANITARIO EN EL CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

A. Morillo, C. Carreño, A. Ramos, R. Valencia, C. Salamanca, M. Conde, et al

HHUU Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: Las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) y Oncohematología infantil, constituyen áreas de alto riesgo de infección nosocomial (IN), siendo ambas objeto de una estrecha vigilancia. La correcta descontaminación de manos por parte del personal sanitario (PS) se considera una de las medidas más efectivas en el control de la IN. Objetivo: conocer el grado de adherencia a la higiene de manos del PS de la UCIP y Oncohematología Infantil a partir de la información suministrada por el estudio de impronta de dedos de las manos durante su jornada laboral.

Métodos: Estudio transversal de impronta de dedos de manos de facultativos, residentes y personal de enfermería durante la jornada laboral en la UCIP y Oncohematología Infantil. Se realizaron tres visitas por Unidad sin aviso previo, para incluir en el estudio los distintos turnos de trabajo de trabajo y realizar la impronta en condiciones lo más parecidas posibles a las reales. Se informó detalladamente del proceso a seguir y se solicitó la participación voluntaria, garantizando la confidencialidad de los resultados. Para el estudio microbiológico de las improntas se utilizaron placas de agar sangre y Sabouraud que se incubaron a 3 °C durante 5 días. La identificación de los aislamientos obtenidos se realizó siguiendo los protocolos de trabajo del Servicio de Microbiología.

Resultados: En la UCIP se estudiaron a un total de 42 trabajadores. Los microorganismos más aislados correspondían a flora cutánea de la piel (33,3% facultativos, 65,6% enfermería) seguido de enterobacterias (25% facultativos, 6,3% enfermería). En Oncohematología se estudiaron 20 trabajadores, siendo el germen más aislado estafilococo coagulasa negativo (38,5% en facultativos y MIR y 56,5% enfermería), seguido de *Bacillus* spp (53,8% enfermería) y *Acinetobacter iwoffii* (23,1% en facultativos). En todas las improntas estudiadas se aislaron gérmenes, tanto patógenos como saprofitos de la piel, evidenciando una descontaminación insuficiente de las manos durante la jornada laboral.

Conclusiones: Los resultados muestran cómo el personal sanitario, al ser portador de microorganismos implicados en la IN (bien por su patogenicidad o bien por la susceptibilidad del huésped), puede actuar de vector en la transmisión cruzada de las infecciones dentro del ámbito hospitalario. Es necesario reforzar y encontrar nuevas vías más eficaces que aumenten la adherencia del personal sanitario en la higiene de manos.

P-395. INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO TRAS ONCE AÑOS DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA Y CONTROL

J.M. Vázquez Lago, V. Tuñez Bastida, M.T. Otero Barrós, J.J. Gestal Otero, et al

Servicio de Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Antecedentes/Objetivos: La implantación en Galicia del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis (PGPCT) en 1995, ha per-

mitido conocer la magnitud y características epidemiológicas de la enfermedad. El programa se basa en: vigilancia epidemiológica; estudio de contactos; correcto diagnóstico y tratamiento de los enfermos y seguimiento hasta el alta. Para el desarrollo del Programa se pusieron en marcha siete Unidades de Tuberculosis (UTB). La UTB de Santiago atiende a una población de 455.357 habitantes. Nuestro objetivo es conocer la evolución de TB en nuestra área entre 1996-2007.

Métodos: Análisis de los casos registrados en la UTB. Los casos se identificaron por: 1) Vigilancia Pasiva a través de las fichas de declaración del Programa Galego de Tuberculose, cumplimentadas por médicos de familia y otras especialidades, servicios de Urgencias y médicos privados; y 2) Vigilancia activa a través de microbiología, anatomía patológica, registro de altas hospitalarias, farmacia (consumo de tuberculostáticos) y estudio de contactos.

Resultados: En todo el periodo se diagnosticaron 2.578 casos: 2.378 (92,2%) iniciales; 160 (6,2%) recidivas; 36 (1,4%) abandonos no recuperados, y 4 crónicos (0,15%). La incidencia total de TB descendió de 72,8/100.000 hab. en 1996, a 27,2/100.000 hab en 2007; la TB pulmonar pasó de 46,5/100.000 a 15,4/100.000, y los casos bacilíferos de 27,1/100.000 hab a 11,8/100.000 hab. Esta disminución se observó en todos los grupos de edad, especialmente en adultos jóvenes (15-24 años). La localización fue: 58% pulmonar; 35% extrapulmonar, y 7% ambas. Disminuyeron los casos de coinfección TB-VIH del 4,34% al 3,17%. Durante todo el periodo se diagnosticaron 14 casos en inmigrantes (0,54%). Los tratamientos directamente observados aumentaron del 3,7% en 1996 al 8,7% en 2007.

Conclusiones: La implantación del PGPCT ha conseguido entre 1996-2007, disminuir la incidencia total de TB en el área de Santiago un 62,7%; un 68% la TB pulmonar, y un 56,5% los casos bacilíferos. Así, un buen programa de control puede disminuir la incidencia de TB. La coinfección VIH-TB, que no superó el 10% de los casos ningún año, no es un factor epidemiológico determinante de TB en nuestra área. En el área sanitaria de Santiago, en 2007, estamos cerca de alcanzar el objetivo que el Plan de Salud de Galicia contempla para 2010 (incidencia total de TB \leq 25 casos/100.000 hab; conseguimos descender la incidencia de TB a la tercera parte sobre todo en niños y adultos jóvenes, acercándonos al patrón de los países desarrollados. Proponemos mantener y ampliar la vigilancia en relación al diagnóstico y tratamiento precoces de TB e implementar nuevas líneas estratégicas: 1) Estudiar, al menos, al 95% de los contactos de enfermos de TB; 2) Conseguir la cumplimentación del tratamiento de la infección latente en \geq 90% de los instaurados; 3) Universalizar el acceso al diagnóstico y tratamiento en las UTBs, y 4) Evitar su transmisión nosocomial.

P-396. INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA LEISHMANIOSIS HUMANA EN LA COMUNIDAD DE MADRID (2003-2007)

N. García-Arenzana, I. Méndez, J.A. Taveira, R. Manchado, I. Viúdez, C. Martínez, E. Jiménez, M. Rumayor, J. Sánchez, et al

Salud pública del Área 7 de la CAM; Servicio de Medicina Preventiva Hospital Clínico, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Las leishmaniosis son un grupo de enfermedades parasitarias de distribución mundial transmitidas al ser humano por la picadura de flebotomos infectados por protozoos del género *Leishmania*. Se estima que ocurren cada año 2 millones de casos nuevos en todo el mundo y que las personas infectadas sobrepasan actualmente los 12 millones. Sin embargo, los datos oficiales subestiman la realidad de la afección humana por estos protozoos. Esto es debido a que gran parte de los datos oficiales se obtienen a partir de la detección pasiva, que numerosos casos no son diagnosticados, el gran número de personas asintomáticas, y que es de declaración obligatoria en sólo 32 de los 88 países endémicos. En la Comunidad de Madrid, la leishmaniosis es endémica y el reservorio

principal son los perros siendo la prevalencia de esta enfermedad en estos animales de 4,17% en 2008. El objetivo del estudio es describir la incidencia y las características epidemiológicas de los casos de leishmaniosis humana declarados en la Comunidad de Madrid en los años 2003-2007.

Métodos: Estudio descriptivo mediante consulta de los registros de enfermedades de declaración obligatoria de la Comunidad de Madrid.

Resultados: Se declararon 408 casos de leishmaniosis en la Comunidad de Madrid entre el 2003 y el 2007. Se obtuvo una incidencia acumulada de leishmaniosis humana por 100.000 habitantes de 0,38 en el 2003, 0,48 en 2004, 0,40 en el 2005, 0,32 en el 2006 y de 0,25 en el 2007. En los niños de entre 0 y 3 años la incidencia acumulada por cada 100.000 habitantes fue de 0,51 en el 2003, 3,33 en el 2004, 1,64 en el 2005, 1,96 en el 2006 y 1,15 en el 2007. 82,4% de los casos se dieron en hombres y 17,6% en mujeres. La mediana de edad de los casos declarados fue de 37 años (RIQ: 16-49). Un 17,6% de los casos se concentraron en niños de 3 años o menos. Un 15,2% de los casos aparecieron en personas de origen extranjero. 84,7% de las leishmaniosis fueron de tipo visceral, 9,2% de tipo cutáneo, 4,1% sin especificar y 2,0% muco-cutáneas. Un 62,3% de los casos se asociaron a alguna enfermedad inmunosupresora, siendo el 71,9% de estos casos infección por VIH. Se observó una menor acumulación de casos entre septiembre y noviembre (con 12,6% de los casos en esos meses).

Conclusiones: La incidencia de leishmaniosis humana ha sufrido un pico en el año 2004 para descender progresivamente a partir del 2005 en la Comunidad de Madrid. Esta enfermedad es más frecuente en niños de entre 0 y 3 años, en varones y en personas inmunodeprimidas (principalmente infectados por el VIH). La mayoría de los casos son del tipo visceral.

P-397. SUPERVIVENCIA EN LA ERA TARGA EN UNA AMPLIA COHORTE DE ENFERMOS TUBERCULOSOS INFECTADOS POR EL VIH

L. Català Pascual, A. Orcau, P.G. de Olalla, J.P. Millet, A. Rodríguez, J.A. Caylà, et al

Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública; Unidad docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-IMIM-UPF-ASPB-PAMEM.

Antecedentes/Objetivos: Identificar los factores predictores de la supervivencia en una cohorte de enfermos de tuberculosis (TB) infectados por el VIH y diagnosticados en la época en que está disponible el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Se analizaron las causas de muerte y sus determinantes.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con TB confirmada, infectados por VIH, detectados en Barcelona, entre 1996 y 2006. El tiempo de seguimiento fue hasta marzo del 2008. Al final del estudio los pacientes se clasificaron según el estado vital (vivo, muerto y emigrado). Para conocer el estado vital al final del seguimiento se utilizó el padrón y en el Registro Central de Asegurados, censurando al paciente fallecido por la fecha de defunción que constaba en el padrón, por la fecha que emigró o si seguía vivo, por la fecha de fin del seguimiento. Los registros del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de Barcelona (PPCTB) se cruzaron con el registro de SIDA, y el Sistema de información de Drogodependencias, para mejorar la exhaustividad de la información. Las causas de muerte se hallaron en el registro de mortalidad de la ciudad de Barcelona hasta el 2008, y el de Cataluña hasta 2005. Se realizó un análisis de supervivencia basado en curvas de Kaplan Meier y regresión de Cox, calculándose los Hazard ratio (HR) y los intervalos de confianza del 95%. Para analizar las causas de muerte se codificaron según el CIE-9/10, clasificándose en muertes relacionadas con el VIH, no relacionadas y lesiones.

Resultados: Se incluyeron 792 pacientes, 341(43,1%) murieron durante el seguimiento. El 30,1% de las causas se relacionaron con el VIH y el 63,9% no (lesiones y causas de muerte no relacionadas con el VIH). La probabilidad acumulada de supervivencia fue del 63,1% a los 5 años (IC: 64,9-61,3) y del 47,4% (IC: 49,6-45,2) a los 10 años. Se observó menor supervivencia en: mayores de 30 años (HR: 1,55; IC: 1,13-2,12), residentes en Ciutat Vella (HR: 1,38; IC: 1,09-1,74), UDVP (HR: 1,40; IC: 1,11-1,78), enfermedad definitiva de SIDA distinta de TB (HR: 1,75; IC: 1,37-2,22), pacientes con menos de 200 CD4 (HR: 1,80; IC: 1,20-2,69) y en aquellos enfermos que tenían una radiografía de tórax no cavitada (HR: 1,49; IC: 1,01-2,18). No se encontraron diferencias en relación al sexo y al tiempo de tratamiento (6 vs 9 meses).

Conclusiones: Se observó una pobre supervivencia a pesar de la disponibilidad del TARGA. Ello se debe en buena parte a la elevada mortalidad por causas clásicamente no relacionadas con el VIH aunque también podría influir que la TB agravara el pronóstico en pacientes infectados por VIH.

PÓSTERES XXIX

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9.00 a 10:30 h

Prevención de la legionelosis

P-398. EVALUACIÓN DEL RIESGO EN INSTALACIONES DE ACS CON CIRCUITO DE RETORNO EN EL LEVANTE ALMERIENSE

A. Cayuela Pérez, J.M. de la Fuente Nogales, I. Lázaro J. de Cisneros, G. Romera Soler, M.D. Guerrero Haro, C. De Oña Baquero, V.M. Alfaro Dorado, R. López Domínguez, M.I. Caparrós Jiménez, et al

Área Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Antecedentes/Objetivos: Las instalaciones de Agua Caliente Sanitaria (ACS), si no son convenientemente diseñadas y mantenidas, pueden convertirse en focos de proliferación y dispersión de la bacteria Legionella. El RD 865/2003, establece los criterios higiénicos sanitarios para la prevención y control de legionelosis en instalaciones de ACS, de ellas las que tienen acumulador y circuito de retorno, están clasificadas como instalaciones con mayor probabilidad de proliferación y dispersión de Legionella. El riesgo asociado a cada una es variable y depende de factores específicos: factores estructurales, de mantenimiento y operacionales. El objetivo es conocer los resultados de la valoración del riesgo de transmisión de legionelosis en instalaciones de ACS, con acumulador y circuito de retorno.

Métodos: Estudio descriptivo transversal del riesgo estructural, riesgo de mantenimiento y riesgo operacional que de forma ponderada determinan el Índice Global (IG) $IG = 0,3x IE + 0,6x IM + 0,1x IO$. Índice de Riesgo IE: Índice Estructural, IM: Índice Mantenimiento, IO: Índice Operacional Rangos de Valoración: Bajo: 0 -33,3%, Valor 0. Medio: 33,3% - 66,6%, Valor 1. Alto: 66,6% - 100%, Valor 1 $IG < 60$, cumplir requisitos del RD 865/2003, $IG \geq 60 \geq 80$ acciones correctoras necesarias, $IG > 80$ acciones correctoras inmediatas. A tal efecto se ha utilizado un algoritmo validado en la Guía del Misaco, que ha sido cumplimentado con los datos obtenidos de los protocolos y actas, en el transcurso de las inspecciones realizadas durante el 2º cuatrimestre del 2008.

Resultados: Se evaluaron 77 instalaciones correspondientes a 54 establecimientos hoteleros, 18 residencias y 5 instalaciones deportivas. Las deficiencias estructurales se presentaron en hoteles 33,3%, residencias 27,7% y por debajo del rango mínimo establecido en ins-

talaciones deportivas. Las deficiencias de mantenimiento fueron detectadas en hoteles y residencias 5,5% y 20% en instalaciones deportivas. Las deficiencias de tipo operacional observadas, fueron en un 29,6% hoteles, 5,5% residencias y 20% instalaciones deportivas.

Conclusiones: En la valoración del riesgo resulta un $IG < 60$ de lo que se deduce un grado de cumplimiento aceptable del RD 865/2003. La priorización de actuaciones irá encaminada a minimizar el riesgo de tipo estructural en establecimientos hoteleros y residencias, mientras que en instalaciones deportivas se orientará a las deficiencias de mantenimiento y operacionales. El algoritmo para la valoración del riesgo facilita la implementación de acciones correctoras en función de las características específicas de cada instalación.

P-399. RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL RIESGO EN TORRES DE REFRIGERACIÓN Y CONDENSADORES DEL NORTE DE ALMERÍA

V.M. Alfaro Dorado, C. de Oña Baquero, M.D. Guerrero Haro, G. Romera Soler, A. Cayuela Pérez, R. López Domínguez, M.I. Caparrós Jiménez, I. Lázaro Jiménez de Cisneros, S. Bo Cadena, et al

Servicio Andaluz de Salud. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Antecedentes/Objetivos: En cumplimiento de la Disposición Final Segunda del RD 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró la "Guía Técnica para la Prevención y Control de la Legionelosis" (GTPCL). Esta guía constituye una herramienta de trabajo para la ejecución de los Programas de Prevención de la Legionelosis. En ella se incluyen modelos para realizar evaluación de riesgo (ER) de las instalaciones con criterios para su realización y acciones correctoras a considerar. La ER de las instalaciones permite la visión conjunta de todos los factores y facilita la decisión sobre la necesidad y la eficacia de implementar acciones correctoras adicionales en función de las características propias y específicas de cada instalación. El objetivo del estudio es clasificar las torres de refrigeración (TR) y condensadores evaporativos (CE) del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (AGSNA), según su riesgo, a fin de priorizar actuaciones y mejorar la vigilancia sanitaria.

Métodos: Estudio descriptivo transversal del año 2008 en el AGSNA (41 municipios). Se evaluaron todas las TR y CE existentes (20) siguiendo los criterios establecidos en la GTPC. Cada instalación se asocia a 3 tipos de factores de riesgo: factores estructurales (RE), de mantenimiento (RM) y operacionales (RO). Que se corresponden con valores alto, medio y bajo. La evaluación de los mismos determina el índice global (IG). El IG permite la visión conjunta de todos los factores, constituyendo el indicador de riesgo que permite minimizar la subjetividad del inspector.

Resultados: De las 20 instalaciones evaluadas (10 TR y 10 CE) se obtuvieron los siguientes resultados: todas las instalaciones presentaron un IG inferior a 60. En relación al los RE, el 20% de las instalaciones presentan un factor medio en relación con los materiales y con la ubicación de la instalación. Entre los RM el 30% de las instalaciones presentaron un factor medio respecto al estado higiénico y mecánico de la instalación. La temperatura de la balsa se correspondió con un factor medio entre los RO en el 85% de las instalaciones.

Conclusiones: El IG obtenido de la ER de las TR y CE del AGSNA evidencia que todas las instalaciones cumplen los requisitos exigibles no siendo necesarias acciones correctoras. Las características climáticas de la zona explican que casi en todas las instalaciones la temperatura del agua de la balsa represente un factor de RO medio, sobre el que no es posible actuar.

P-400. ESTUDIO DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE INSTALACIONES CON PROBABILIDAD DE PROLIFERACIÓN DE LEGIONELOSIS

A.U. Barceló Pinzón, C.A. Calero Castellano, F.R. Macías Gómez, L.O. Molina Caro, C.A. Añón García, A.N. Osuna Agüera, M.A. Bayona García, et al

Distrito Sanitario Costa del Sol.

Antecedentes/Objetivos: Ise realiza la evaluación de riesgo en instalaciones de agua caliente sanitaria con probabilidad de proliferación de legionelosis pertenecientes a la zona básica de salud de Estepona. **Objetivo:** evaluar el riesgo de cada tipo de instalación para poder determinar las acciones a realizar en cada una de las instalaciones y así prevenir los riesgos asociados a estas instalaciones de proliferación y/o transmisión de legionelosis. Obtener información de aquellas instalaciones que van a necesitar un mayor control por parte de la inspección.

Métodos: Formación del equipo de evaluación de riesgo. Inspección de cada una de las instalaciones evaluadas. Elaboración de las plantillas para la evaluación del riesgo basadas en la guía técnica para la prevención y control de la legionelosis. Obtención e interpretación de los resultados obtenidos. Representación del riesgo mediante histogramas.

Resultados: Evaluación de riesgo de las instalaciones de Agua Caliente Sanitaria: no se encontró ninguna instalación cuyo índice global fuera mayor de 60 por lo que en ningún caso se tuvo que tomar medidas cautelares urgentes. El Índice Global medio encontrado fue de 33 y el rango de 35,5 por lo que se observa que aunque la media es baja el rango es muy amplio y hay mucha variabilidad en las instalaciones. Los datos medios de los índices parciales se detallan a continuación: el Índice Estructural es 41,8. El Índice de Mantenimiento es 26,66 El Índice Operacional es 50,11.

Conclusiones: Tras las evaluaciones de riesgo realizadas se puede concluir que en las instalaciones de agua caliente sanitaria estudiadas no hay ninguna con un riesgo elevado como para tomar medidas correctoras de forma inmediata aunque sí existen deficiencias a tener en cuenta a la hora de realizar el mantenimiento. Con respecto a los índices parciales se observa que el índice operacional es el que se encuentra más elevado debido por un lado a que la frecuencia de uso de los puntos finales es baja en determinadas épocas del año y por otro a la dificultad de mantener una temperatura de agua caliente elevada en caso de demanda de consumo. También se observa que el Índice Estructural está algo elevado concluyendo que el diseño de las instalaciones es deficiente. En general se observa que los puntos de mayor riesgo en el agua caliente sanitario es el nivel de aerosolización elevado y la baja frecuencia de uso de las instalaciones en determinadas épocas del año.

P-401. AUTOMATIZACIÓN DE SISTEMAS DE ALERTA TEMPRANA. IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE POSIBLES AGRUPACIONES DE LEGIONELOSIS

J.M. Mayoral Cortés, E. Rodríguez Romero, et al

Servicio de Epidemiología. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: El Reglamento Sanitario Internacional, establece la necesidad de desarrollar sistemas de alerta precoz para la detección, notificación y gestión, de eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública. Entre los atributos de estos sistemas, están su sensibilidad para detectar la situaciones de riesgo para la salud y su oportunidad intervenir de manera precoz. Esta capacidad de los dispositivos de alerta está condicionada por la disponibilidad de protocolos y herramientas que detecten las posibles situaciones

de riesgo, en tiempo casi real, mediante sistemas automatizados. El objetivo es desarrollar e implementar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) un sistema automatizado de detección e investigación precoz de posibles agrupaciones temporales espaciales de casos.

Métodos: Se está desarrollando una herramienta que, utilizando un Sistema de Información Geográfico, identifica de manera automatizada posibles clusters temporales-espaciales de casos notificados al SVEA, previamente georreferenciados. Para cada enfermedad de interés se han definido criterios espaciales, y temporales de agrupación, teniendo en cuenta distancia entre los casos y periodo de incubación. Para el caso de legionelosis, se ha utilizado la definición de cluster recogido en el protocolo del SVEA. En casos comunitarios, se han considerado como criterio geográfico buffers de 1 Km y 10 Km, dependiendo del tamaño de municipio, y como criterio temporal entre casos tres periodos máximos de incubación (30 días). Se consideró posible agrupación, cuando al menos dos casos cumplen simultáneamente ambos criterios. También se analizan ámbitos cerrados localizando las coordenadas de los lugares.

Resultados: Durante los años 2006 y 2007 se notificaron al SVEA 6 y 7 agrupaciones de legionella respectivamente, mientras que utilizando esta herramienta se detectan 13 y 8 cada año, que incluyen a todas las notificadas, y que cumplen los criterios de cluster según el protocolo SVEA.

Conclusiones: Nuestros resultados ponen de manifiesto la sensibilidad del método de análisis utilizado y su utilidad para detectar e intervenir precozmente ante situaciones de riesgo para la salud pública.

P-402. EVALUACIÓN DEL RIESGO EN INSTALACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS: UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN SALUD PÚBLICA

C.E. Fernández Martín, M.L. Sánchez Sánchez, et al

Distrito Metropolitano de Granada.

Antecedentes/Objetivos: El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en 2007 la Guía técnica para la Prevención y Control de la Legionelosis en instalaciones. Se trata de un documento, tanto para los servicios de control que realizan las inspecciones como para los titulares de las instalaciones y de las empresas de mantenimiento higiénico-sanitario, con el objeto de ayudar a cumplir con las obligaciones normativas. Por otro lado incorpora un criterio cuantitativo para la evaluación del riesgo, lo que permite unificar decisiones de cuantificación y actuación. El presente trabajo trata de presentar los resultados obtenidos tras la realización de la evaluación del riesgo en instalaciones para la prevención y control de la legionelosis antes y después de la aplicación de acciones correctoras con objeto de valorar su utilidad como estrategia de intervención en salud pública.

Métodos: Se realizó la evaluación del riesgo en 17 instalaciones de mayor proliferación de legionela y en 16 instalaciones de menor proliferación conforme a lo establecido en la guía técnica. En todas ellas se determinó el índice global calculando el valor ponderado a partir de los resultados obtenidos para cada grupo de factores (estructural, mantenimiento y operación) y se establecieron las acciones correctoras a aplicar en función de las características específicas de cada instalación. Tras un periodo de tiempo se realizó una nueva valoración global de todos los factores implicados con objeto de valorar si las acciones correctoras aplicadas por las empresas habían resultado eficaces para disminuir el índice global de riesgo asociado a cada instalación.

Resultados: El índice global disminuyó en un 85% de las instalaciones estudiadas. La disminución experimentada en el valor del índice global nos indica que un seguimiento en continuo a través de la evaluación conduce a una mejora importante en las instalaciones. Se

considera que se tratan de resultados representativos de la situación en que se encuentra la instalación.

Conclusiones: El contenido de este trabajo refleja como la evaluación del riesgo en las instalaciones puede ser una herramienta útil para afrontar las tareas de vigilancia y control de la legionelosis. La aplicación de esta evaluación ha facilitado tanto a los responsables de las instalaciones como a los agentes de control oficial la identificación de los riesgos en las mismas así como la implantación de medidas correctoras enfocadas a su prevención. La aplicación de la evaluación del riesgo supone que no sean los servicios de control los responsables de detectar anomalías y riesgos en las instalaciones sino los responsables directos de las instalaciones los que establezcan medidas eficaces para el control de las mismas.

P-403. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE RIESGO DE INSTALACIONES CON PROBABILIDAD DE PROLIFERACIÓN Y DISPERSIÓN DE LEGIONELLA

L. Morillo Montañés, M. Méndez Moreno, E. García Cucurella, E. Martín Vallejo, et al

Unidad de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental. Distrito Sanitario Aljarafe.

Antecedentes/Objetivos: El Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado una Guía Técnica para la prevención y control de la legionelosis que incluye realizar una evaluación de riesgo de las instalaciones con probabilidad de proliferación y dispersión de Legionella. Objetivo: conocer los resultados de la Evaluación de Riesgo en las torres de refrigeración, sistemas de agua caliente sanitaria con circuito de retorno (ACS) y sistemas de agua climatizada con agitación constante.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo transversal. Las instalaciones evaluadas han sido 4 torres de refrigeración (ubicadas en edificios industriales), 20 sistemas de ACS (ubicadas en residencias de mayores, hoteles y centros deportivos) y 4 sistemas de agua climatizada con agitación constante (centros de recreo) en 8 poblaciones del Distrito Aljarafe. Las variables analizadas han sido los factores de riesgo estructurales, de mantenimiento y operacionales recogidos en la Guía del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Resultados: Las Torres de Refrigeración evaluadas presentan un índice global inferior a 60 puntos, siendo la frecuencia de funcionamiento intermitente (operacional) y el estado higiénico y mecánico de la instalación (mantenimiento) los factores que más influyen en el riesgo. En el caso de los sistemas ACS, el 94% de las instalaciones presentan un índice global inferior a 60 puntos y el resto entre 60 y 80 puntos. Los factores determinantes en el resultado han sido los estructurales (accesibilidad a los depósitos, ausencia de válvulas de drenaje y sistemas de filtración y número de puntos de emisión de aerosoles). En el riesgo operacional, el factor más determinante ha sido mantener la temperatura de consigna en el sistema en las horas de mayor consumo, que sólo lo cumple el 15%. El 83% de los establecimientos han implantado un Programa de Mantenimiento de las Instalaciones por lo que los riesgos de mantenimiento son de menor peso. En los sistemas de agua climatizada con agitación constante los factores determinantes han sido los de mantenimiento por incumplimiento de parámetros físico químicos y del sistema de tratamiento y desinfección.

Conclusiones: Los riesgos de mantenimiento se han reducido al implantar Programas de Mantenimiento en las Instalaciones. Los riesgos asociados a deficiencias estructurales son más difíciles de corregir al ir asociados a la fase de diseño de edificios antiguos. La evaluación de riesgo realizada por el titular de la instalación le permite identificar las deficiencias que debe corregir y valorar la importancia de la implementación del Plan de Mantenimiento de la Instalación.

P-404. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE INSTALACIONES OBJETO DE CONTROL DE LEGIONELOSIS EN EL DISTRITO SANITARIO ALMERÍA

M.J. Sánchez Ariza, J.M. Villegas Aranda, D. Hermosilla Fernández, M.M. Ruiz Portero, A.J. Egea Rodríguez, M.E. García Lopez, et al

Distrito Sanitario Almería.

Antecedentes/Objetivos: El Ministerio de Sanidad y Consumo (MISACO) en el ámbito de sus competencias, ha publicado una Guía para la Prevención y Control de la Legionelosis en instalaciones. Esta Guía desarrolla los anexos del R.D. 865/2003 y establece un modelo sobre cómo realizar la evaluación del riesgo para cada tipo de instalación objeto de control de legionelosis. Objetivos: -Realizar la evaluación del riesgo de las instalaciones clasificadas en la normativa como de "mayor probabilidad de proliferación y dispersión de legionella" ubicadas en el Distrito Almería. -Establecer prioridades de actuación en función de los resultados y riesgo obtenido.

Métodos: Se han utilizado los modelos para la evaluación del riesgo en instalaciones, establecidos en la Guía Técnica del MISACO. Se han aplicado estos modelos a cada instalación de riesgo de transmisión de legionelosis visitada. Las instalaciones a las que se les han aplicado los modelos son: 1-Torres de refrigeración y condensadores evaporativos 2-Agua caliente sanitaria con acumulador y circuito de retorno 3-Sistemas de agua climatizada con agitación constante y recirculación a través de chorros de alta velocidad o la inyección de aire.

Resultados: Se expresan los resultados medios obtenidos por instalación de: a) Factor de riesgo estructural (FRE), b) Factor de riesgo de mantenimiento (FRM), c) Factor de riesgo operacional (FRO), d) Índice global medio (IG) 1-Torres de refrigeración y condensadores evaporativos. Se ha evaluado el riesgo de 20 instalaciones. Los datos medios son los siguientes: FRE: 32,9, FRM: 7,60, FRO: 4,56 y IG: 18,23. 2-Agua caliente sanitaria con acumulador y circuito de retorno: Se han evaluado 52 instalaciones. FRE: 29,27, FRM: 14,48, FRO: 37,42 y IG: 20,92. 3-Sistemas de agua climatizada con agitación constante y recirculación a través de chorros de alta velocidad o la inyección de aire. FRE: 16,6, FRM: 26,3, FRO: 39,3 y IG: 24,75.

Conclusiones: El índice global medio de riesgo es inferior a 60 puntos en todas las instalaciones evaluadas, por lo que no se considera necesario realizar actuaciones adicionales a lo establecido en el Real Decreto 865/2003. En ningún caso el riesgo individual de la instalación ha superado los 60 puntos. Los sistemas que más contribuyen al riesgo de proliferación de legionella y prioritarios en la actuación son; a) para el caso de las torres de refrigeración y condensadores evaporativos, los factores estructurales; b) en el caso de los sistemas de agua climatizada serían factores de mantenimiento.

P-405. CUMPLIMIENTO DEL RD 865/2003 DE LEGIONELLA EN TORRES DE REFRIGERACIÓN Y CONDENSADORES EVAPORATIVOS

M.A. Torrecilla Rojas, M. Muñoz Rubio, J. Bohórquez Escolar, C. Sarmiento Fedriani, A. Sánchez-Blanco Izquierdo, et al

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Las instalaciones que con mayor frecuencia han sido identificadas como fuente de infección de Legionella son los equipos de enfriamiento de agua, tales como las torres de refrigeración y los condensadores evaporativos. El Real Decreto 865/2003 contempla en su texto, el avance de los conocimientos científico-técnicos necesarios para un mayor control de la Legionella.

Métodos: Estudio descriptivo realizado en una muestra de 35 torres de refrigeración y condensadores evaporativos ubicados en el Distri-

to Condado-Campiña, de la provincia de Huelva, correspondientes al período de enero a diciembre de 2008. Se han realizado inspecciones ordinarias, y en su caso extraordinarias, a cada instalación.

Resultados: Del total de instalaciones, solamente el 17,4% no presentaron deficiencias, el 21,7% presentaron deficiencias leves y el 60,9% presentaron deficiencias graves. Las deficiencias encontradas fueron: -Suciedad en la bandeja 30,4%. -Incumplimiento artículo 5, RD 865/2003: faltan registros de las operaciones de mantenimiento 34,8%. -Incumplimiento artículo 13, RD 865/2003: o personal de mantenimiento sin curso homologado 21,7% o empresa contratada no acreditada 8,7% -Incumplimiento artículo 7, RD 865/2003: o ubicación incorrecta 4,3% o carece de dosificación continua 4,3%. -Incumplimiento artículo 3, RD 865/2003: falta notificación de la torre 4,3%. -Incumplimiento artículo 8, RD 865/2003: carece de plano de las instalaciones 4,3%. -La empresa contratada no presenta fichas técnicas de los productos biocidas 4,3%.

Conclusiones: Después de cinco años desde la entrada en vigor de la reglamentación sobre Legionella, aún encontramos un elevado porcentaje de equipos de frío con deficiencias, siendo estas deficiencias en su mayoría catalogadas como graves.

P-406. INFRACCIONES GRAVES MÁS FRECUENTES EN SISTEMAS DE AGUA CALIENTE SANITARIA CON ACUMULADOR Y CIRCUITO DE RETORNO

A. Sánchez-Blanco Izquierdo, M.A. Torrecillas Rojas, M. Muñoz Rubio, J. Bohórquez Escolar, C. Sarmiento Fedriani, et al

Distrito Sanitario Condado-Campiña.

Antecedentes/Objetivos: Una de las Instalaciones que con mayor frecuencia pueden estar contaminadas con Legionella y han sido identificadas como fuentes de infección, son los sistemas de distribución de agua caliente sanitaria. En la mayoría de los casos estas instalaciones carecen de mantenimiento o su mantenimiento es inadecuado, favoreciendo el estancamiento del agua y la acumulación de lodos, materia orgánica, materias de corrosión y amebas, formando una biocapa. Está junto a una temperatura propicia explica la multiplicación de la Legionella. El objetivo de este estudio es la determinación de las infracciones graves más frecuentes en los sistemas de agua caliente sanitaria de 30 instalaciones inspeccionadas durante el año 2008. Las instalaciones inspeccionadas han sido: Alojamientos turísticos, hoteles, hostales, residencias de ancianos y centros de personas discapacitadas.

Métodos: Visitas de inspección a 30 instalaciones de riesgo ubicadas en el distrito. Material: protocolo de sistemas de agua caliente sanitaria con acumuladores y circuito de retorno. Actas de inspección, kits de cloro y termómetros.

Resultados: Número de instalaciones inspeccionadas: 30. Número de instalaciones con deficiencias: 22. Número de instalaciones sin deficiencias: 8. Deficiencias más frecuentes: Incumplimiento del Art. 5. Registro de operaciones de mantenimiento: 11 instalaciones. Incumplimiento del Art. 8. Programas de mantenimiento en las instalaciones: 6 instalaciones. Incumplimiento del Art. 13. Método de tratamiento de las instalaciones (formación del personal de mantenimiento): 13 instalaciones.

Conclusiones: Las principales deficiencias son debidas a incumplimientos de registros y programas de mantenimiento. La mayoría de ellas estarán subsanadas cuando el personal que realiza las operaciones de mantenimiento higiénico-sanitario reciba la formación adecuada de acuerdo con la orden SCO/317/2003. El incremento de las inspecciones realizadas obliga a los mantenedores a conocer y cumplir los artículos 5, 8 y 13 RD.865/2003 de 4 de julio por el que se establecen los criterios higiénicos sanitarios para la prevención y control de la Legionelosis.

P-407. UNIFICACIÓN DE CRITERIOS EN LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE LEGIONELOSIS EN TORRES DE REFRIGERACIÓN/CONDENSADORES EVAPORATIVOS EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

R.M. Camacho, M.T. Gallego, L.M. Blanco, et al

Distrito Sanitario Córdoba; Delegación Salud Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: Existiendo una normativa estatal (RD 865/2003) y otra autonómica (D287/02) de prevención de la legionelosis, y desarrollándose en diferentes artículos los requisitos de los programas de mantenimiento de las instalaciones de mayor y menor riesgo, se considera necesaria la elaboración de un documento que recoja ordenada y detalladamente, para cada una de las instalaciones, estos requisitos legales con sus aclaraciones correspondientes, y sirva de guía para el estudio de los programas, unificándose los criterios para realizar las evaluaciones de los mismos. Los objetivos del trabajo son: -Establecer un documento único que como guía provincial sirva para la evaluación de los programas de mantenimiento. -Estudiar y evaluar los programas de mantenimiento "tipo" de las empresas que trabajan en Córdoba en prevención de legionelosis para torres/condensadores.

Métodos: Una vez elaborado el documento durante el año 2006, que sirvió de guía para evaluar los programas, se solicitó oficialmente a las empresas que realizaban tratamientos para prevención de legionella en torres/condensadores, una copia de sus programas de mantenimiento "tipo" para la revisión sanitaria. Para informar a las empresas del resultado de esta primera revisión se mantuvieron reuniones individuales con cada una de ellas, y se les entregó el documento recopilatorio de requisitos de programas de mantenimiento. Cuando los programas de mantenimiento eran correctos se enviaba copia de los mismos a los Distritos Sanitarios, lo que servía para agilizar la inspección.

Resultados: -Se contactó con las 21 empresas conocidas que trabajaban en Córdoba, siete de éstas informaron que ya no realizaban ninguna actividad de mantenimiento. -Se han revisado todos los programas de mantenimiento aportados por 16 empresas aunque 2 actualmente no trabajan en nuestra provincia. Los programas revisados corresponden a 221 torres/condensadores situadas en 153 edificios. -Todos los programas presentaban deficiencias en una primera revisión. -A todas las empresas, excepto a dos, les parece una buena idea colaborar con la Administración y unificar criterios.

Conclusiones: -La supervisión y corrección de los programas de mantenimiento fue valorada favorablemente por las empresas. -Se unificaron criterios a la hora de realizar los estudios. -Se estrechó la colaboración entre Salud y las empresas de mantenimiento. -Se facilitó el trabajo de los inspectores ya que previamente a la inspección de la instalación ya conocían el programa de mantenimiento.

P-408. ESTADO DE LAS TORRES DE REFRIGERACIÓN Y CONDENSADORES EVAPORATIVOS EN ESTABLECIMIENTOS DEL DISTRITO SANITARIO GUADALQUIVIR

M.T. Álvarez de Sotomayor, E. Fuentes-Guerra, M.T. Sánchez, E. Gómez-Villalba, M.D. Luna, D. Galán, R. Toscano, V. Tejedor, J.A. Ruiz, et al

Distrito Sanitario Guadalquivir (Córdoba).

Antecedentes/Objetivos: La legionella pneumophila es una especie responsable de cerca del 90% de los casos de legionelosis, enfermedad bacteriana de origen ambiental. El hábitat natural de esta bacteria es el medio acuático y su mecanismo de transmisión aéreo. Instalaciones como torres de refrigeración (TR) y condensadores evaporativos (CE), que utilizan agua en su funcionamiento con forma-

ción de aerosoles, si están mal diseñadas, sin mantenimiento o con un mantenimiento inadecuado, pueden ser focos de propagación de esta enfermedad. Se procede a comprobar el estado de las instalaciones y la implantación del programa de mantenimiento por parte de los titulares, para ver si se adecuan al Real Decreto 865/2003, de 4 de julio.

Métodos: Las herramientas utilizadas para el estudio se basan en informes sanitarios y actas de inspección emitidas por los farmacéuticos durante el periodo 2007-2008, tras visitar los establecimientos con TR y CE en base al Programa de Prevención y Control de la Legionelosis de Andalucía. En las actas quedan reflejadas las deficiencias detectadas y se insta al titular para que adopte las medidas necesarias para evitar riesgos en la salud pública de los ciudadanos.

Resultados: De las 20 instalaciones inspeccionadas (8 TR Y 12 CE) destacar que el 70% presentan malas condiciones higiénico sanitarias (suciedad, oxidaciones, verdina y/o turbidez en agua), el 60% no acredita tener separador de gotas de alta eficacia y un 35% no resultan de fácil acceso para su inspección, limpieza, desinfección y/o toma de muestra. De las dos primeras deficiencias detectadas se han solventado el 30% y 35% respectivamente tras realizar el seguimiento de las mismas. Por otro lado, destacar que el 75% de las instalaciones incumplen el programa de mantenimiento o resulta ineficaz al detectarse algunos parámetros físico-químicos o microbiológicos por encima de los valores límites establecidos según normativa, situación que ha ido mejorando en inspecciones posteriores.

Conclusiones: Se confirma el incumplimiento del Real Decreto 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis, la importancia de aplicar correctamente el programa de mantenimiento, y la necesidad de seguir con la vigilancia y control de las instalaciones por parte de los inspectores sanitarios.

P-409. EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE LEGIONELLA EN INSTALACIONES DE MAYOR PROBABILIDAD DE RIESGO

C. Lozano Izquierdo, C. Gómez López, M.A. López Torres, J. Fernández Fernández, et al

Distrito Jaén-Nordeste.

Antecedentes/Objetivos: La Legionella es una bacteria capaz de proliferar y diseminarse a través de instalaciones de riesgo como torres de refrigeración y acumuladores de agua caliente sanitaria con sistema de retorno. La normativa de aplicación del Real Decreto 865/2003 y Decreto 287/2002 en Andalucía regulan el mantenimiento, revisión y control de estas instalaciones. El seguimiento del control oficial para su cumplimiento juega un papel fundamental en su implantación y eficacia. El objetivo es valorar el grado de cumplimiento de la normativa en determinadas instalaciones de riesgos durante el periodo 2006-2008.

Métodos: Se realizó un estudio longitudinal descriptivo. Los datos se obtuvieron a partir de las actuaciones de control oficial realizadas según instrucciones del programa de mantenimiento y control de Legionella de la Consejería de Salud en las Zonas Básicas de Salud de Villanueva del Arzobispo y Beas de Segura, de 22 instalaciones de mayor probabilidad de proliferación de Legionella, como torres de refrigeración y acumuladores de agua caliente sanitaria con sistema de retorno. Se ha evaluado la existencia y grado de implantación del programa de mantenimiento, programa de tratamiento del agua, deficiencias estructurales y de diseño y sistemas de registros, a lo largo del periodo 2006-2008, comprobando si se han contratado los servicios de una empresa externa.

Resultados: Los resultados obtenidos han sido del Programa de mantenimiento durante 2006, 2007 y 2008 del 40,90%, 54,55% y 100% respectivamente. Las deficiencias estructurales del 100%, 68,18% y

27,27% respectivamente. Del programa de tratamiento del agua del 40,90%, 50% y 100% respectivamente y del sistema de registro del 40,90%, 50% y 50% respectivamente.

Conclusiones: El control oficial comprueba el aumento del grado de adecuación a la normativa de las instalaciones de riesgo tras su vigilancia durante el periodo 2006-2008. En el primer año el 40,90% que tenía implantado el programa de mantenimiento correspondía al 100% de torres de refrigeración y condensadores evaporativos, por lo que el agua caliente sanitaria con retorno no alcanzó el 100% de su implantación hasta el 2008. No obstante, también se observa que el cumplimiento del programa de mantenimiento a través de sistemas de registros en el 2008 es del 50% de las empresas, siendo éstas en su totalidad de agua caliente sanitaria con sistema de retorno, por lo que hay que mantener la vigilancia. El 100% de las empresas ha contratado una empresa externa para el mantenimiento de las instalaciones.

P-410. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE REGLAMENTACIÓN DE LEGIONELLA EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS

L. Orue Vázquez, I. Fernández Vicioso, et al

Distrito Jerez Costa Noroeste.

Antecedentes/Objetivos: Las residencias de ancianos están catalogadas como instalaciones de mayor probabilidad de proliferación de legionella, ya que todas ellas presentan sistema de agua caliente sanitaria con acumulador y circuito de retorno, además la población expuesta en ellas son más susceptibles de desarrollar la enfermedad al ser personas en alto porcentaje con enfermedades crónicas e inmunodepresión.

Métodos: Estudio descriptivo horizontal de libros de registro, actas y protocolos de inspección del año 2008 al 50% de las residencias de ancianos tanto públicas como privadas situadas en el ámbito del Distrito Sanitario Jerez Costa Noroeste del SAS, evaluándose: - Programa de limpieza y desinfección de los circuitos de agua fría y caliente sanitaria. - Existencia del libro de Registro y Control de las actividades de mantenimiento. - Presencia de depósito con necesidad de dosificador automático de desinfectante. - Personal interno de la instalación poseyendo curso homologado a tal efecto por el Ministerio de Sanidad y Consumo. - Analíticas dentro de niveles permitidos.

Resultados: 100% presenta implantado el programa de limpieza y desinfección de ambos circuitos. 100% tienen libro de Registro y Control y 50% lo cumplimentan correctamente. 100% presentan depósito de agua fría y 50% con dosificador automático de biocida. 100% no ha realizado aún curso homologado a tal efecto por el Ministerio de Sanidad y Consumo. 100% presentan parámetros dentro de rango según Anexo I.

Conclusiones: Para disminuir los riesgos de contaminación por legionella en esta población de mayor riesgo en redes de distribución de agua fría y caliente sanitaria, se deberán incrementar los controles sanitarios a fin de conseguir que el 100% de estas instalaciones cumplan el RD 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis.

P-411. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA LEGIONELOSIS EN ANDALUCÍA

Z. Herrador Ortiz, M.D. Márquez Cruz, J. Guillén Enríquez, et al

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, Consejería de Salud de Andalucía; Servicio de Medicina Preventiva, H.U. Reina Sofía, Córdoba; Servicio de Medicina Preventiva, H.U. Puerta del Mar, Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: Conocer la situación epidemiológica actual de la legionelosis en Andalucía. Realizar una aproximación al

perfil incidente de la enfermedad y detectar que datos de la enfermedad se recogen con menos frecuencia en la ficha epidemiológica disponible en la aplicación Red Alerta del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA).

Métodos: Se realiza estudio descriptivo con los datos recogidos en la aplicación Red Alerta sobre incidencia de casos de legionelosis en el período 2000-2007. Se evalúan los datos epidemiológicos y socio-demográficos de los casos de legionelosis de 2007 de Andalucía, así como el nivel de cumplimentación de la información registrada para estas variables.

Resultados: En Andalucía, en el periodo 2000-2007, se observa un aumento en la incidencia en el periodo 2000 a 2003, en 2004 y 2005 se rompe esta tendencia ascendente, para volver a incrementarse notablemente en 2006 y 2007. En 2007, el 82,5% de los casos fueron varones. La edad media fue de 57,5 años. El 35% eran menores de 49 años y el 26,2% tenía más de 69 años. Los intervalos de edad con mayor número de casos son los de 40 a 49 y de 30 a 39, ambos con 39 casos. Respecto al ámbito de ocurrencia, la mayor parte de los casos han aparecido en el ámbito poblacional-colectivo (86%). El resto de la forma siguiente: nosocomial (2%), ámbito laboral (2%) o viajeros, estancias en hoteles o residencias (6%). En un 4% no consta el ámbito de contagio. En cuanto a posibles factores predisponentes encontramos que el 47,5% de los casos son fumadores, mientras que la enfermedad respiratoria crónica aparece en el 13,6%. Respecto a la ocupación llama la atención que el 8,1% de los casos se dedican a la construcción, si bien esta variable no se recoge satisfactoriamente. En relación al grado de confirmación por laboratorio, el 95,0% de los casos se clasificaron como confirmados, demostrándose en el 92,1% de ellos la presencia del antígeno de *L. pneumophila* SG1 en orina, mientras que el 7,9% restante de los casos se confirmaron mediante serología. Se declaran 11 brotes o clusters de legionelosis, con un total de 45 afectados en 6 provincias, con claro incremento desde 2003.

Conclusiones: Existe un incremento en la incidencia de casos y de brotes o clusters en los últimos años, que puede deberse a mejoras en la vigilancia de la enfermedad. La mayoría de los casos en 2007 son varones, de entre 30-50 años, que se han contagiado en el ámbito comunitario. Se utiliza la antigenuria casi al 100% para el diagnóstico de la enfermedad.

PÓSTERES XXX

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9.00 a 10:30 h

Formación

P-412. UN PROGRAMA DE COOPERACIÓN DOCENTE ENTRE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA Y LA DELEGACIÓN DE SALUD DE TETUÁN: REUMASEM

M. Tenorio, A.M. Bellefquih, J.V. Moreno, T. García de Vicuña, A. El Abbassi, E. Cuende, J. Blanch, et al

Sociedad Española de Reumatología; Delegación de Salud de Tetuán (Marruecos); Delegación de Salud de Tmara (Marruecos).

Antecedentes/Objetivos: El Plan Estratégico de la Sociedad Española de Reumatología (SER) 2006-2008 describe entre sus valores la cooperación con regiones en desarrollo, como acto de responsabilidad social corporativa. Asimismo designa como elemento de su misión la docencia de la Reumatología. Por su parte, la Delegación de Salud de Tetuán (Marruecos) contempla entre sus prioridades la formación médica continuada, sobre todo para aquellas especialidades que tienen baja presencia en su sistema sanitario público. El objetivo

operativo es diseñar un programa viable y sostenible de cooperación docente entre la SER y una región en vías de desarrollo.

Métodos: Este programa se ha confeccionado siguiendo la estructura de una Iniciativa Estratégica, vinculada al mencionado plan de la SER y atendiendo a las necesidades formativas de los médicos generalistas de Tetuán, detectadas por los líderes de su Delegación de Salud. El estudio de viabilidad se ha realizado teniendo en cuenta, además, el Plan Director de Prioridades de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). La región se ha escogido por razones de cercanía y de prevalencia de las enfermedades reumáticas. Se han empleado los métodos habituales de estudio de proyectos como el Modelo Racional de Toma de Decisiones. Todo el programa se ha diseñado en alianza con los responsables sanitarios de Tetuán y de Tmara (Marruecos).

Resultados: El proyecto REUMASEM (REUMAtología Solidaria España Marruecos) se presenta como una iniciativa viable y sostenible, de cooperación docente entre la SER y la Delegación de Salud de Tetuán. Es viable y sostenible porque cuenta con la planificación y recursos necesarios para lograr sus objetivos. El programa lectivo será impartido desinteresadamente por ponentes miembros de la SER en el Hospital Español de Tetuán y las prácticas en las instituciones sanitarias de la Delegación de Salud por reumatólogos marroquíes. Tendrá el desarrollo de un curso de reciclaje en los temas generales del aparato locomotor, con una duración total de 100 horas presenciales. Irá dirigido a los médicos de atención primaria e internistas de la Delegación de Salud de Tetuán. Será sufragado íntegramente con fondos propios de la SER.

Conclusiones: El programa REUMASEM es, por tanto, un proyecto de cooperación vinculado al plan estratégico de la SER, alineado con el plan director de la AECID y considerado de utilidad por la Delegación de Salud de Tetuán. Es viable y sostenible. También mejorará la imagen externa de la SER y contribuirá al plan de formación continuada de la Delegación de Salud de Tetuán.

P-413. ACTIVIDAD FORMATIVA PARA EL REGISTRO Y LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS

M.A. Vilches Ferrón, F. López Rodríguez, J.A. Serrano Calvache, M.D. Muñoz Sánchez-Reyes, A. Ruiz Valverde, et al

Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Antecedentes/Objetivos: Los sistemas de notificación son una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. Son una parte de la cultura de seguridad donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar. La Estrategia para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, incorpora dos elementos claves, la transición del paciente como elemento pasivo a elemento activo que participa en su asistencia, contribuyendo a minimizar el riesgo de que aparezcan EA y el abordaje integral definiendo el hilo conductor en la secuencia habitual de un proceso asistencial. A) Objetivos generales: 1. Identificar y analizar los eventos adversos. 2. Prevenir los eventos adversos. 3. Reducir sus efectos. B) Objetivos específicos: - Comprender el procedimiento de notificación de incidente o evento adverso. - Adquirir habilidades para analizar un incidente o evento adverso. - Adquirir habilidades para comunicar un incidente o evento adverso. - Aplicar las habilidades de identificación y comunicación aprendidas al registro de un incidente o evento adverso. - Analizar la importancia de la comunicación y registro de los incidentes o eventos adversos en la disminución de los mismos.

Métodos: Para adquirir las habilidades para la notificación de los incidentes o eventos adversos, se hará una exposición teórica sobre las definiciones y características de los incidentes, eventos adversos y sistemas de registro y notificación, además, para entender su validez

en el entorno sanitario para el efectivo establecimiento de una relación de ayuda, se trabajará sobre casos prácticos que reflejen situaciones reales de eventos o incidentes adversos en la práctica clínica habitual. En la medida en la que se generen contextos que posibiliten la puesta en práctica de las habilidades aprendidas, antes se conseguirán los resultados esperados.

Resultados: Hasta la fecha se han celebrado 4 ediciones, formando a 60 profesionales, se les ha dado a conocer cuál es el procedimiento a seguir cuando se pone en marcha una notificación de un incidente adverso en nuestro hospital. En cuanto a los resultados de la actividad el 100% de los alumnos lo han considerado pertinente y con un 97% de satisfacción en cuanto a la metodología utilizada por los docentes.

Conclusiones: Lo innovador de esta práctica es que el profesional aprende a registrar y notificar un incidente adverso, aprende qué debe de hacer tras rellenar la hoja de Notificación del incidente adverso ya que durante el desarrollo del taller se expone cuál es el procedimiento completo de la notificación de un Incidente adverso.

Financiación. Servicio Andaluz de Salud.

P-414. APRENDIENDO A APRENDER. RED ANDALUZA DE FORMACIÓN CONTRA EL MALTRATO A LAS MUJERES (RED FORMMA)

C. Llamas Martín, S.B. Brun López-Abisab, C. Agüera Urbano, A. Arribas Lazareno, J. Bolívar Muñoz, M.L. Caldera Tejeda, C. Candela Gómez, C. Cumbreña Santana, V. Díaz Del Val, et al

Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; Servicio Andaluz de Salud; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Mejorar la calidad de los servicios prestados a las ciudadanas, promoviendo y realizando la formación necesaria, a las y los profesionales del SSPA, que les capacite en el abordaje integral del problema de la violencia contra las mujeres en su naturaleza multidimensional y bajo la perspectiva de igualdad de género.

Métodos: Para el cumplimiento de los objetivos y de la normativa vigente en esta materia la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, plantea el proyecto de formación del personal del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en el abordaje de la violencia contra las mujeres. En el proyecto participan también el Servicio Andaluz de Salud y la Escuela Andaluza de Salud Pública. Se ha constituido una Red de profesionales que se harán cargo del desarrollo del proyecto. La Red está constituida inicialmente por un grupo multidisciplinar, de profesionales del SSPA con acreditada formación y experiencia en violencia contra las mujeres y en docencia. A través de una estrategia de formación de formadoras y formadores, la Red se irá ampliando y constituyéndose en cantera de profesionales que se harán cargo de la formación en el abordaje sanitario del maltrato a las mujeres. La filosofía y metodología de trabajo innovadoras de la Red comprenden: un concepto holístico de la persona y la salud; un enfoque humanista que da protagonismo a las personas través de un modelo centrado en quien aprende y basado en el aprendizaje significativo; el enfoque de género como marco de referencia. Todo esto permitirá trabajar, de forma conjunta, conocimientos, habilidades y, las a menudo olvidadas, actitudes.

Resultados: En el momento actual se han definido grupos de trabajo que están diseñando un programa de formación que consta de las siguientes actividades formativas: actividades de sensibilización, formación básica, formación de formadoras y formadores y formación avanzada. La estructura, contenidos y materiales didácticos están siendo elaborados según la metodología citada. Se ha creado una plataforma web cuya finalidad es la difusión general del proyecto, la coordinación, comunicación y asesoramiento de las personas de la Red, y del personal formado, así como la facilitación de la gestión del proyecto.

Conclusiones: Una vez diseñado el programa de formación se procederá a la inclusión del mismo en el programa de formación continuada del SSPA de una forma progresiva, dirigida primeramente a colectivos preferentes de profesionales.

P-415. LA EDUCACIÓN SOCIAL, COMO INSTRUMENTO TERAPÉUTICO DE UN PROBLEMA DE SALUD COMO EL ASMA. TALLERES DE ASMA

M. Cubero, L. Muñoz, M.I. Sillero, A. Viedma, A. Mercado, E. Guerrero, M. Martín, J. Murcia, A. Torres, et al

Complejo Hospitalario de Jaén; Delegación Provincial Salud Jaén; EASP; Distrito Jaén; Hospital S. Juan de la Cruz.

Antecedentes/Objetivos: La educación mediante Talleres de Asma para profesores y padres, surge de la idea de que es fundamental que la población reconozca esta patología y el modo de actuar ante ella. El Asma es en Jaén un cuadro de una elevada incidencia y prevalencia, de características muy particulares y el paciente puede y debe potenciar su autocuidado. El Plan de alerta ante el aumento de morbilidad respiratoria estacional causado por el polen del olivo en Jaén, lo contempla en los capítulos dedicados a la formación de los profesionales y la educación de pacientes en el manejo de la enfermedad.

Métodos: El Taller de Asma se planifica con 2 grupos de trabajo, dirigidos a profesores y a padres, impartido por alergólogos y pediatras hospitalarios y de A. Primaria. La metodología consiste en charla-taller y charla coloquio. El material es soporte visual y trabajo directo (maletín de Educación de Asma). Las sesiones para padres son de 3 horas y las de profesores, de 8 horas. Población: Jaén cuenta con 664.742 hab. y el 78% de su superficie está dedicada al cultivo del olivo. La prevalencia estimada del asma infantil es de 10.904 personas y de adulto, 27.347 personas.

Resultados: Desde el 2007 se han realizado tres talleres para profesores y cinco talleres para padres. En el de padres, la intervención incluye una evaluación por un cuestionario in situ, de diseño pre-post. De un total de 65 padres se concluye: Las madres son las más interesadas en acudir (78%); en un 14% asisten ambos padres. Las edades de sus hijos están entre los 6 y 12 años, (coinciden con la mayor incidencia de asma en la edad infantil). El conocimiento previo del tratamiento del asma hasta el taller es somero, un 34% lo domina, un 50% actúa sólo en las crisis, y (dramáticamente) un 16% no sabe tratar en ningún momento, a pesar de las indicaciones del Pediatra de A. Primaria. Además, en esta muestra el 24% se trata con inmunoterapia y siempre de forma descoordinada con el tratamiento farmacológico. Un 11% desconoce esta alternativa terapéutica. Como en la mayoría de las publicaciones, los padres no saben percibir bien la salud de su hijo/a asmático/a, y generalmente conocen los desencadenantes pero no promueven actitudes tendentes a su evitación. En cuanto al diseño de la actividad, es adecuado formar grupos de 15 a 20 padres y de 10 a 15 profesores. El tiempo empleado y el material de soporte han sido idóneos.

Conclusiones: El conocimiento del asma es superficial y en circunstancias erróneo. La Educación grupal es efectiva, importante y muy participativa, aclarando situaciones tanto personales como las comunes con otros enfermos, con aportaciones del grupo.

P-416. EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN TÉCNICA DE AUDITORIAS DE AGENTES DE CONTROL SANITARIO DE ALIMENTOS

J.R. Menéndez, M.C. Piedra, L.M. Torres, C. Gómez, M.J. Ollero, M.I. Sillero, F.J. Chavernas, et al

Delegación Provincial de Salud de Jaén; Distrito S. Jaén Norte; Distrito S. Jaén Nordeste; Distrito S. Jaén; Distrito S. Jaén Sur.

Antecedentes/Objetivos: Desde el año 2005 se ha desarrollado en Jaén un proceso de capacitación de los agentes de control sanitario oficial en la técnica de auditoría de sistemas de autocontrol basados en metodología de APPCC. El proceso formativo incluye cursos teórico-prácticos y la realización de cuatro auditorías tutorizadas en empresas alimentarias. El objetivo del trabajo es diseñar una herramienta que permita evaluar si una vez concluida la capacitación, los inspectores han adquirido los conocimientos, actitudes y aptitudes necesarias para realizar la nueva metodología de control.

Métodos: En septiembre del 2008, se constituyó un Comité de evaluación con expertos de la Delegación Provincial de Salud y de los Distritos Sanitarios, al objeto de diseñar una herramienta que nos permita evaluar el impacto de la formación, seleccionándose el informe de auditoría, como el elemento clave para esta evaluación. Se elaboró un cuestionario y definieron criterios siguiendo la estructura y contenido del informe estándar del Manual de procedimiento para la supervisión de la Consejería de Salud, identificando ítems que permitan evaluar si el inspector ha asimilado la metodología. En octubre el Comité utilizando el cuestionario diseñado evaluó una muestra de 19 informes emitidos por inspectores que habían concluido su cualificación. Población diana: en la provincia de Jaén hay 100 agentes de control oficial. Desde el 2005 todos han pasado por el proceso de capacitación.

Resultados: Se ha elaborado un cuestionario sencillo que siguiendo la sistemática de la propia metodología de auditoría permite evaluar si los agentes de control oficial han asimilado la formación. Dentro del cuestionario los criterios seleccionados siguen las diferentes fases de la auditoría de manera que partiendo del alcance de la auditoría, se comprueba que el dictamen se correlacione con dicho alcance, y que las no conformidades estén apoyadas en evidencias racionales, y éstas se basen en hechos objetivos, y concluya con una valoración final que sea entendible para el destinatario del informe. En la evaluación de los 19 informes de auditoría se detectan deficiencias en la realización de auditoría, lo que implica que algún inspector tenga que realizar nuevas prácticas tutorizadas.

Conclusiones: El cuestionario diseñado ha demostrado ser eficaz para evaluar el proceso de capacitación de los agentes de control oficial en técnicas de auditoría, tanto desde la perspectiva de identificar inspectores que no han asimilado bien la metodología, como desde la perspectiva de identificar elementos de mejora en los que han superado satisfactoriamente todo el proceso.

P-417. GESTIÓN ORGANIZACIONAL DE UNA UNIDAD DE FORMACIÓN DESDE UN ENFOQUE DE MARKETING DE SERVICIOS

A. Nieto Reinoso, M. Flores Muñoz, L.G. Luque Romero, et al

Distrito Sanitario Sevilla Norte.

Antecedentes/Objetivos: Describir y analizar los resultados de un proyecto de desarrollo de la investigación en un distrito de atención primaria usando estrategias basadas en el marketing de servicios.

Métodos: Análisis descriptivo transversal de las aportaciones científicas previas y posteriores a la implantación de la estrategia de estímulo a la investigación en el Distrito Sanitario Sevilla Norte. Objetivos del proyecto: 1. Estratégico: alineación con III Plan Andaluz de Salud y el II Plan de Calidad; 2. Tácticos: facilitar cumplimiento de compromisos de contrato-programa a nivel del distrito favoreciendo redes investigadoras aliadas con principios de calidad, formalizar Comisión Investigación que oriente y dote de continuidad a las acciones investigadoras. 3. Operativos: identificar profesionales con interés investigador, formalizar presencia de acciones investigadoras en ámbitos externos, desarrollar acciones formativas sobre investigación, captar recursos internos y externos. La implementación se guió siguiendo cuatro líneas de gestión: 1. Gestión del conocimiento. 2.

Gestión de la cultura. 3. Gestión de recursos humanos. 4. Gestión de la organización. Variables: número de cursos de investigación, asistentes, número de comunicaciones totales y distribuidas por tipo de congreso, por tipo de comunicación, número de autores y distribución por su relación con el distrito, número de premios, becas y proyectos de investigación.

Resultados: Nº de cursos sobre investigación: 10. Nº de asistentes: 122 profesionales. Nº de comunicaciones: 9 (8 en jornadas autonómicas y 1 nacional). Nº de posters: 35 (9 en jornadas autonómicas, 19 nacionales y 7 internacionales). Nº de ponencias: 5 (3 autonómicas y 2 nacionales). Nº de artículos científicos: 10 (8 en revistas nacionales y 2 en revistas internacionales). Nº Libros: 2. Nº de profesionales autores y coautores: 59 primeros autores (50 DSSN/9 ext) y 199 coautores (153 del DSSN y 46 ext). Premios obtenidos: 4. Investigaciones subvencionadas y presentadas a subvención: 7 (6 subvencionadas y 1 solicitud a beca). Incorporación a acuerdos de contrato-programa de investigación intercentros sobre: "Gestión de redes sociales ante las demandas de ciudadanos con respuesta ineficiente desde los servicios sanitarios". Existencia de comisión de investigación y bioética. Publicación de libro de investigaciones.

Conclusiones: La utilización de una estrategia de marketing de servicios aplicada a la Unidad de Investigación permite dar desarrollo a los objetivos propuestos según los resultados expuestos.

P-418. MEJORAR LA FORMACIÓN PARA MEJORAR LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

J. Pérez Aparicio, E.J. Cobaleda Atencia, V.I. Galán Vigo, A.R. López Parra, E.M. Jiménez Jiménez, J.E. Molina Miras, et al

Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce.

Antecedentes/Objetivos: El planteamiento integrado y global de los controles sanitarios oficiales que establece la Unión Europea (UE), tanto en Seguridad Alimentaria como en Salud Ambiental, requiere un elevado nivel de cualificación y conocimientos especializados para garantizar que sean eficaces, objetivos y adecuados. Objetivo: evaluar el Plan de Formación de la Unidad de Protección de la Salud del Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce y analizar su evaluación desde su inicio en 2005.

Métodos: Elaboramos un Plan de Formación con metodología participativa para implicar activamente a todos los Facultativos. Desde su inicio, el plan tiene carácter de continuidad y consta de 3 programas: Formación continuada (FC), Actividades Internas de Formación (AIF) y Actividades externas de Formación (AEF). Las sesiones de FC son coordinadas e impartidas por los profesionales que también pueden programar AIF. Los criterios de autorizaciones para asistir a AEF han sido consensuados por todo el equipo. Incorporamos un objetivo individual de formación en el Acuerdo de Gestión de la Unidad, y definimos indicadores de evaluación.

Resultados: La inversión en formación ha ido incrementándose hasta el 1% del presupuesto total en personal. El porcentaje de Facultativos que asisten a AEF ha ido aumentando en los 3 años: 76%, 86% y 100%. También se han incrementado las sesiones de FC: 0, 7 y 15. En el trienio estudiado, los días dedicados íntegramente a formación han sido 50, 58 y 169. Por último, 12 profesionales participaron como docentes el último año, en el que también la media de horas formativas por Facultativo fue de 47 horas.

Conclusiones: En la UE la duración media de la formación de los Facultativos de Protección de la Salud es de 30-80 horas anuales. Aunque los datos obtenidos en 2007 nos sitúan en una posición satisfactoria, es necesario continuar estimulando la formación de los profesionales en su doble vertiente (docentes y discentes) e incorporar nuevas fórmulas como la formación en unidades acreditadas y el intercambio de personal. Además, es preciso verificar la calidad y valorar el impacto de la formación en las actividades de control sanitario oficial.

P-419. ESCUELA DE PACIENTES: PARA UNA EXPERIENCIA PARA FORMAR A EXPERTOS

M.A. Prieto Rodríguez, J.C. March Cerdá, M.J. Escudero Carretero, A. Martín Barato, A. Ruiz Azarola, M. López Doblas, N. Luque Martín, N. García Toyos, M. Cruz Piqueras, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen alguna enfermedad crónica, mediante su formación como expertos, para que puedan enseñar a otras en su misma situación. Se pretende que puedan ejercer un papel más activo y responsable sobre su salud.

Métodos: Durante 2008 se han iniciado las actividades formativas sobre fibromialgia, asma infantil, cáncer de mama, diabetes y cuidados familiares. Las acciones formativas de la Escuela de Pacientes están dirigidas a pacientes, personas cuidadoras, familias y asociaciones. También a profesionales sanitarios que podrán compartir con la ciudadanía la "otra cara" de la enfermedad. La estrategia formativa se basa en la capacitación de pacientes para que puedan enseñar a otros. Esto se realiza mediante talleres presenciales, aulas virtuales y materiales audiovisuales elaborados con la participación de los propios pacientes y el asesoramiento de profesionales sanitarios de prestigio. Además la Escuela de Pacientes cuenta con una web (www.escueladepacientes.es) en la que se alojan las aulas virtuales y distintos foros de intercambio de experiencias.

Resultados: En 2008 se desarrollan 24 talleres de formación de formadores. Se forman a 500 personas. Se han elaborado 5 guías Informativas y 8 productos audiovisuales con el asesoramiento de expertos clínicos y de pacientes expertos en cada proceso. Están en funcionamiento 5 aulas virtuales con materiales de apoyo a los formadores. Se ha obtenido su compromiso de reproducir estos talleres utilizando la metodología docente y los materiales diseñados en la Escuela de Pacientes. Los participantes manifiestan una satisfacción muy alta y valoran de forma muy positiva la utilidad de esta iniciativa.

Conclusiones: La puesta en marcha de esta experiencia en Andalucía permite a las personas que viven con una enfermedad crónica y a sus familias disponer de la mejor información y de recursos didácticos innovadores para poder asumir un papel más activo con respecto a su salud.

Financiación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

P-420. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO DE ANDALUCÍA

A. Lupiáñez Castillo, S. Mármol Aroca, M.B. Gil Barcenilla, J.M. Aranda Regules, L.A. López Fernández, P. Mesa Cruz, et al

EASP; Consejería de Salud; SAS.

Antecedentes/Objetivos: El Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (2005-2010) plantea objetivos de formación en capacitación para el perfil: clínico básico a la totalidad de profesionales del sistema sanitario público andaluz; clínico avanzado/especializado a los responsables del programa de atención al tabaquismo en los centros sanitarios y a los y las profesionales que lo deseen; responsables de los programas de salud infantil y escolar, procesos de embarazo, riesgo cardiovascular y EPOC y otros programas(tanto de AP como especializada) y a aquellas personas que lo deseen. También contempla Actividades Formativas para profesionales del ámbito laboral, comunitario y otros profesionales clave.

Métodos: Partiendo del modelo de Prochascka y Di Clemente y atendiendo a los diferentes perfiles competenciales, se propone un Plan de Formación Continuada compuesto inicialmente por siete ti-

pos de cursos como estrategia de formación. La formación continuada debe ser siempre acreditada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Resultados: Hasta el 30 de abril de 2008, se han formado a 10.216 profesionales: 7.849 en intervención básica, 691 en intervención avanzada individual y 161 en intervención grupal, 255 en coordinación del programa de atención al tabaquismo, 595 en atención a situaciones de especial riesgo (embarazo, infancia y adolescencia), 169 profesionales del ámbito laboral y comunitario. El último informe de formación continuada emitido por la Agencia de Calidad Sanitaria a 30 de septiembre señala que: la calidad del diseño y programación de las actividades formativas ha experimentado una continua evolución positiva. En este último año se han acentuado las diferencias tanto entre niveles de atención como entre provincias en cuanto al número de actividades planificadas y a la planificación de las mismas.

Conclusiones: Las actividades formativas adscritas al plan de formación continuada del Plan han seguido un progreso ascendente respecto a los diferentes criterios de evaluación (especialmente el componente cualitativo) y elementos de calidad establecidos por la Agencia de Calidad Sanitaria. La penetración del plan está siendo más fluida en atención primaria donde se desarrollan el 80% de las actividades formativas frente a las 11% desarrolladas en áreas de gestión sanitaria y las 9% en atención especializada. En los Manuales de Acreditación de Competencias Profesionales existentes encontramos evidencias (2 transversales y 26 específicas) que ponen de manifiesto Buenas Prácticas referidas al abordaje del tabaquismo por lo que la formación en tabaquismo permite a los y las profesionales avanzar en el desarrollo de su carrera profesional.

P-421. NECESIDADES DE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

J.C. March Cerdá, A. Ruiz Azarola, M.A. Prieto Rodríguez, J. Casal Gómez, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria. En esta actividad, es fundamental tener en cuenta la existencia de riesgos potenciales y la no existencia de un sistema sanitario que en sí mismo sea capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos. En este ámbito, diversos organismos tomaron la iniciativa de lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en la que se enmarca la estrategia "el paciente por la seguridad del paciente", en la que toma al paciente como actor fundamental de la estrategia. En este marco, las políticas sobre Seguridad del Paciente y la gestión de riesgos en el Sistema Nacional de Salud, se plantean la necesidad de implicar a los/as pacientes en futuras acciones encaminadas a prevenir riesgos y proponer soluciones vinculadas a la Seguridad de Pacientes. Objetivo: identificar necesidades de información y formación que deberían tener los pacientes para mejorar la seguridad en la atención a los mismos en los centros sanitarios.

Métodos: en el marco del primer Encuentro de la Red de Pacientes Formadores por la Seguridad de los Pacientes, dirigido por profesionales de la Agencia de Calidad del SNS, del CIBERESP y de la EASP, se desarrollo una técnica de panel en varias fases: 1. Recogida de ideas con tarjetas por parte de cada uno de los responsables de las asociaciones que participaron en el encuentro. 2. Explicación de las ideas resultantes. 3. Unificación de las ideas resultantes Las 15 asociaciones de pacientes participantes eran asociaciones a nivel nacional interesadas en difundir la seguridad de pacientes entre sus asociados y con pacientes en general.

Resultados: A partir de una primera tormenta de ideas en la que se identificaron un total de 30 ideas, éstas se unificaron en 10 gran-

des temas a desarrollar por parte de la red de pacientes formadores en seguridad de pacientes. Éstos son: 1. Derechos y deberes de pacientes. 2. Información por patologías. 3. Mejora en las habilidades de comunicación de profesionales y pacientes. 4. El fomentar que el paciente sea activo, exista una participación de los pacientes y que las asociaciones sean un elemento clave y se conviertan en líderes de opinión. 5. Información previa a intervenciones quirúrgicas con lectura comprensiva del consentimiento informado. 6. Lectura comprensiva de prospectos de medicamentos.

Conclusiones: La mejora de la información y formación de los pacientes a través de la creación de una red de pacientes formadores en seguridad de pacientes puede ayudar a que el paciente se sienta un colaborador necesario, tenga un papel activo y ayude a mejorar la seguridad de los pacientes.

Financiación. Ministerio de Sanidad y Consumo.

P-422. EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA BOLSA DE CONTRATACIÓN. BASE DE LA GESTIÓN ECONÓMICA Y FORMATIVA DE RRHH

J. Ruiz Góngora, G. Zufri Rodríguez, M.C. Guerrero Ruiz, M.D. Martínez Cobos, A. Tamayo Ramírez, I. Ruiz Beltrán, et al

Empresa Pública Hospital de Poniente.

Antecedentes/Objetivos: El III Plan de Salud de la Consejería, establece varias líneas prioritarias de desarrollo para el global de la población andaluza. Entre algunas de estas líneas, se encuentran: -Proteger y proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud. -Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de Planes integrales. -Reducir las desigualdades en el ámbito de la salud con especial atención a los colectivos excluidos. -Impulsar acciones transformadoras derivadas del desarrollo de sistemas y las tecnologías de la información y la comunicación. -Desarrollar la investigación en salud y servicios sanitarios. En línea con lo expuesto, se desarrolla el II Plan de Calidad de la Consejería 2005-2008. Instrumento que profundiza en los diferentes desarrollos estratégicos existentes en la organización y, estructura las herramientas para consolidar las innovaciones. De cara a los profesionales sanitarios, se propone mejorar la gestión por competencias así como impulsar áreas relativas a la investigación, entre otras. Conforme a estos dos pilares se requiere investigar, para desarrollar, a los profesionales implicados en diferentes servicios asistenciales. **Objetivos:** -Realizar un análisis que sirva de apoyo a la planificación formativa de la Empresa Pública Hospital de Poniente con base en la Bolsa de Trabajo -Detectar fortalezas y debilidades de los profesionales sanitarios en enfermería. -Informar de las debilidades como áreas de mejora para la empresa y los profesionales.

Métodos: -Registro de las acciones formativas de 400 profesionales diplomados de enfermería admitidos al proceso de contratación. -Evaluación de la formación complementaria agrupada por áreas temáticas, entre las que se encuentran: urgencias, género y salud, seguridad del paciente, gestión eventos adversos, nuevas tecnologías. -Cálculo de la carga lectiva media de las acciones formativas y el número de acciones formativas cursadas por los profesionales sanitarios.

Resultados: -Los resultados iniciales esbozan como áreas asentadas: atención al paciente, actuación en urgencias y cuidados críticos. -Se detectan áreas de mejora como la seguridad del paciente, gestión de eventos adversos y género.

Conclusiones: El análisis de los resultados y posterior evaluación permitirá diseñar las líneas estratégicas en materia de formación tomando como referente, entre otros, el III Plan de Salud, II Plan de Calidad y los Manuales de Acreditación Profesional.

P-423. EVALUACIÓN DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE RESIDENTES 2006, EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID

M. Rumayor, J. Sánchez, I. Viúdez, C. Martínez, E. Jiménez, N. García-Arenzana, L. Barreales, C. Fernández, J. Fereres, et al

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: En el Hospital Clínico San Carlos de Madrid se realiza bianualmente una encuesta de satisfacción de residentes desde 1999. Nuestro objetivo es analizar la satisfacción en los residentes durante 2006 y explorar su asociación con factores que puedan modificarla a fin de ofrecer una herramienta útil en la detección de áreas de mejora.

Métodos: Estudio descriptivo transversal; recogida de datos entre enero y febrero de 2007. Se realizó una encuesta autoadministrada y anónima, con un total de 34 preguntas que valoraban la satisfacción global y cuatro dimensiones (actividad asistencial, docente, investigadora y guardias). El grado de satisfacción se ha medido en una escala de cuatro categorías (muy insatisfecho, insatisfecho, satisfecho y muy satisfecho). Para el cálculo del porcentaje de satisfacción se consideraron los ítems "satisfecho" y "muy satisfecho". El análisis se realizó de forma global y estratificada según tipo de especialidad (médica, quirúrgica o central), año de especialidad y género. Se analizó la asociación estadística con estas variables mediante la prueba Ji cuadrado de Pearson o test de Fisher, según correspondiera. En todos los contrastes de hipótesis se asumió un error α del 5% ($p < 0,05$). El análisis se realizó con el programa SPSS 15.

Resultados: Participaron 342 residentes (85,1% de los convocados); el 52,5% pertenecían a servicios médicos, el 26,4% a quirúrgicos y el 21,1% a servicios centrales. Un 64,3% (IC95%: 59,1-69,6) se declararon satisfechos de forma global. Respecto a las diferentes dimensiones analizadas, los porcentajes de satisfacción fueron de 65,4% (IC95%: 60,3-70,7) en actividad asistencial, 53,7% (IC95%: 48,4-59,2) en actividad docente, 46,9% (IC95%: 41,4-52,2) en actividad investigadora y 73,2% (IC95%: 68,3-77,9) en guardias. El porcentaje de satisfacción global no varió significativamente entre los distintos tipos de especialidad, género o año de residencia. Sí se encontró asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción con las guardias y el tipo de especialidad (82,6% en quirúrgicos y 67,8% en médicos; $p = 0,017$) y entre el año de residencia y la actividad investigadora (52,2% en residentes de primer año y 25,1% en los de quinto año; $p = 0,044$).

Conclusiones: Más de la mitad de los residentes declararon encontrarse satisfechos de forma global. Los aspectos relacionados con menores porcentajes de satisfacción son la actividad docente e investigadora. La baja satisfacción con la actividad investigadora es significativamente más llamativa en los residentes con más años de formación. Estas conclusiones pueden servir para identificar áreas de mejora en la satisfacción de los residentes.

P-424. IMPLANTACIÓN DE LA FORMACIÓN TELEMÁTICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL

M.A. Cano Plazuelo, A.M. Campos Gordillo, I.J. Jaén Ruiz, et al

Hospital Universitario Puerto Real.

Antecedentes/Objetivos: El Servicio Andaluz de Salud ha apostado por las nuevas tecnologías y de entre ellas la formación telemática, por lo ha proporcionado las herramientas informáticas necesarias para que puedan realizar las actividades formativas telemáticas. **Objetivos:** difundir las actividades formativas telemáticas a todos los profesionales. Comunicar las actividades formativas telemáticas que deben realizar mediante canales de comunicación y con unos mensa-

jes comprensibles y concisos. Ser capaz de efectuar un seguimiento y control de la actividad de formación telemática.

Métodos: Plan de Comunicación: Definición de la población. Selección de los canales adecuados de comunicación. Redacción de un Manual de instrucciones de los cursos telemáticos. Publicación en la intranet hospitalaria del Manual. Sesiones informativas a los cargos intermedios. Diseño y publicación de carteles informativos. Ventanas emergentes en todos los ordenadores. Cartas informativas remitidas a los domicilios. Mensajes de correo electrónicos. Plan de Seguimiento: Determinación de los datos para tener una trazabilidad. Identificación de los datos disponibles en el HUPR. Confección de unos listados mensuales donde se exponen la identificación de los profesionales, categoría profesional y formación telemática a realizar y la realizada en tiempo real.

Resultados: Plan de Comunicación: 90 carteles informativos, 1.782 cartas a los profesionales, 110 manuales de instrucciones. Emisión de ventanas emergentes. Cobertura del 100% de la población objeto. Plan de Seguimiento: Para una población de 1.690 profesionales, 5.428 cuestionarios. Con ello, formado a más del 90%.

Conclusiones: La nueva herramienta no se autogestiona sino que hay que complementar la integración con la difusión e instrucción tanto a cargos intermedios como a los profesionales. Se facilita la formación de los profesionales al proporcionar una herramienta formativa accesible; interactiva, al poder consultar en el momento libremente elegido por el profesional; integradora, pues amplía el universo de la población a los disminuidos sensoriales. El Plan de Comunicación facilita e informa del uso de la nueva herramienta. La nueva herramienta proporciona un seguimiento más exhaustivo del estado de las actividades formativas a tiempo real. El seguimiento permite integrar plenamente a los cargos intermedios para planificar el resto de actividades, facilitar la asistencia de todos sus profesionales a su cargo y comunicarse con ellos en caso de incidencias de realización, calificación. La Unidad de PRL sustituye las tareas docentes por actividades de comunicación y de seguimiento.

P-425. PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN FORMACIÓN-PUESTO DE TRABAJO Y ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN LOS PROFESIONALES DEL GRUPO E

M. Vera Rodríguez, R. Cruz Torres, F. Martín Rudilla, D. Otero Sobrado, et al

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: 1. Medir la calidad percibida que tienen los empleados del AHUVM acerca de la formación continua en relación al desempeño en su puesto de trabajo. 2. Analizar cómo se distribuyen las necesidades formativas de los empleados.

Métodos: Participaron un total de 80 sujetos todos ellos empleados del AHUVM de la categoría profesional E. De éstos, 36 fueron hombres y 44 mujeres. Se empleó un cuestionario compuesto por 6 preguntas cerradas. Los datos pertenecen al plan 2007 de formación continuada.

Resultados: -El 21,62% de hombres y el 25% de mujeres perciben que los cursos realizados están muy relacionados con su puesto de trabajo. El 40,54% de hombres y el 36,36% de mujeres opinan que están bastante relacionados con su puesto. -La percepción acerca de la incidencia de estos cursos en su desempeño laboral es que influyen poco en los hombres 44,44% y mujeres 31,82%; y nada en un 22,22% en hombres y de 27,27% en mujeres. -El 58% de los sujetos tienen problemas para conciliar la formación con su trabajo, el 28% no tiene ningún problema en este aspecto y un 14% opina que es imposible conciliar ambas cuestiones. -El 72% del personal considera un factor muy importante para la actualización de sus conocimientos la formación recibida. -El 32% de los empleados ha realizado algún curso

on-line. Siendo esta modalidad más empleada por mujeres 43,18% que por hombres 17,14%. En cuanto a la valoración de las diferentes modalidades de formación encontramos los siguientes resultados: -Presencial: 73,53% Alta, 19,12% Media, 7,53% Baja. -Semipresencial: 56,9% Alta, 39,66% Media, 3,45% Baja. Online: 52,63% Alta, 28,07% Media, 19,3% Baja.

Conclusiones: La utilidad percibida de la formación nos indica que ésta se valora de forma positiva en cuanto a la relación que tiene ésta con su puesto de trabajo. No obstante los profesionales manifiestan dificultades para aplicar los conocimientos adquiridos a su puesto de trabajo. Por ello resultaría conveniente incidir durante las acciones formativas en módulos dedicados a la integración de los conocimientos en la actividad laboral. En cuanto al análisis de demanda hay un porcentaje importante de sujetos que tienen problemas para conciliar la formación con su trabajo. La mejora de la oferta de cursos online y semipresenciales, la formación en el uso de plataformas virtuales y otras medidas que fomenten la flexibilidad podrían ayudar a reducir esta incompatibilidad percibida, a la par que a mejorar la valoración y la calidad de éstas acciones formativas. Las mujeres hacen más uso de los cursos online que los hombres siendo importante fomentar el uso de las nuevas tecnologías en éstos. La mayoría de los trabajadores considera muy importante la formación para actualizar sus conocimientos.

P-426. CRONOGRAMA PARTICIPATIVO EN LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

C. Díaz Molina, E. Figueroa Murillo, C. Gallo García, J. García Rotllán, A Irastorza Aldasoro, et al

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Andalucía; Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Para dar respuesta a un nuevo programa formativo de esta especialidad se acreditó en 2006 la nueva Unidad Docente de Andalucía, con ámbito autonómico y dependencia orgánica de los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. Integró los anteriores dispositivos docentes y nuevos de Investigación y de Administración Sanitaria. Ante el gran número de dispositivos y la dispersión geográfica nos marcamos como objetivos: Garantizar una homogeneidad en la formación de los Residentes y favorecer el desarrollo de las habilidades y preferencias del Residente.

Métodos: Se han realizado sesiones de trabajo en las que han participado la Comisión Asesora de la Unidad, los Tutores y los Residentes. Se han contemplado los contenidos y tiempos marcados por el nuevo Programa: 1ª Etapa: Curso Superior en Salud Pública (9 meses) 2ª Etapa: Hospitales (12 m.) y Distritos de Atención Primaria (6 m.) 3ª Etapa: Unidades Administrativas con funciones en Salud Pública (15 m.) y Centros de investigación en Salud Pública (6 m.) Estos tiempos asignados a cada etapa son irreales, ya que hay que descontar 4 meses de vacaciones y 1 mes por días de libre disposición. Por tanto, hay que distribuir el tiempo a restar entre las distintas etapas formativas, teniendo en cuenta variables como tiempos "impuestos" y experiencias formativas.

Resultados: Se ha elaborado un Cronograma Estándar, con el valor añadido de que las distintas etapas formativas y dispositivos son considerados no como compartimentos estancos, sino como un continuo en el aprendizaje facilitador del flujo formativo entre dispositivos. Ha quedado plasmado en una herramienta de trabajo en formato Excel que contiene estas variables: datos del Residente, etapas formativas, principales contenidos de las etapas formativas, dispositivos docentes, fechas, períodos vacacionales y días de libre disposición, y actividades externas de formación. Dicho cronograma sirve de guía para que cada Residente concrete con su Tutor un Cronograma Personali-

zado, que ha de contar en última instancia con el visto bueno de la Unidad Docente. El programa en formato digital se ha distribuido a los Tutores y Residentes mediante un espacio de comunicación virtual de la Unidad Docente.

Conclusiones: La conjunción de un Cronograma Estándar, adaptado a los dispositivos docentes y al tiempo real, con unos Programas Específicos elaborados para cada una de las Etapas formativas está permitiendo alcanzar los objetivos propuestos. Se garantiza una mínima homogeneidad en la formación, pero sin renunciar al fomento de las particulares habilidades y preferencias personales estos Especialistas en formación.

PÓSTERES XXXI

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9.00 a 10:30 h

Brotes

P-427. BROTE DE SARAMPIÓN DEL DISTRITO CAMPO DE GIBRALTAR (CÁDIZ)

L.M. Rodríguez Benjumeda, M.C. Montañó Remacha, J. Nieto Vera, J.M. Mayoral Cortes, E. Jiménez Ibáñez, J.C. Molina Font, et al

Distrito Campo de Gibraltar; Distrito Bahía de Cádiz – La Janda; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; Delegación Provincial de Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: En los 3 últimos años se han producido brotes de sarampión, enfermedad vacunable de la cual se han elaborado planes estratégicos para su eliminación, en diferentes Comunidades Autónomas de España. El último se ha desarrollado en la Comarca de Campo de Gibraltar, Cádiz, en el período comprendido de febrero a julio del 2008, por una cepa no relacionada con los brotes previos nacionales, por lo que se presupondría importada. Asimismo, a partir de casos diagnosticados inicialmente como sarampión se descubre un brote paralelo de rubéola en la misma zona.

Métodos: Estudio descriptivo del brote según características de tiempo, lugar y persona analizando las variables edad, sexo, área de residencia, lugar de procedencia, fecha de inicio del exantema, manifestaciones clínicas, gravedad, estado vacunal, certeza diagnóstica, fuente de infección, colectivos implicados en la transmisión, antecedentes de viajes e intervenciones realizadas.

Resultados: El brote ha presentado una curva epidémica típica de transmisión persona a persona. Considerando a la población susceptible, según encuesta de seroprevalencia, la mayor proporción de casos se ha observado en el grupo de 31-40 años (9,88%). La incidencia más elevada se ha dado por una parte en el grupo de menores de 2 años seguido del grupo de 20-29 años, siendo la mediana de edad de los casos confirmados de 20,7 años. El 67,6% no estaban vacunados, el 21,6% con una dosis y el 4,1% con dos dosis. El municipio más afectado ha sido Algeciras con una tasa de 106×10^5 habitantes, detectándose bolsas de no vacunados en familiares en riesgo social.

Conclusiones: Los grupos más afectados son los menores de 15 meses, aún sin vacunar, y los de 20 a 40 años, con baja cobertura vacunal. Bolsas de no vacunados detectadas en familiares en riesgo social denotan fallos en la inmunidad de grupo que justifican las dimensiones del presente brote, cuyo impacto se ha podido minimizar a través de las medidas implementadas, además de explicar el brote paralelo de rubéola.

P-428. BROTE DE GASTROENTERITIS EPIDÉMICA POBLACIONAL POR TRANSMISIÓN DE PERSONA A PERSONA

M.C. Jiménez Masegosa, D. Almagro Nievas, M.J. Velasco Rodríguez, P. Guijosa Campos, A. Alonso Miranda, et al

Centro de Salud de Guadahortuna; Distrito Metropolitano de Granada. Sección de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: Los brotes epidémicos de gastroenteritis aguda (GEA) causados por Norovirus y otros virus entéricos son frecuentes a nivel mundial a lo largo de todo el año. La transmisión de la enfermedad es por exposición a fuente común (alimentos o agua) y por contacto interpersonal. Los síntomas son generalmente leves y de corta duración. El objetivo de este estudio es describir los síntomas y la investigación epidemiológica, microbiológica y ambiental de un brote epidémico de GEA ocurrido en la población de Guadahortuna (provincia de Granada) en agosto de 2008, así como analizar sus factores causales.

Métodos: Se consideró como población expuesta a todos los residentes de Guadahortuna (2.154 personas). El periodo epidémico abarcó desde el 11 al 25 del mes de agosto. Mediante encuesta epidemiológica se recogieron las variables independientes de persona (edad, género, sintomatología, consumo de agua de grifo, de fuentes no conectadas a la red y/o de agua envasada), tiempo (día de inicio de síntomas) y lugar (familia y domicilio). Se realizó un estudio descriptivo de los casos y de casos-controles. Se utilizó el test de hipótesis chi-cuadrado y el cálculo de OR ajustada y cruda (IC 95%) mediante análisis de regresión logística.

Resultados: El total de casos notificados fue de 52. Los síntomas más importantes fueron vómitos, diarrea y dolor abdominal. El periodo de incubación mediano fue de 72 horas. Hubo casos repartidos por toda la población. La curva epidémica reflejó una transmisión de persona a persona. La edad media de los casos fue significativamente menor que la de los controles (23,14 años vs 41,53 años; $p < 0,001$). Los análisis físico-químicos y microbiológicos realizados en el agua de consumo de la localidad presentaron resultados dentro de los límites permitidos por la legislación. Los coprocultivos fueron negativos a bacterias enteropatógenas y un caso fue positivo para Norovirus. Como factor de riesgo para la enfermedad se encontró la presencia de antecedentes familiares de GEA (OR ajustada = 3,9; IC 95% [1,3-11,8]).

Conclusiones: El análisis descriptivo realizado (sintomatología, curva epidémica, análisis del agua de consumo humano) junto a estudio caso-control permiten considerar en el brote de GEA de Guadahortuna un mecanismo de transmisión de persona a persona. La detección de Norovirus en las heces de un caso confirma dichos resultados epidemiológicos.

P-429. TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS EN ESTABLECIMIENTOS DE RESTAURACIÓN: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CONTROL OFICIAL

C. Aranda Ramírez, J.C. Rey Arrans, A. Linares Miguel, D. Almagro Nievas, F. Vinuesa Ruiz, M.A. Montes Sánchez, M. Peralta Aguilar, et al

Distrito Sanitario Metropolitano de Granada; Distrito Sur, Granada; Distrito Nordeste., Granada, SAS.

Antecedentes/Objetivos: Los procesos de elaboración (refrigeración insuficiente, contaminación cruzada en la cocina, etc.) se citan entre los principales factores contribuyentes a la aparición de toxiinfecciones. Es por ello, que, durante la investigación de una toxiinfección, una correcta comprobación de los procesos llevados a cabo facilita la determinación de la causa. Los objetivos de este trabajo son obtener unas herramientas que: - Sirvan de guía para realizar com-

probaciones sobre el proceso de elaboración del alimento sospechoso de una toxiinfección en cada fase de producción. - Maximicen la eficacia de la actuación del Agente de Control Sanitario durante todas las fases del proceso de investigación.

Métodos: Mediante revisión bibliográfica sobre material escrito y revisiones de documentos en internet se han recopilado una serie de procesos de elaboración de comidas en establecimientos de restauración analizándose los considerados de mayor riesgo. A partir de éstos, se ha elaborado un listado de comprobaciones a realizar dependiendo de las prácticas llevadas a cabo. Posteriormente, se han evaluado todos los pasos a seguir por parte del Control Oficial en la investigación de toxiinfecciones. Los documentos generados se remitieron a Agentes de Control Sanitario Oficial para su revisión y pilotaje, elaborándose los documentos definitivos con las modificaciones que éstos proponían.

Resultados: - Se ha elaborado un diagrama de flujo que engloba los procesos llevados a cabo en la elaboración de comidas desde la recepción de materias hasta la gestión de residuos. - Se ha confeccionado un listado de comprobaciones y controles a realizar en el proceso de elaboración del alimento sospechoso que facilita el descubrimiento de hallazgos relacionados con los factores contribuyentes. - Se ha diseñado un protocolo de actuación del Control Oficial en el que se recoge detalladamente los pasos a seguir, sirviendo de guía y de lista de chequeo, abarcando desde los datos mínimos que debe disponer antes de iniciar la actuación hasta los documentos finales que debe generar.

Conclusiones: - Un diagrama de flujo que recoja todos los procesos involucrados en la producción de un alimento permite diseñar un listado de comprobaciones a realizar para descubrir los factores contribuyentes a la aparición de una toxiinfección. - El uso de un protocolo de actuación por parte del Agente de Control Sanitario Oficial unifica el procedimiento y mejora la eficacia de la actuación. - Para validar y determinar la mejora pretendida es necesario evaluar el protocolo diseñado una vez utilizado en distintas actuaciones.

P-430. INTOXICACIÓN POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS TRAS CONSUMO FAMILIAR DE BACALAO ADQUIRIDO EN RESTAURANTE

D. Almagro Nievas, M.A. Sánchez Rivera, E. Gámiz, M.J. Velasco Rodríguez, A. Alonso Miranda, et al

Distrito Metropolitano de Granada. Sección de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: El 6 de agosto de 2007 se comunicó por parte de familiares la existencia de casos de gastroenteritis aguda relacionados con una comida familiar celebrada el día anterior y que habían adquirido la comida una hora antes en un restaurante. Por el cuadro clínico y el periodo de incubación fijado se sospechó un brote ocasionado por *Clostridium perfringens* o *E. coli* por bacalao y/o carne con tomate. El objetivo de este estudio es describir las causas y factores predisponentes de un brote de gastroenteritis aguda dado en una comida familiar con implicación de un establecimiento de restauración.

Métodos: La definición de enfermo fue de un cuadro clínico con dolor cólico y/o diarrea y/o náuseas. La población expuesta fue de 10 comensales. Se realizó encuesta epidemiológica recogiendo variables de persona (edad, género, clínica, consumo de alimentos), lugar (municipio) y tiempo (día y hora de inicio de síntomas). El menú fue de bacalao con tomate, carne con tomate, ensalada verde, ensalada de pimientos, helado de chocolate, helado de turrón fruta, refresco/cerveza y agua. Se realizó inspección alimentaria del local y se tomaron muestras de alimentos para investigación de Aerobios mesófilos, Coliformes, *E. coli*, *Salmonella/Shigella*, *Estafilococo aureus*, *Listeria monocitogenes* y *Cl. perfringens*. Se solicitaron coprocultivos en los enfermos. El diseño de estudio fue descriptivo, con cálculo de diferencia de tasas de ataque entre alimentos.

Resultados: El total de enfermos fueron 9. La clínica fue de diarrea (94,3%) y dolor abdominal (77,4%). El periodo de incubación mediano fue de 14 horas (mínimo 12 y máximo 17). Los comensales que tomaron bacalao con tomate presentaron una mayor tasa de ataque para enfermar (diferencia de tasas del 90%). Del establecimiento adquirieron tres raciones de bacalao y una de carne, ambos con tomate. De las muestras de alimentos tomadas (bacalao con tomate, tomate cocido y bacalao) los que llevaban bacalao salieron positivos a *Clostridium perfringens*. El resultado de un coprocultivo fue negativo a bacterias enteropatógenas y positivo a *Clostridium perfringens*. En la inspección del restaurante se observaron deficiencias de limpieza, refrigeración y procedimiento que favorecieron la aparición del brote.

Conclusiones: Por la clínica, epidemiología y microbiología podemos afirmar que la causa fue el *Clostridium perfringens* presente en el bacalao con tomate, con factores de riesgo importante de contaminación. Realizar una buena encuesta epidemiológica permite plantear hipótesis fuertes en los brotes, con lo que se pueden utilizar de manera eficiente los recursos.

P-431. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO GENERADORES DE UNA INTERVENCIÓN EN SALUD PÚBLICA EN UN BROTE DE MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

M.L. Gómez Mata, M. Mariscal Ortiz, T Ureña Fernández, M.A. Bueno de la Rosa, I. Sillero Arenas, I. Cuesta Bertomeu, J.A. Gata Díaz, et al

Distrito Sanitario Jaén; Distrito Sanitario Jaén Sur; Delegación Provincial de Salud de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: El día 30/3/2008 se publica en la prensa local el incremento de contagios por molusco contagioso de varios niños que tienen como antecedente común la asistencia a entrenamientos de natación en una piscina cubierta pública. En este momento se activa el Sistema Integrado de Alerta para evitar rumores y confusión, sobre todo en los padres de los niños expuestos que asociaron los casos de patología dermatológica al estado del agua de la piscina. El objetivo es realizar el estudio epidemiológico para establecer el origen del brote, los factores condicionantes y analizar las medidas de control.

Métodos: Estudio descriptivo. Población: 30 expuestos con 4 afectados. Se han realizado encuestas epidemiológicas recogiendo variables de persona, tiempo de inicio de síntomas, síntomas, contacto con fómites (toallas u otro material), contactos con enfermos, ducha en piscina y antecedentes baños en otros lugares. Se establece definición de caso. Se realiza inspección del local. Se calculan porcentajes por variable.

Resultados: El 75% de los enfermos eran varones. La media de edad es de 9 años, con una edad máxima de 12 y mínima de 5. Del total de pacientes diagnosticados con algún tipo de patología dermatológica (10%), tras consulta en servicio de dermatología del hospital de referencia, se confirma la patología objeto de la noticia en el 3% de los casos explorados. El 50% de los casos diagnosticados de *Molluscum contagiosum* corresponde a pacientes con vínculo familiar y baño en la misma piscina. El resto de pacientes (7%) se diagnosticaron como papilomas plantares de varios meses de evolución. La inspección llevada a cabo no detectó ninguna anomalía en el agua de la piscina, ni en las instalaciones. Las medidas de control adoptadas fueron: información a padres, elaboración de un documento sobre medidas de prevención dirigido a los padres y clubs de natación, y un aumento de la vigilancia por parte de los médicos de la piscina para detección de nuevos casos.

Conclusiones: Se trata de un aumento del número de casos de molusco contagioso, debido a contacto persona a persona, sin otra causa objetivable. La actuación precisa y rápida del servicio de vigilancia epidemiológica ha sido eficaz para evitar que aparezcan nuevos casos y responder a la incertidumbre generada en la población expuesta.

Los medios de comunicación juegan un papel importante en la detección de brotes. Sería aconsejable la consulta con servicios especializados de vigilancia epidemiológica antes de lanzar una noticia para evitar alarma social y pérdida de confianza en los sistemas de prevención y protección de la salud.

P-432. SISTEMA INTEGRADO DE ALERTA EN SALUD PÚBLICA: ESTUDIO DE UN BROTE DE TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA

M.L. Gómez Mata, M. Mariscal Ortiz, I. Cuesta Bertomeu, J.A. Gata Díaz, I. Sillero Arenas, M.A. Bueno de la Rosa, et al

Distrito Sanitario Jaén; Delegación Provincial de Salud de Jaén; Distrito Sanitario Jaén Sur.

Antecedentes/Objetivos: El domingo 4 de mayo de 2008 se celebra en un restaurante, una comunión a la que acuden 68 invitados. El lunes 5 de mayo de 2008 a las 18 horas se notifica al 061 por parte del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias la atención a dos casos de gastroenteritis, que tienen como antecedente el haber asistido a la misma comunión el día anterior. La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias activa al equipo de guardia de Salud Pública de ámbito provincial, iniciándose las actuaciones protocolizadas. En la celebración se sirven dos tipos de menús: adultos y niños. Es de destacar que no se ha notificado ningún caso de gastroenteritis en niños, por lo que se descarta del estudio el menú infantil. El objetivo es realizar el estudio epidemiológico para establecer el origen del brote, los factores condicionantes y analizar las medidas de control.

Métodos: Población: 68 expuestos con 34 afectados. Estudio descriptivo y de cohortes. Se han realizado encuestas epidemiológicas recogiendo variables de persona y de alimentos ingeridos, tiempo de inicio de síntomas, síntomas y duración de la enfermedad. Se establece definición de caso. Se realiza inspección del local, y toma de muestras biológicas y de alimentos. Se calculan porcentajes por variable y riesgo relativo con intervalo de confianza al 95% para cada plato del menú.

Resultados: El 42,86% de los enfermos eran varones. La mediana para la edad es de 34, con una edad máxima de 62 y mínima de 13. El periodo de incubación fue de 2 a 19 horas. La mediana de duración de la enfermedad fue de 24 horas. El 97,14% presentaban diarrea, el 88,60% dolor abdominal y el 5,7% fiebre. El periodo de máxima incidencia fue el día 5 de Mayo (26 casos). En el análisis epidemiológico de los alimentos ingeridos destaca un RR de 26,40 (95% IC: 3,61-193,02; $p = 0,00001$) para la merluza y un RR de 8,27 (95% IC: 2,53-27,04; $p = 0,0001$) para la tarta. Los resultados de muestras biológicas son negativos para los gérmenes estudiados. Se aísla estafilococos coagulasa+ en muestra de merluza y de tarta, así como en uno de los manipuladores estudiados.

Conclusiones: El sistema de alerta epidemiológico, en cada uno de sus escalones, permite llevar a cabo una detección muy precoz del brote, y una actuación coordinada entre los diferentes actores. Se trata de un brote toxiinfección alimentaria por estafilococos coagulasa+ y vehiculizado por un manipulador de alimentos. Se recomienda una supervisión sistemática del sistema de autocontrol de la empresa con especial atención al plan de formación de los manipuladores.

P-433. SISTEMA INTEGRADO DE ALERTA EN SALUD PÚBLICA: ESTUDIO DE UN BROTE DE VARICELA EN UNA RESIDENCIA DE DISMINUIDOS PSICOFÍSICOS

M. Mariscal Ortiz, M.L. Gómez Mata, I. Sillero Arenas, T. Ureña Fernández, M.A. Bueno de la Rosa, et al

Distrito Sanitario Jaén; Delegación Provincial de Salud de Jaén; Distrito Sanitario Jaén Sur.

Antecedentes/Objetivos: La varicela es una enfermedad muy contagiosa, con una alta incidencia. En los adultos puede cursar con complicaciones graves y en los pacientes inmunodeprimidos suele ser muy grave. En el caso que se describe, el viernes 4 de julio de 2008 se informó del diagnóstico de 5 casos de varicela en la Residencia de disminuidos psicofísicos José López Barneo de Jaén. Esta residencia alberga a personas en régimen de internamiento y de salida libre. El centro cuenta con 133 residentes distribuidos en cuatro módulos. El objetivo es realizar el estudio epidemiológico para establecer el origen del brote, los factores condicionantes y analizar las medidas de control.

Métodos: El día de la comunicación, se realizó por el equipo de guardia de vigilancia epidemiológica las encuestas, se recogieron variables de edad, sexo, antecedentes de vacunación, contacto y fecha de contacto, síntomas y fecha de los primeros síntomas igualmente se recogió información sobre la ubicación de los enfermos. Se facilitó al sanitario del centro información sobre las medidas higiénico sanitarias y de aislamiento a adoptar. Dadas las características del centro se procedió a la administración de vacuna frente a la varicela y a informar sobre las medidas a adoptar tras la vacunación.

Resultados: Población: 133 residentes y 24 trabajadores expuestos con 5 afectados. La media de edad de los residentes fue de 47,7 años. El 40% de los enfermos eran varones. La media de edad fue de 42,8 años con una mediana de 42 y una edad máxima de 50 y mínima de 36. Caso índice apareció el día 17 de junio, siendo el primer caso secundario el 2 de julio y los siguientes entre el 3 y el 6 del mismo mes. Se realizó el diagnóstico de sospecha en otros 7 residentes los días 5, 6 y 7 pero no se confirmaron. Todos se alojaban en módulos diferentes al de los casos confirmados. Aparte de las vesículas, el síntoma predominante fue la fiebre. Completaron la vacunación 138 residentes y un trabajador que abarca el total de la población susceptible, dado que entre los residentes, debido a su situación fue imposible obtener información veraz sobre los antecedentes de vacunación o enfermedad.

Conclusiones: Se trata de un brote de varicela en una institución cerrada. El sistema de alerta epidemiológico, en cada uno de sus escalones, ha permitido llevar a cabo una detección muy precoz del brote, y una actuación coordinada entre los diferentes actores. Sería recomendable que en instituciones cerradas se recogieran con detenimiento los antecedentes de enfermedades infecto contagiosas, así como la historia de vacunaciones, lo que facilitaría los abordajes de los brotes de una forma más eficiente.

P-434. MANEJO DE LOS ESTUDIOS DE CONTACTOS SANITARIOS DE TUBERCULOSIS

A. Roldán, C. Salamanca, B. Suárez, A. Morillo, B. Botello, M. Conde, et al

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: La "Estrategia Alto a la Tuberculosis (TBC)" lanzada por la Organización Mundial de la Salud en 2006 centra sus metas en la detección de casos y el éxito terapéutico. Ante la sospecha de un caso de TBC hospitalario es necesario adoptar medidas de intervención inmediatas, comenzando por la notificación urgente. Objetivos: evaluar el manejo de los estudios de contactos sanitarios de TBC en un hospital de tercer nivel. Detectar debilidades y fortalezas en las intervenciones realizadas y elaborar propuestas de mejora.

Métodos: Revisión de estudios de contactos realizados por el servicio de Medicina Preventiva de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (HHUVR) entre 2006-2008 y selección de uno por su magnitud. Recogida de datos de las historias clínicas del caso (inicio síntomas, ingreso hospitalario, pruebas complementarias, notificación) y de los contactos sanitarios (número, examen de salud, vacunación/

quimioprofilaxis). Revisión del protocolo de alerta por TBC del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Andaluz (SVEA). Realización de sesión clínica multidisciplinar para detectar errores y plantear propuestas de mejora.

Resultados: Entre 2006 y 2008, fueron declarados al SVEA 155 casos de TBC hospitalizados en HHUUVR. En el caso seleccionado, 69 trabajadores fueron consideradas contactos, revisándose las 47 historias de salud laboral de los que acudieron al examen de salud y la del caso fuente. Se observó una demora de 16 días desde la sospecha clínica del caso hasta su notificación, momento en el que comienza el estudio. Fueron realizadas 36 pruebas de la tuberculina (PPD), cuatro radiografías de tórax, y prescrita quimioprofilaxis secundaria a uno de los contactos. Habiendo revisado las actuaciones realizadas y comparándolas con el protocolo del SVEA, durante la sesión clínica se objetivaron los siguientes fallos: retraso en la notificación del caso, demora en el aislamiento del paciente, selección inadecuada de contactos, realización de PPD a personal sin indicación o fuera del plazo recomendado y ausencia de lectura de alguna de ellas, retraso excesivo en la obtención de radiografías de tórax, diferentes criterios de actuación médica ante los contactos.

Conclusiones: La falta de notificación de la sospecha de TBC por los profesionales sanitarios ha provocado un retraso evitable en la activación de medidas protectoras, y ha expuesto de forma innecesaria a un elevado número de personas. Es precisa la elaboración multidisciplinar de un protocolo en los HHUUVR para evitar el excesivo gasto, tanto de tiempo como de recursos humanos y económicos ocasionados por exámenes de salud y pruebas complementarias injustificados.

P-435. BROTE DE BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS HAEMOLYTICUS MULTIRRESISTENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Gasch, R. Valencia, C. Salamanca, M. Conde, P. Irarguri, J. Aznar, et al

Servicio de Medicina Preventiva. HHUU Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: Hay descritas en la literatura agrupaciones de casos de infección nosocomial por *S. haemolyticus* multirresistente, así como situaciones de epidemia hospitalaria por este microorganismo. La fuente de transmisión más frecuente son las soluciones desinfectantes contaminadas. En julio de 2008 se aisló *S. haemolyticus* multirresistente en muestras sanguíneas de 3 pacientes hospitalizados en dos centros pertenecientes al mismo complejo hospitalario. El objetivo del estudio es describir la relación epidemiológica entre las cepas, el perfil de resistencia y los factores de riesgo asociados.

Métodos: Ante la sospecha de brote, se realizó una encuesta epidemiológica de los casos. Tras una búsqueda retrospectiva para descartar la existencia de otros casos no declarados, se definió como caso "paciente hospitalizado en cualquier centro del complejo hospitalario en el que se aísla *S. haemolyticus* multirresistente a partir del 17 de julio de 2008". Se consideró criterio de multirresistencia la resistencia al menos a metilicina, rifampicina y linezolid. Se indicó aislamiento de contacto a los pacientes. Para la caracterización de las cepas se utilizó la electroforesis en gel de campo pulsado. La sensibilidad a los antibióticos se determinó por microdilución en caldo y difusión en disco para cefoxitina.

Resultados: Los pacientes eran varones con una edad de 35, 66 y 74 años respectivamente. Fueron diagnosticados a su ingreso de hematoma intraparenquimatoso (2 de los casos) e insuficiencia respiratoria aguda. Dos de los pacientes fallecieron 6 y 11 días después del diagnóstico de bacteriemia por *S. haemolyticus*. El tercero fue dado de alta por mejoría. La distribución temporo-espacial de los casos confirmó el nexo existente entre ellos. El estudio epidemiológico permitió generar una única hipótesis de trabajo: dos de los casos podrían

haber adquirido la infección en la Unidad de Observación donde estuvieron ingresados durante 24 horas con un intervalo de tiempo de 7 días. El tercer caso podría haberla adquirido por transmisión cruzada con el paciente al que sucedió en la cama de hospitalización. Se estableció como mecanismo de transmisión más probable el cateterismo venoso central y/o el drenaje ventricular. No pudo realizarse el análisis microbiológico de los antisépticos y desinfectantes en uso, al no estar disponibles en el momento de la investigación.

Conclusiones: La investigación epidemiológica ha permitido establecer un nexo temporo-espacial entre los casos. El perfil de resistencia es idéntico para las tres cepas. Se mantiene como probable fuente de infección las soluciones antisépticas y/o desinfectantes. El estudio molecular ha permitido determinar la relación clonal entre los aislamientos.

P-436. ABORDAJE DE BROTES CONSECUTIVOS DE GASTROENTERITIS INESPECÍFICA EN UNA INSTITUCIÓN CERRADA

R. López-Márquez, M. Cortés Majó, R. Sillero Sánchez, P. Nieto Cervera, E. Torres Butrón, et al

Hospital Infanta Elena; Distrito Sanitario Sevilla; Área de Gestión Sanitaria de Osuna.

Antecedentes/Objetivos: La gastroenteritis vírica suele presentarse en instituciones cerradas en forma de brotes de inicio brusco con fase posterior de transmisión persona-persona. Para lograr su control es necesaria la colaboración entre los agentes de salud pública y los implicados en los cuidados de los internos. El objetivo es describir la intervención efectuada por personal del Distrito Sanitario ante dos brotes de gastroenteritis vírica consecutivos en una institución cerrada.

Métodos: Inspección sanitaria por técnico ambiental: evaluación y toma de muestras ambientales. Asesoramiento técnico sobre medidas higiénico-dietéticas y recogida de datos y de muestras clínicas por técnico de Epidemiología: reuniones con el personal del centro. Análisis epidemiológico: Estudio casos y controles. Ámbito y sujetos: internos y trabajadores de una residencia de ancianos. Variables: ser caso, ser residente; otras: sexo, ubicación, incontinencia, comparte habitación. Análisis estadístico: descripción con frecuencias absolutas y relativas, comparación de proporciones con test chi-cuadrado (significación estadística $p < 0,05$).

Resultados: En marzo se produjo un brote de gastroenteritis entre internos y trabajadores de una residencia de ancianos; de 274 expuestos hubo 108 afectados (39,4%). El estudio ambiental fue negativo y se aisló norovirus en muestra de heces. Desde el Distrito se realizó asesoramiento técnico. El segundo brote se produjo en agosto, con 33 casos (12,0%). El personal del Distrito reforzó las recomendaciones, y realizó inspección sanitaria y análisis epidemiológico. Entre casos y sanos no se detectaron diferencias estadísticamente significativas según sexo o ser interno/trabajador; en el grupo de residentes no se vieron diferencias significativas en cuanto a haber sido caso en el primer brote, compartir habitación o presentar incontinencia. El riesgo de enfermar fue 3,9 veces mayor entre los internos del ala sur que entre los del ala norte ($p = 0,01$). Con respecto a los residentes de la tercera planta (más válidos), los de la segunda y primera plantas presentaron un riesgo de enfermar 8 veces ($p = 0,54$) y 13,9 veces superior ($p = 0,01$), respectivamente. Al analizar ambos brotes de forma conjunta, sólo la ubicación se distribuye de forma estadísticamente diferente entre casos y sanos.

Conclusiones: Los datos apuntan a la etiología vírica con transmisión persona-persona, en la que los trabajadores podrían haber jugado un papel importante. La escasa disponibilidad de datos limita las conclusiones sobre los factores asociados a la diseminación. Además de la adquisición de cierto grado de inmunidad, la experiencia del brote previo pudo contribuir al control del segundo brote.

P-437. CRÓNICA DE UNA EPIDEMIA ANUNCIADA: RESPUESTA DE UN SISTEMA DE SALUD LOCAL A UNA EPIDEMIA DE CÓLERA

D. Cobos Muñoz, L. Monzón Llamas, S. Monge Corella, J.M. Freire Campo, et al

Médicos del Mundo; Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: El cólera es una enfermedad diarreica que sin tratamiento causa una alta mortalidad. El apoyo prestado va dirigido a controlar los brotes con tratamiento precoz y control de la transmisión. Implementado en sistemas de salud frágiles, precisan estructuras paralelas más efectivas a corto plazo. El Sistema de Salud Local (SSL) queda desprovisto de su responsabilidad, mermado en RRHH y excluido de la toma de decisiones. Médicos del Mundo (MdM) trabaja desde 2003 con la Sección Municipal de Salud (SMS) de Cacucaco (Angola) en el fortalecimiento institucional, creación de capacidades locales y dinamización de la comunidad. En el 2006 se declaró en Cacucaco una emergencia por cólera que duró 5 meses, con notificación de casos durante todo el año. En 2007, en la época de lluvias, los casos aumentaron. MdM intervino apoyando a la SMS en el control de la epidemia.

Métodos: La SMS, apoyada por MdM, inició un proceso de creación de capacidades y reorganización de RRHH: -Se aplicó la herramienta DAFO para analizar las raíces, implicaciones y posibles soluciones ante la notificación mantenida de casos y se elaboró un plan de contingencia. Se fortaleció el sistema de vigilancia epidemiológica. -Se tramitó una petición para liberar personal y materiales en caso de epidemia, así como para implementar medidas a largo plazo, como canalización de agua potable. -Se impulsaron equipos de sensibilización dependientes de la SMS. Al aumentar los casos, se creó un Comité Municipal de Crisis (CMC): alcaldía como máximo responsable, protección civil, la SMS y ejército. MdM fortaleció el liderazgo de la SMS en este Comité y ejerció una asesoría técnica sanitaria. Se construyó un nuevo Centro de Tratamiento de Cólera (CTC).

Resultados: El sistema de vigilancia epidemiológica notificó diariamente al CMC el número de casos; con el aumento de éstos, en 48 horas se puso en marcha el plan de contingencia. Se atendieron 587 pacientes. Se cloraron 1016 tanques de agua. Se hicieron 240 desinfecciones de casas y 345 de letrinas. Se entregó cloro en unas 8700 casas. No se llegó a declarar situación de emergencia. El acceso a agua potable llega actualmente a parte del municipio. Las estructuras, recursos humanos y canales de distribución de recursos estuvieron controlados por la SMS y actualmente funcionan. No hubo rotura de stock.

Conclusiones: Los SSL son los responsables naturales de velar por la salud de la comunidad y tienen capacidad para abordar y resolver de forma permanente muchos de sus problemas. Sería necesario reorientar el tipo de ayuda que se presta a los SSL y optar por apoyarlos en lugar de sustituirlos, aumentando las capacidades del propio sistema con el fin de que sean autosuficientes y la ayuda externa prescindible.

P-438. ASPECTOS CLÍNICOS DE LAS MENINGOENCEFALITIS EN ADULTOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

I. Gutiérrez-Ibarluzea, E. Arana-Arri, N. Lekerika-Royo, M. Garmendia-Zallo, D. Izagirre Díaz de Lezana, L. López-Roldán, et al

Osteba, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; Servicio de Urgencias Generales. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones representan el 5-15% de las atenciones en los servicios de urgencia hospitalarios (SUR). Las graves están representadas por la meningitis y la sepsis. La meningitis es el paradigma de enfermedad infecciosa grave y, a pesar de su

frecuencia relativamente baja, requiere un diagnóstico y tratamiento precoces, ya que el retraso en el tratamiento ensombrece el pronóstico. Nuestro objetivo era conocer las características clínicas de los pacientes adultos atendidos en el SUR con diagnóstico al alta de meningoencefalitis con el fin de establecer un protocolo de actuación.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 6 meses de duración en pacientes ingresados desde el servicio de urgencias y dados de alta con diagnóstico de meningoencefalitis. Recogida de datos mediante hoja de registro, completando sobre la historia clínica. Se realizó un estudio descriptivo de tendencia central para variables cuantitativas y tablas de frecuencia para variables cualitativas.

Resultados: Se realizaron 176 punciones lumbares. De ellas, 25 fueron meningoencefalitis. La edad media fue $46,5 \pm 17,36$ años (Rango: 14-74 años). Los motivos principales de consulta fueron: fiebre (38,4%) y cefalea (25,6%). Al ingreso el 7% presentaba fiebre, el 10% taquicardia y el 2% hipotensión. La bioquímica de líquido cefalorraquídeo (LCR) fue patológica en todos los casos. La celularidad fue de predominio linfocítico en el 56% de los casos y segmentario en el resto. La tinción de GRAM fue positiva en 2 casos. Se realizó cultivo de LCR para bacterias en todos los casos y positivo en 5 de ellos: 1 *Neisseria meningitidis*, 2 *Streptococcus pneumoniae* y 2 *Staphylococcus aureus*. Se solicitó cultivo de virus neurotrofos en LCR en 10 casos, uno de ellos positivo para varicela zóster. Durante el ingreso se realizaron serologías en 22 de los pacientes, siendo positivas en 3 casos: *Rickettsia coronii*, sífilis y varicela zóster. Todos los pacientes menos uno fueron ingresados (60% en la Unidad de Enfermedades Infecciosas y 40% requirió ingreso en UCI). Ningún paciente requirió reintegro hospitalario tras el alta, ni presentó complicaciones.

Conclusiones: La meningoencefalitis es una enfermedad que provoca alta alarma social por la afectación a poblaciones sensibles, tal y como se refleja en este estudio es una patología poco prevalente con unos resultados de morbi-mortalidad adecuados. El conocimiento de las formas de presentación de la enfermedad y su contexto pueden ayudar a identificar los signos clínicos que mejor definen la gravedad con el fin de indicar tratamientos adecuados a tiempo.

PÓSTERES XXXII

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9.00 a 10:30 h

Dependencia, salud de los mayores y cuidados

P-439. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO CON NOMBRE DE MUJER

V.A. Arrufat Gallén, et al

Fundación ATEN3U Castelló; Centro de Salud Pública Castelló, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: Dada la escasez de recursos públicos dedicados al Daño Cerebral Adquirido (DACE), a pesar del cambio de patrón epidemiológico desde finales del siglo XX, al predominio de enfermedades crónicas, y que la Esperanza de Vida de estas personas es la misma que la de su cohorte, se prepara un proyecto de Participación Comunitaria. EL DACE, denominación utilizada por las asociaciones de personas afectadas, familiares y amigos (ATEN3U, y Federación de Daño Cerebral FEDACE: <http://www.fedace.org>) comprende un conjunto de enfermedades, que incluye entre otras los Traumatismos craneoencefálicos, y los accidentes cerebrovasculares (isquémicos, hemorrágicos, tumores, abuso de drogas y causas desconocidas).

Métodos: Con la evidencia de que los cuidadores familiares (fundamentalmente cuidadoras), son quienes mejor conocen los proble-

mas socio-sanitarios a abordar para la necesaria integración de estas personas en la sociedad, se inicia la búsqueda activa de pacientes con DACE en la provincia, y en 1999 cuatro familias inician reuniones periódicas, para acordar los objetivos y redactar los estatutos de la Asociación de DACE, ATEN3U Castelló y del Centro de día que se prepara con programas específicos y profesionales especializados para atender a las personas afectadas en la provincia.

Resultados: Se inaugura el C de día con 30 plazas en 2003 gestionado por los familiares, coordinado en la atención con los Hospitales de Agudos y crónicos de la provincia. Con financiación, entre otras de la C de Bienestar Social y de Sanidad, que por primera vez en la Comunidad Valenciana financia los grupos de autoapoyo para familiares (cuidadoras). Áreas de trabajo incluidas: neuropsicología, terapia social, terapia ocupacional, rehabilitación, monitores de taller (cerámica y jardinería), auxiliar de clínica, administración, gerencia y transporte en 2007 son más de 100 personas afiliadas.

Conclusiones: Es necesaria la coordinación socio-sanitaria en la atención al DACE. La coordinación de las acciones desde Salud Pública y la priorización desde ésta de la comunicación con las asociaciones de enfermos, se considera necesaria para el éxito. La formación en gestión de calidad de la Junta de la asociación es necesaria para lograr el cumplimiento de objetivos.

P-440. COMPARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD ORAL DE DOS GRUPOS DE MAYORES DE 65 AÑOS DEL DISTRITO SANITARIO BAHÍA DE CÁDIZ

J.M. Visuerte Sánchez, C.J. Vela Cerero, R.M. Pereiro Hernández, et al
Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda.

Antecedentes/Objetivos: La utilización de servicios dentales por parte de los ancianos es menor que las de otros grupos de edad. Otras características de la utilización de servicios dentales de este grupo son: -Los hábitos de salud dentales favorables, incluyendo la utilización de servicios, disminuyen con la edad. -La actitud fatalista de los ancianos de aceptar las discapacidades y el dolor como una parte inevitable del envejecimiento, tiene un impacto negativo sobre la utilización de los servicios dentales. -La falta de percepción de sus necesidades dentales por los ancianos. Otro aspecto a destacar es la utilización de prótesis dentales de forma frecuente en los mayores de 65 años; al igual que lo son los problemas que estas ocasionan. Asimismo, también se pueden observar problemas por la no utilización de prótesis. **Objetivos:** 1.- Evaluar el estado de salud de una población institucionalizada (PI) y no institucionalizada (PNI). 2.- Detectar necesidades no satisfechas. 3.- Identificar aspectos clave que requieran mejora en la atención bucodental de estos pacientes.

Métodos: Se ha realizado un protocolo a 267 PI mayores de 65 años en diversas residencias del distrito sanitario Bahía de Cádiz-La Janda, así como a 193 PNI. El protocolo fue realizado por dos profesionales que realizaron previamente un pilotaje para poner en común los datos a reflejar. El análisis de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS 11.0.

Resultados: -Sólo el 45,6% de los PI tenían higiene oral; de los cuales el 22,5% hacían técnica de cepillado y enjuague con colutorio y el 14% sólo cepillado, frente al 52,4% de PNI que dicen realizar técnicas de cepillado y enjuague con colutorio, el 8,7% sólo cepillado y el 38,9% que no tiene ninguna práctica de higiene oral. -El 42% de los pacientes eran edéntulos totales en PI frente al 9% de los PNI. -El 26,3% de los pacientes presentaban dientes no funcionantes en PI frente al 37,6% de los PNI. -El 34,7% de los PI restantes presentaban dientes con enfermedad periodontal frente al 56,4% de los PNI. -El 96% de los PI y PNI requerían asistencia dental. -El 100% de los pacientes que presentaban prótesis requerían algún tipo de asistencia sobre la prótesis tanto PI como PNI.

Conclusiones: -Ambos grupos presentan un índice alto de mala

higiene oral, siendo más acusada en los PI. -Los PI presentan una diferencia estadísticamente significativa con respecto a los PNI con respecto al edentulismo. -El estado dental y periodontal de los PNI es peor que en el grupo de PI. -La práctica totalidad de los pacientes de ambos grupos requerían atención dental y protésica.

P-441. HOMBRES Y MUJERES CON DIFICULTAD PARA LAS AVD QUE NO RECIBEN ATENCIÓN A DOMICILIO. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS PRESENTAN?

C. Lacasa Plana, E. Sèculi Sánchez, J. Fusté Sugrañes, et al

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La atención a domicilio se trabaja en el marco del Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària, prioridad del Departamento de Salud. El objetivo es aportar información del estado de salud y la utilización de los servicios sanitarios de los hombres y mujeres de 65 o más años que tienen dificultad para hacer las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y que no han sido visitados en el domicilio durante el último año.

Métodos: Datos de la Encuesta de salud de Cataluña (ESCA)-2006, obtenidos mediante entrevista a 18.126 personas. Se ha seleccionado los hombres y mujeres de 65 o más años (hombres = 1231 y mujeres = 1720) y agrupados de acuerdo a la respuesta Sí o No a la pregunta: ¿Durante el último año, ha sido visitado por algún profesional sanitario o trabajador social en su domicilio? (Sí, n = 694, No, n = 2257). La muestra resultante se ha clasificado en dos grupos: 1) Dificultad en las AVD Sí y necesitan ayuda. 2) Dificultad en las AVD No. Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables según sexo y edad y un análisis comparativo de las variables en función del sexo. Para la significación estadística se ha aplicado la prueba de χ^2 .

Resultados: Un 35,3% de las personas NO visitadas en el domicilio tienen dificultad para las AVD (27,8% hombres, 72,2% mujeres). Los hombres tienen una media edad de 77 años y las mujeres 78. El 76% de la muestra dice que su estado de salud es regular o malo, un 24% padece obesidad. Un 14% manifiesta tener mucha ansiedad/depresión, un 64% más de 5 trastornos crónicos, un 27,1% algún accidente en el último año y un 22,1% toman 5 o más medicamentos. La media de AVD afectadas en los hombres es de 4,26 y en las mujeres de 4,33. El grado de dificultad en las AVD se sitúa entre moderada y severa (H = 1,12, M = 1,26). Un 57,8% tiene dificultad para las AVDB (básicas) y un 55% para las AVDI (instrumentales). Un 36% ha visitado urgencias y un 20,7% ha estado hospitalizado en el último año. Las mujeres son mayores, viven solas en un porcentaje más elevado y tienen en general peores valores en los indicadores de salud que los hombres. Estos padecen más sobrepeso y en mayor proporción han sido hospitalizados.

Conclusiones: Los resultados muestran que posiblemente quedan fuera de la atención a domicilio un grupo de personas con necesidades de atención. Se recomienda una actuación proactiva sobretudo en las mujeres por tener peores valores en los indicadores de salud, y en la población mayor de 80 años por tener un grado de dificultad y un número de AVD alteradas elevadas.

P-442. EL PERFIL DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA A PARTIR DEL ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DE DISCAPACIDAD DE 1999

R. Gispert, G. Clot-Razquin, A. Freitas, T. Rivero, E. Busquets, M. Ruíz-Ramos, C. Ruíz, J.M. Argimón, J Marc, et al

Departament de Salut; Fundació Institut Català de l'Envel·liment; Institut Català de la Salut; Consejería de Salud Junta de Andalucía; Institut d'Estadística de Catalunya; Servei Català de la Salut; Universitat de Lleida.

Antecedentes/Objetivos: El importante envejecimiento observado en España comportará un mayor nivel de comorbilidad, discapacidad y dependencia. El objetivo de este trabajo es estimar el perfil de la dependencia en España, a partir de la valoración del nivel de gravedad de las diferentes discapacidades padecidas por la población.

Métodos: Se utiliza la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 del INE, que incluye 36 limitaciones/discapacidades y su gravedad (de 0: ausencia a 4: no puede realizar). Se agruparon en 5 tipos (sensoriales, comunicación, movilidad, actividades vida diaria AVD y actividades instrumentales vida diaria AIVD), se calculó su gravedad media y esta se agregó en 5 niveles de dependencia. La relación de cada discapacidad con la gravedad se analizó con un análisis de correspondencias simples. El perfil de dependencia se analizó mediante correspondencias múltiples y clusters teniendo en cuenta la edad, el sexo, tipos de discapacidad y grado de dependencia.

Resultados: Se observa asociación entre la gravedad y el tipo de discapacidad (mayor gravedad en los que sufren limitaciones en las actividades de la vida diaria). Se identifican cinco grupos (de ausencia a dependencia total) que incluyen el 34,6%, el 23,5%, el 20,9%, el 17,18% y el 3,78% de la población discapacitada. La dependencia total afecta a 131.493 personas. La menor dependencia se asocia a jóvenes y edades medias, varones y discapacidades sensoriales y la mayor a mujeres, con más de 80 años y discapacidades de movilidad y AVD, AIVD.

Conclusiones: Este estudio permite estimar el perfil y la frecuencia global de la dependencia en la población general, lo que puede ser de gran utilidad para estimar los recursos necesarios para su atención.

Financiación. FIS PI 052650.

P-443. APROXIMACIÓN A LA EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES EN CATALUNYA A PARTIR DE UNA DEFINICIÓN Y MÉTODO DE MEDIDA ESTÁNDAR

R Gispert, G Clot-Razquin, A Freitas, T Rivero, M Roqué, et al

Departament de Salut Generalitat de Catalunya; Fundació Institut Català de l'Envel·liment.

Antecedentes/Objetivos: A pesar de la existencia de una definición de dependencia aceptada comúnmente a partir de la declaración del consejo de Europa, la operativización de la medida de los grados de dependencia en la población general (basada en cuestionarios y/o exámenes médicos) aún no está completamente resuelta. Este hecho comporta problemas de comparabilidad entre territorios y dentro del mismo territorio a lo largo del tiempo. Se presenta una estimación de la evolución de la dependencia en Catalunya a partir de una definición y método de cálculo único de la dependencia.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Catalunya de los años 1994, 2002 y 2006, que incorporan en su cuestionario una relación de preguntas estándar que permiten estimar la prevalencia de discapacidad. Como definición de la dependencia se utiliza el perfil identificado por los autores en un análisis de clusters previo (presentado en otra comunicación), que clasifica la población discapacitada en cinco grupos (1: ausencia -5 dependencia total) y se utiliza la distribución por edad y sexo de ese perfil como estándar de dependencia. Para estimar el número de personas dependientes en Catalunya se aplica esta distribución a la población de personas con discapacidad identificadas en la población general a partir de las encuestas de salud mencionadas.

Resultados: La prevalencia global de discapacidad en las personas mayores de 15 años en Catalunya en los tres años de estudio fue del 13,8%, del 14,15% y del 17,9%, es decir, experimentó un aumento del 30% en poco más de diez años. Según el estándar de dependencia el 3,78% de la población discapacitada eran personas con un nivel de dependencia total. De acuerdo a este estándar, el número global de personas dependientes en Cataluña ha pasado de 26.648 en 1994 a 27.797 en

el 2002 y a 40.615 en el 2006. Se presentarán las estimaciones finales según grandes grupos de dependencia de acuerdo a la estructura por edad y sexo de la población discapacitada de este período.

Conclusiones: En tanto no esté resuelto el problema de la medida de la dependencia y su comparabilidad espacio-temporal, el método presentado puede ser de utilidad puesto que permite estimar el número potencial de personas afectadas, teniendo en cuenta la estructura de edad de la población y su distribución según gravedad de la situación de dependencia, de manera comparable, aspectos fundamentales para la planificación de los recursos necesarios para su atención.

P-444. NECESIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL DE LOS MAYORES DE LA PROVINCIA DE GRANADA

M.J. Romero Romero, C. Amezcua Prieto, M.D. Martínez Bellón, E. Espigares Rodríguez, O. Moreno Abril, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada; Hospital Universitario San Cecilio; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La evolución socio-demográfica implica que los ancianos representan un colectivo poblacional creciente. El cambio de los modelos sociales y familiares se suma planteando nuevos retos asistenciales a los que deben responder las nuevas políticas sociales. Planteamos como objetivo analizar, desde un punto de vista cuantitativo, el colectivo de personas mayores en la provincia de Granada y evaluar las necesidades de institucionalización y ayudas asistenciales para dicha población.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo en el ámbito de la Provincia de Granada, utilizando como fuentes de datos los Censos de población y Encuestas del Instituto Nacional de Estadística, Base de datos del Instituto Andaluz de Estadística y del Instituto Mayores y Servicios Sociales. Los datos se han tabulado y analizado utilizando el programa Microsoft Excel.

Resultados: De acuerdo con el avance del Padrón a 1 de enero de 2008 en Granada hay un total de 70.295 mayores de 65 años, que representan un 16,03% de la población. Esto supone un índice de envejecimiento superior a la media andaluza (14,63%). Extrapolando la media nacional, el 32% de estos mayores (46.047 ancianos) tendrá alguna discapacidad, y según los datos de la Encuesta Censal al menos el 21% de los mayores viven solos (30.212), dominando siempre la soledad en el sexo femenino. Cuando se requiere asistencia son las hijas las cuidadoras principales (38,8% de los casos), seguidas por el cónyuge (esposa o esposo) en el 21,8% y el hijo varón en un 10,1% de los casos. La atención por los servicios sociales no supera el 10%.

Conclusiones: El progresivo envejecimiento de la población y la correlación directa entre el envejecimiento y la frecuencia de discapacidades de la población, son uno de los mayores problemas asistenciales a los que habrá que responder en un futuro inmediato. En el momento actual la principal respuesta a las situaciones de dependencia proviene del sistema de apoyo informal, cuidado que se acaba materializando, la mayor parte de las veces, en familiares de sexo femenino.

P-445. RECURSOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA LA TERCERA EDAD EN LA PROVINCIA DE GRANADA

M.J. Romero Romero, C. Amezcua Prieto, P. Ariza Vega, O. Moreno Abril, P. Valverde, A. Bueno Cavanillas, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada; Hospital Servicio de Medicina Preventiva. Universitario San Cecilio; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El aumento de la población anciana y los cambios experimentados en los modelos familiares han provo-

cado una importante modificación de las necesidades de asistencia social a los mayores. El objetivo planteado fue cuantificar los recursos asistenciales existentes a disposición de los mayores, su distribución y accesibilidad y evaluar la adecuación existente entre oferta y demanda.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo restringido al ámbito de la provincia de Granada. La información se recogió en primer lugar identificando los centros (Residencias, Unidades de Estancia Diurna y de Respiro Familiar a través de búsqueda en las bases de datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales y de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, el Observatorio de Mayores. La búsqueda se completó en internet (inforesidencias.com) y con la consulta de las guías telefónicas (páginas amarillas). Se elaboró un cuestionario "ad hoc" para la recogida de información en el que se incluyeron variables de titularidad y gestión de los centros, tipología, oferta de plazas y servicios, precio, años de funcionamiento, edad media y patologías más frecuentes entre los ancianos atendidos.

Resultados: Existen 73 residencias en funcionamiento, el 64% son de titularidad privada, el 24,6% privada sin fin de lucro, y el sólo el 10,9% pública. El 42,3% de las camas están financiadas con fondos públicos. El ratio de camas es de 2,9 por cada 100 mayores de 65 años. Las residencias públicas funcionan como media desde el año 1992, las privadas desde el 2002 y las privadas sin fin de lucro desde 1952. Hay 394 plazas en pisos tutelados. La demencia, y más concretamente el Alzheimer, es la patología más dominante. Los precios oscilan entre el 75% y el 80% de la pensión para las plazas públicas, en las privadas 1.250 euros/mes de media para válidos y 1.615 y para asistidos. Existen 83 plazas de respiro familiar repartidas en 13 centros y 49 Unidades de Estancia Diurna que ofertan 1.362 plazas, en su mayoría en la Capital y aproximadamente un 50% de las plazas están financiadas con fondos públicos. El índice de cobertura de las U.E.D. es de 1,01%.

Conclusiones: La cobertura de los recursos sociales para los cuidados de larga duración no es suficiente para las necesidades que el momento actual plantea población de la tercera edad. La oferta privada no es accesible para muchos mayores dependientes.

P-446. GÉNERO Y DESIGUALDAD EN EL CUIDADO INFORMAL A LA SALUD

M. del Río Lozano, M.M. García Calvente, I. Mateo Rodríguez, G. Maroto Navarro, A.P. Eguiguren, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Antecedentes/Objetivos: El interés por el cuidado informal resurge al tiempo que la atención a las personas dependientes se sitúa en el centro del debate sobre políticas de bienestar. Las mujeres, con empleo o sin él, asumen mayoritariamente la responsabilidad de cuidar y pagan el elevado coste que esto supone para su calidad de vida; sin embargo los hombres se están incorporando al trabajo reproductivo a un ritmo mucho más lento. Este trabajo pretende evidenciar las desigualdades de género en el cuidado informal, analizando las diferencias de participación en el cuidado entre mujeres y hombres y su relación con características sociales y otros indicadores de roles reproductivos.

Métodos: A partir de los datos de la Encuesta Andaluza de Salud 1999 en población adulta residente en Andalucía (3.241 mujeres, 3.243 hombres), se realizó un análisis descriptivo de las variables de cuidados (convivencia con personas dependientes, participación en los cuidados, cuidar sin ayuda) según sexo, edad y tipo de persona dependiente. Se midió la asociación entre participación en los cuidados y variables de posición social (nivel educativo, clase social, situación laboral) y de roles reproductivos (situación marital, número de

miembros del hogar) mediante el cálculo de ORs (IC 95%) ajustadas por edad y estratificadas por sexo.

Resultados: Las mujeres cuidaron de las personas con las que convivían con mucha mayor frecuencia que los hombres (61% vs 30%) y lo hacían sin ayuda en un porcentaje muy superior al de los varones (64% vs 16%). La brecha de género en la participación en los cuidados fue máxima en el grupo de 35-44 años y mínima en mayores de 75. La diferencia fue mayor en el caso de la atención a menores, seguido del cuidado de personas con discapacidad y por último en el de personas mayores. Ajustando por edad, las mujeres que participaron más en los cuidados tenían estudios primarios, trabajaban sólo en el hogar y estaban casadas o anteriormente casadas. Sin embargo, en el caso de los hombres fueron los universitarios, con trabajo remunerado, y casados o anteriormente casados.

Conclusiones: Los resultados ratifican la magnitud de las desigualdades entre hombres y mujeres en el cuidado informal, e indican que la brecha de género varía en función de la edad y otras características. El perfil de las personas que cuidan difiere en mujeres y hombres en función de su posición social, indicado por el nivel educativo o la situación laboral. Las medidas de atención a las personas dependientes no pueden ser ciegas al género si quieren contribuir a disminuir las desigualdades existentes en el cuidado informal.

Financiación. Proyecto "Desigualdades de género en la salud y utilización de servicios sanitarios de la población adulta de Andalucía" (Exp. 01/257) financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

P-447. IMPACTO DEL CUIDADO INFORMAL SOBRE LA SALUD PERCIBIDA DE HOMBRES Y MUJERES EN EDAD ACTIVA DE ANDALUCÍA

M.M. García Calvente, M. del Río Lozano, A.P. Eguiguren, I. Mateo Rodríguez, G. Maroto Navarro, R. Ocaña Riola, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Antecedentes/Objetivos: Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que cuidar supone un riesgo para la salud; pero la evidencia no es concluyente acerca de las diferencias de género en el impacto en salud. Este trabajo pretende analizar las diferencias en el impacto del cuidado informal sobre la salud percibida de la población andaluza en edad activa, según sexo y clase social, y su relación con otros indicadores de roles reproductivos y posición social.

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra poblacional de personas entre 25-64 años (2.036 mujeres; 2.054 hombres) a partir de los datos de la Encuesta Andaluza de Salud 1999. Se calcularon OR ajustadas por edad y estratificadas por sexo para medir la asociación de variables de cuidado informal y otras socio-estructurales (edad, estudios, empleo, clase ocupacional, apoyo social, situación marital, tamaño del hogar) con el estado de salud percibida, medido con el cuestionario SF-36. Se construyeron modelos de regresión logística multivariante para determinar el impacto de estas variables sobre la percepción de salud, diferenciados por sexo y clase ocupacional (manual y no manual).

Resultados: El análisis multivariante mostró diferentes efectos de las variables analizadas sobre la salud percibida según sexo y clase social. La participación en los cuidados no se asoció a mala salud percibida en hombres de ninguna clase social, mientras que sí supuso un riesgo para las mujeres de clase manual, tanto si contaban con ayuda (OR = 2,67; IC = 1,29-5,54) como si no (OR = 1,43; IC = 0,97-2,12). Haber estado casadas anteriormente (OR = 2,18; IC = 1,17-4,03) y no tener trabajo remunerado (OR = 1,64; IC = 1,13-2,36) también se asociaron a peor salud en las de clase manual, mientras que en mujeres de clase privilegiada un bajo nivel de estudios fue el único factor de riesgo. Los hombres con menor nivel de estudios y sin trabajo remunerado mostraron peor salud en ambas clases sociales; vivir solo o

en hogares de más de 2 personas supuso mayor riesgo de mala salud únicamente para los de clase manual. El apoyo social actuó como factor protector tanto en hombres como en mujeres.

Conclusiones: Nuestros resultados indican que el impacto de cuidar sobre la salud percibida sigue patrones diferenciados por género y clase social, y supone un factor de riesgo para la salud de las mujeres de clases desfavorecidas. Las diferencias de percepción de salud entre mujeres y hombres pueden ser mejor explicadas si tenemos en cuenta la interrelación entre las desigualdades de género en posición social y en distribución de roles reproductivos.

Financiación. Financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Exp. 01/257) y por el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (Exp. PI061491).

P-448. CUIDADOS PALIATIVOS. EXPECTATIVAS DE CUIDADORAS INFORMALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

N. García Toyos, P. Ruiz Román, M. Escudero Carretero, R. Cía Ramos, A. Fernández López, R. Sanz Amores, M.A. Prieto Rodríguez, E. Fernández García, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. SAS; D.G. de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Se ha puesto en marcha el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, 2008-2012. Los C.P. introducen aspectos innovadores en el modelo de atención, en la organización sanitaria y en los aspectos éticos. Responden al modelo centrado en pacientes y familiares. Por tanto, resulta imprescindible conocer su experiencia y necesidades, para desarrollar el Plan de la forma más eficaz: dimensionando recursos y aumentando la satisfacción de pacientes/familiares y profesionales. Objetivo: conocer la valoración que cuidadoras informales hacen de los servicios sanitarios y sus expectativas sobre estos y el Plan de CP.

Métodos: Estudio cualitativo a través de talleres donde se utilizaron dos técnicas: grupo focal y nominal. Participaron 45 personas que durante los últimos 6 meses habían cuidado a un familiar en CP. Las características diferenciales fueron: sexo, lugar de residencia, relación de parentesco y tipo de patología. Se realizaron 6 talleres de unas 3 horas, en Sevilla, Huelva, Cádiz, Córdoba, Granada y Málaga. Análisis de contenido.

Resultados: Las cuidadoras participantes valoran el trato profesional cercano, amable y comprensivo que reciben en las UCP. Esperan que estos/as profesionales dominen las técnicas específicas de CP. Manifiestan su expectativa de que profesionales de otros servicios tengan actitudes similares a las de paliativistas. La interdisciplinariedad y la personalización de la atención son dos valores altamente estimados. Demandan coordinación entre servicios sanitarios y socio-comunitarios y el fomento de la investigación, centrada en el impacto que tiene para las familias asumir los cuidados. Opinan que se debería investigar más sobre los cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas. Informan de la necesidad de conseguir una mayor competencia profesional y una formación "emocional" en profesionales de manera que empaticen con su situación. Unánime la expectativa de las cuidadoras de formarse en técnicas necesarias para el cuidado. En el apoyo a la toma de decisiones, desean desempeñar un rol activo. Se observa una falta de conocimiento de las Voluntades Vitales Anticipadas. Las expectativas priorizadas sobre atención sanitaria se relacionan con la mejora en el acceso a las UCP, el trato prioritario en otras especialidades y el diagnóstico rápido y acertado.

Conclusiones: Las cuidadoras sufren desgaste físico, emocional, social y económico que el sistema sanitario puede prevenir y aminorar. Es preciso profundizar en formación, apoyo que reciben y cuidar el impacto en la calidad de vida de pacientes y sus familias.

P-449. EFECTIVIDAD DE UN MODELO DE GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

J.M. Morales Asencio, E. Gonzalo Jiménez, M. Celdrán Mañas, F.J. Martín Santos, J.C. Morilla Herrera, A. Millán Carrasco, I. Toral López, A. Rivas Campos, C. Bonill de las Nieves, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Distrito Sanitario Málaga; Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: En un contexto de incremento de la demanda y complejidad de la atención domiciliaria, la gestión de casos aparece como una estrategia prometedora para mejorar los resultados de esta modalidad de atención. El objetivo del estudio fue determinar la efectividad de un nuevo modelo de gestión de casos incorporado a la atención domiciliaria (AD) en Andalucía.

Métodos: Estudio cuasi-experimental no aleatorizado, multicéntrico, con grupo control concurrente, realizado entre 2003 y 2006 en los Distritos de Málaga, Almería, Granada y Costa del Sol. Se comparaba el modelo convencional de AD frente a un nuevo modelo que incorporaba la gestión de casos guiada por enfermeras. Sujetos de estudio: pacientes de nueva inclusión en los servicios de AD (pacientes inmovilizados, dados de alta del hospital y terminales) así como sus cuidadoras. La muestra fue de 463 sujetos. Los datos se recogieron "ad hoc" en el grupo intervención (GI) y mediante encuesta telefónica en el grupo control (GC). Las variables de resultado fueron: capacidad funcional, satisfacción, utilización de servicios sanitarios y sobrecarga de cuidadoras. Se realizó análisis bivariante y multivariante, mediante regresión múltiple y logística.

Resultados: Las diferencias basales en capacidad funcional, inicialmente más baja en los pacientes del GI (RR: 2,09, $p = 0,002$) desaparecieron a los 6 meses en el subgrupo de inmovilizados (RR: 1,60, $p = 0,227$) y a los dos meses en el de pacientes dados de alta hospitalaria. A los 12 meses se detectaron importantes mejoras en la sobrecarga basal de las cuidadoras del GI (Test de Zarit basal: 57,06 vs 60,50, $p = 0,264$) (test de Zarit a los 12 meses: 49,32 vs 66,07, $p = 0,001$) Los pacientes del GI tuvieron más intervenciones de fisioterapia (6,29 vs 2,29, $p = 0,0001$) y precisaron menos visitas domiciliarias (9,00 IC95%: 7,57-10,43 vs 12,14 IC95%: 9,29-15,00), mostrando mayor satisfacción que en el grupo control (GC) (16,88, rango: 0-21, vs 14,65, $p = 0,001$). Las cuidadoras del GI frecuentaron menos el Centro de Salud (7,19 visitas vs 25,52, $p = 0,0001$).

Conclusiones: Un servicio de atención domiciliaria que incorpora gestión de casos guiada por enfermeras mejora la accesibilidad de los pacientes y cuidadores a los servicios y recursos sanitarios e influye de forma positiva en el estado funcional y en la sobrecarga de las cuidadoras, con un incremento de la satisfacción.

Financiación. Consejería de Salud (Exp. 134/02), FIS (PI0311611).

P-450. DEMANDAS DE LAS CUIDADORAS FAMILIARES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

M. Celdrán Mañas, C. Bonill de las Nieves, C. Hueso Montoro, E. Gonzalo Jiménez, M. Cuevas Fernández-Gallego, F.J. Martín Santos, J.C. Morilla Herrera, J.M. Morales Asencio, A. Millán Carrasco, et al

Escuela Andaluza de salud Pública; Distrito Sanitario Málaga.

Antecedentes/Objetivos: Diferentes factores han hecho que aumente la carga soportada por el sistema "informal" de cuidados, carga que tiene un impacto importante en la salud física y psicológica, el trabajo, las relaciones sociales y, en general, la calidad de vida de las cuidadoras familiares. Esta carga puede verse paliada si las políticas de los servicios formales de atención se orientan a apoyar a estas personas considerándolas como clientes, con necesidades específicas, más que como recursos a utilizar para el cuidado de personas dependientes. En Andalucía, a través del Plan de Apoyo a la Familia

de 2002, se viene trabajando en esa línea; en la cual las enfermeras de familia (EF) y las gestoras de casos en atención domiciliaria (EGC) constituyen un eslabón fundamental para hacer operativas las políticas. El objetivo de esta comunicación es explorar las demandas de las cuidadoras y la relación que establecen con el sistema, en el marco de la atención domiciliaria.

Métodos: Estudio cualitativo descriptivo de corte etnográfico. Los datos fueron recogidos mediante observación participante. La muestra incluye 46 observaciones de visitas domiciliarias a pacientes que reciben cuidados domiciliarios y a sus cuidadoras. Los sujetos de estudio fueron cuidadoras de pacientes inmovilizados, pacientes con necesidades de cuidados tras el alta hospitalaria, o pacientes terminales, que recibieron visitas domiciliarias de EF y EGC de los distritos de Granada y Málaga. Se ha realizado un análisis de contenido a nivel semántico de las descripciones detalladas de las observaciones. Las categorías y dimensiones emergieron a través de un proceso inductivo.

Resultados: Las demandas realizadas a las enfermeras de familia y de enlace pueden agruparse en torno a 5 categorías: 1. Consejos sobre cuidados y síntomas clínicos de las personas atendidas; 2. Asesoramiento para la organización del cuidado dentro del hogar; 3. Escucha y apoyo emocional; 4. Acceso y gestión de ayudas (técnicas y de servicios de atención personal); 5. Intermediación con otros proveedores del sistema de salud. Las cuidadoras atribuyen papeles diferentes a las EF, y a las EGC; la demanda hacia estas últimas se relaciona con las cinco categorías citadas mientras que las solicitudes a las primeras se centran sólo en el cuidado directo.

Conclusiones: La demanda de las cuidadoras en la atención domiciliaria se centra en aspectos relacionados con la persona necesitada de cuidados. Los datos de la observación indican que las cuidadoras se ven a sí mismas como responsables del cuidado de su familiar y no como sujetos de atención.

Financiación. FIS (PI071243), Consejería de Salud (0022/2006).

P-451. FRACTURA DE CADERA Y DEPENDENCIA FUNCIONAL

P. Ariza Vega, R. Olmedo Requena, M.J. Romero Romero, R. Madrigal Cueto, F.J. Lozano Rodríguez, J.J. Jiménez Moleón, et al

Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Hospital Neurotraumatológico. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: La fractura de cadera constituye un importante problema de salud pública y es causa frecuente de dependencia funcional. La identificación de los mecanismos que favorecen la recuperación funcional implica conocer en primer lugar el grado de pérdida de independencia que conlleva una fractura de cadera, objetivo principal del presente estudio.

Métodos: Diseño: estudio de Cohortes. Ámbito: Área de referencia del Hospital Neurotraumatológico de Jaén. El estudio se inicia en el año 2008 y continúa actualmente tanto en su fase de reclutamiento como de seguimiento de la población de estudio. La población de estudio la constituyen los sujetos intervenidos quirúrgicamente en el hospital de Jaén por sufrir fractura de cadera, seleccionados correlativamente según fecha de intervención y que cumplen los siguientes criterios de selección: edad igual o superior a 65 años, no padecer enfermedad terminal, no padecer ni deterioro cognitivo ni trastorno mental grave. El nivel de independencia funcional se mide de forma retrospectiva para antes de la fractura y de forma prospectiva a la sedestación del sujeto después de la intervención, al mes, a los 3 y 6 meses. El nivel de funcionalidad se valora mediante la Medida de la Independencia Funcional (MIF). La pérdida de independencia funcional se mide como la diferencia entre el nivel de funcionalidad previo a la fractura y posterior a la intervención quirúrgica. La recogida de información se realiza mediante entrevista estructurada al paciente y al cuidador principal y consulta de la Historia Clínica.

Resultados: La edad media es de 81 años (DE 5,9) con un mínimo de 72 y máximo de 97 años. El 76,2% son mujeres. El 80,9% vivían en su propio domicilio. Tras la fractura de cadera el porcentaje de pacientes que continúan viviendo solos en su propio domicilio es del 4,8%. De no estar ningún paciente institucionalizado antes de la fractura, el 14,3% son institucionalizados. La puntuación media del MIF es de 96,4 (DE 20,9) antes de la fractura y de 43,3 (DE 18,1) después de la fractura. La media de la pérdida de funcionalidad de los pacientes es de un 44%(DE 17,3), siendo las transferencias las más afectadas (65% de pérdida), seguidas de la locomoción (63%) y la independencia en el cuidado personal (51%).

Conclusiones: La fractura de cadera supone una importante pérdida del nivel de funcionalidad en pacientes ancianos. La pérdida de funcionalidad afecta a las áreas de las transferencias, la locomoción y el cuidado personal principalmente, lo que debería considerarse a la hora de planificar la recuperación de estos pacientes.

P-452. VARIACIONES EN LA FRECUENTACIÓN A URGENCIAS EN MAYORES DE 65 AÑOS Y SU RELACIÓN CON LA ACCESIBILIDAD Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

M.M. Rodríguez del Águila, F. Rivas-Ruiz, M. Expósito-Ruiz, S. Pérez-Vicente, A.R. González-Ramírez, P. Garrido-Fernández, et al

Hospital Virgen de las Nieves Granada; Hospital Costa del Sol Marbella; Fundación FIBAO.

Antecedentes/Objetivos: En la población española aún existen grandes diferencias económicas, sociales, de salud y de uso de los recursos sanitarios, existiendo una estrecha relación entre ellas. La accesibilidad espacial es uno de los factores que se proponen como posible factor de variabilidad, observando que zonas geográficas con mayor densidad de población y mejor red de comunicaciones tienen un mayor volumen de visitas urgentes. El objetivo fue determinar las tasas de frecuentación a urgencias en mayores de 65 años en Andalucía Oriental y su relación con la accesibilidad a servicios sanitarios y con factores sociodemográficos.

Métodos: Estudio ecológico descriptivo. Las fuentes de información fueron los registros de personas de 65 años o más contenidos en las bases de datos de urgencias de los 11 hospitales públicos de Granada, Jaén y Almería de 2005. La unidad de análisis fue la Zona Básica de Salud (ZBS). Se calcularon Tasas Estandarizadas (TE) por el método directo, tomando la agrupación en función del lugar de residencia del episodio de urgencias, ajustando por grupos quinquenales de edad y sexo. Se construyeron mapas geográficos de tasas de frecuentación y se relacionaron éstas con la accesibilidad, datos sociodemográficos y organizacionales, mediante coeficientes de correlación de Spearman (CCS) y a través de regresión lineal múltiple.

Resultados: En 2005 se registraron 208.535 urgencias hospitalarias en mayores de 65 años, con una tasa cruda de frecuentación de 62,1 por 100 habitantes (ratio hombre-mujer 1,07). Las TE fluctúan entre 28,5 (percentil 5) y 98,4 (percentil 95). El Coeficiente de Variación ponderado según población (P5-95) fue de 0,25. Se determinó una relación inversa entre las TE de utilización de urgencias hospitalarias y variables poblacionales como el porcentaje de población con nivel de instrucción bajo (CCS = -0,57) y tiempo al hospital de referencia en minutos (CCS = -0,61). En el modelo de regresión lineal, las variables explicativas fueron el logaritmo de la interacción entre el tiempo al hospital de referencia y el porcentaje de población con nivel de instrucción bajo (beta = -21,9; p < 0,001) y el % de trabajadores no cualificados (beta = 0,6; p < 0,01), explicando un 59,7% de la variabilidad total, eliminando la ZBS de Bailén por ser una observación influyente.

Conclusiones: Se determina gran variabilidad global y mayor utilización de urgencias hospitalarias en la población mayor de 65 años en aquellas ZBS más cercanas a los centros hospitalarios. Ello coinci-

de con ámbitos urbanos de mayor nivel cultural que optan por elegir los recursos hospitalarios frente a los de Atención Primaria.

Financiación. Proyecto financiado por la Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Expediente 06/296.

P-453. EL USO DEL TIEMPO QUE REALIZAN LAS MUJERES LAS CONVIERTE EN GENERADORAS DE SALUD

N. Bayo Barroso, C. García Gil, J.J. Marín López, A. Solano Parés, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: El uso del tiempo que tradicionalmente han realizado las mujeres ha contribuido al mantenimiento de la salud de la población, pues ellas han sido las encargadas de realizar tareas como la higiene del hogar, la preparación de alimentos o el cuidado de niños y niñas y personas discapacitadas. El objetivo fue constatar que la realización de estas tareas sigue recayendo principalmente en la mujer, quien no sólo realiza este trabajo en su hogar, sino que a menudo ayuda también a otros hogares.

Métodos: Los datos se extrajeron de la ampliación de la muestra (9821 personas) realizada por el IEA para Andalucía de la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003, llevada a cabo por el INE. El muestreo fue estratificado y se utilizó un factor de ponderación. Utilizando el programa estadístico SPSS v.13, se realizó un análisis descriptivo de las diferencias por género en diversos índices relacionados con las cargas de trabajo. Se midió el porcentaje de participación y el tiempo empleado en las actividades “hogar y familia” y “empleo”, y se hicieron comparaciones según la convivencia o no con niños y niñas. También se midió la ayuda prestada a otros hogares, desglosada en varios tipos de actividad.

Resultados: Se hallaron diferencias entre sexos respecto al tiempo dedicado al cuidado del hogar y la familia, con una participación del 65,6% de los varones y el 92,5% de las mujeres, que dedicaron una media (participante) de 2:09 y 5:08 horas respectivamente. Estas diferencias se reducían, pero no desaparecían, entre quienes tenían un empleo remunerado, y aumentaban cuando existían niños y niñas en el hogar. La convivencia con ellos apenas afectaba al tiempo medio empleado por los varones, mientras que en las mujeres suponía aumentarlo en algo más de una hora. El cuidado de adultos y las ayudas a otros hogares también recaían principalmente en las mujeres, siendo casi el doble el porcentaje de participación respecto a los varones. Las tareas de ayuda que realizaban más mujeres eran el mantenimiento de la casa, el cuidado de niños y niñas, la preparación de comidas y las compras. Sin embargo, a lo que dedicaban más tiempo era al cuidado de adultos.

Conclusiones: La mujer de hoy sigue conservando su tradicional rol de género como cuidadora y ama de casa, papel que intenta hacer compatible con su incorporación al mercado laboral. La ayuda recibida de otras mujeres (mayores, generalmente) puede constituir un factor de protección frente a diversos riesgos para la salud derivados de la doble jornada laboral. El cuidado de adultos es quizá la tarea donde se hace más evidente que la aportación de las mujeres a la salud de la sociedad constituye el grueso del cuidado informal, “lo que no se ve” del iceberg del sistema actual de salud.

Financiación. Instituto de Estadística de Andalucía (IEA).

P-454. ESTRATEGIAS DE PROVISIÓN DE LOS CUIDADOS INFORMALES FAMILIARES A MAYORES DEPENDIENTES EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO: UNA MIRADA DE GÉNERO

E. Ruiz-Arias, R. Casado-Mejía, F. de Llanos-Peña, J. Cortés-Gallego, R. Gabriel-García, et al

Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: En un momento de cambio social y de crisis del cuidado informal, surgen nuevas estrategias de abordajes desde los sistemas de salud y de organización de los cuidados domiciliarios desde las familias. Así el objetivo planteado es conocer el contexto del cuidado familiar y explorar las distintas formas de provisión de cuidados a mayores dependientes que desarrollan las personas cuidadoras familiares.

Métodos: Cualitativa, para conocer los discursos de las personas protagonistas, comprender vivencias, opiniones, percepciones, sentimientos. Unidad de observación: familias sevillanas con mayores dependientes. Unidades de análisis: cuidado, salud y género. Estrategias para obtener la información: revisión bibliográfica literaria y en bases de datos nacionales e internacionales, entrevistas en profundidad a cuidadoras familiares principales y profesionales de AP (6), grupo de discusión a enfermeras de AP (1). Análisis: programa informático QSRNUD*ISTVivo. Categorías: perfil persona cuidadora y cuidada. Organización del cuidado, factores en formas de cuidar. Percepción de salud.

Resultados: Búsqueda en bases de datos: 28 trabajos, que no correspondían con el objeto de estudio. Trabajo campo: Perfil personas cuidadas mayores dependientes: 70-90 años, índice Barthel: 0-20 y deterioro cognitivo importante. Perfil personas cuidadoras: Mayoría mujeres, 40-50 años, algunas abandonan el trabajo. Repercusiones negativas en la salud de la persona cuidadora a nivel físico-psicológico-social y relaciones familiares. Presente el mandato de género: se cuida por deber, costumbre social, cariño o compasión. La culpa está presente en las personas cuidadoras de distinta manera. Mejores medidas institucionales pero insuficientes. La organización de los cuidados depende del proyecto de vida de la persona cuidadora; del nivel económico y del mandato de género. Enriquecimiento por la triangulación de instrumentos metodológicos; conclusiones provisionales ya que no se ha llegado a la saturación de la información.

Conclusiones: Los hombres se van incorporando a los cuidados. Hay distintas estrategias de organizar los cuidados familiares domiciliarios a mayores dependientes en relación al proyecto vital, nivel económico y mandato de género: Asunción total de los cuidados; gestión de cuidados en convivencia y gestión de cuidados en domicilios separados. Unas protegen más que otras la salud. La culpa aparece en distinta medida. Las ofertas desde el sistema sociosanitario han mejorado, pero son insuficientes para cubrir las necesidades de cuidado.

PÓSTERES XXXIII

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9.00 a 10:30 h

Intervenciones para reducir las desigualdades en salud

P-455. EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD DE LA LEY DE BARRIOS EN LA BARCELONETA

E. Díez, M. Morteruel, L. Artazcoz, C. Borrell, M. Pasarín, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La Llei de Barris es una norma dirigida a la disminución de las desigualdades sociales en salud en barrios desfavorecidos de Cataluña. La Barceloneta es un barrio beneficiario con un Proyecto de Reforma Integral. La Agència de Salut Pública de Barcelona realiza una evaluación del impacto en salud (EIS) del proyecto. La EIS es una metodología novedosa en el estado pero no en Europa; analiza prospectivamente políticas o intervenciones en función de sus impactos potenciales en salud con el objetivo de maximizar los positivos y minimizar los negativos. Esta comunicación valora la

aplicación de las tres primeras fases de una EIS en un ayuntamiento grande.

Métodos: La EIS consta de cinco fases: a) cribado: valoración preliminar del impacto potencial de la política en la salud; b) diseño: descripción de la propuesta y creación de un grupo director; c) evaluación: que incluye la caracterización comunitaria, consulta a informantes, revisión de otras EIS y bibliografía y emisión de recomendaciones; d) toma de decisiones en función de los impactos hallados y e) monitorización del proceso. Durante 2008 se llevan a cabo las fases a) b) y c) y durante 2009 d) y e).

Resultados: Fase de cribado (marzo 2008): los responsables políticos municipales de salud y del distrito acordaron llevar a cabo la EIS al considerar que el PRI tendría impacto sobre la salud. Fase de diseño (junio 2008): se redactó el proyecto. Contempla medidas dirigidas a la mejora de viviendas, comunidades de vecinos (fachadas, escaleras, ascensores y alcantarillado), espacio público (calles, plazas, parques), equipamientos (deportivos, cívicos, sociales, centro medioambiental), actividad económica (servicios y restaurantes), participación y proyección identitaria vecinal. La Generalitat aprobó el proyecto con una financiación de 16,1 millones de euros (septiembre 2008). Se estableció un comité técnico de seguimiento con la participación de una representante de salud pública que abogó por la participación de representantes de transporte, tráfico, medio ambiente y deportes, y la inclusión explícita de la salud y el bienestar en el proyecto final. Fase de evaluación: actualmente se está caracterizando la población sociodemográfica y epidemiológicamente, colaborando en comisiones técnicas participativas y estudiando los potenciales impactos de las medidas propuestas como el incremento de la actividad física de mujeres adolescentes con la mejora de la accesibilidad a parques, el efecto de la contaminación lumínica en los trastornos de atención o la relación entre exposición al ruido e hipertensión.

Conclusiones: La EIS se puede implantar en grandes ayuntamientos españoles mediante la aplicación sistemática de las fases.

P-456. PRIMER INFORME SOBRE DESIGUALDADES Y SALUD EN ANDALUCÍA: PROCESO DE DIFUSIÓN E IMPACTO

A. Escolar-Pujolar, C. Álvarez-Dardet, L. Martínez, A. Vergara, et al

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El 7 de mayo de 2008 fue presentado en un Centro Cívico de Sevilla el Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Uno de sus objetivos era hacerlo visible ante la sociedad civil, medios de comunicación, instituciones, partidos políticos, sindicatos y comunidad científica.

Métodos: Se diseñó una estrategia de difusión basada en 5 puntos: 1) Construcción de un lugar web; 2) Comunicación a listas de distribución sobre equidad y salud la realización y forma de acceso al Informe; 3) Identificación de instituciones, ONG,s, organismos y personas que pudieran ser potenciales receptores y difusores del mismo. Invitación al Acto de Presentación e información del lugar web; 4) Contacto con medios de comunicación. Envío de notas de prensa-resumen del Informe; 5) Contacto con representantes de partidos políticos. Entrevistas y envió de correos electrónicos a representantes de partidos políticos.

Resultados: Entre el 07/05/2008 y el 09/10/2008 (155 días) el lugar web tuvo un total de 1.834 visitas procedentes de 35 países. A España correspondió el 79% del total de visitas, procedentes de 65 ciudades, Sevilla, Madrid y Barcelona acumularon el 57% de las mismas. El mayor ámbito internacional de acceso fueron los países latinoamericanos. México, Argentina y Colombia, un 40% de las visitas. Al acto de presentación acudieron 192 personas de Consejerías de la Junta de Andalucía; universidades; partidos políticos, sindicatos, ONGs y personas a título individual. A todos los se les entregó un ejemplar gratuito. Los medios de comunicación escritos más importantes (El País; El Mun-

do; ABC; etc.) incluyeron la noticia de la publicación del Informe con comentarios sobre sus resultados y recomendaciones. Se realizaron entrevistas en prensa escrita al relator del Informe. Radios y TV de ámbito autonómico y local emitieron entrevistas. Se realizaron 6 actos de presentación ante asociaciones de la sociedad civil. Los contactos con representantes de partidos políticos culminaron con la comparecencia en la Comisión de Salud del Parlamento de Andalucía.

Conclusiones: El intenso trabajo de difusión permitió su inclusión en las agendas de medios de comunicación y de los principales actores sociopolíticos de la sociedad andaluza. La movilización fuera del ámbito estrictamente académico hace más probable que las recomendaciones recogidas en el Informe sean conocidas y tenidas en cuenta. El esfuerzo dedicado a la difusión de un Informe sobre Desigualdades y Salud es clave para romper la habitual invisibilidad de las relaciones entre determinantes sociales y salud.

P-457. LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS DE LOS BARRIOS, CLAVE EN LA PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE SEVILLA

J. Sánchez, J.M. Capitán, A.B. Gallego, M.A. García, R. Muñoz, A.M. Rueda, L. Ruiz, M.A. Valverde, G. Garrucho, et al

Observatorio de la Salud; Delegación de Salud y Consumo; Ayuntamiento de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: El diagnóstico de salud de la ciudad de Sevilla, realizado por el Servicio de Salud del Ayuntamiento en los últimos años, y base del actual Plan de Salud Municipal, ha confirmado la existencia de desigualdades en salud entre diversas zonas de la ciudad. Uno de los principales determinantes de esta situación son las desigualdades socioeconómicas. Nuestro objetivo es cuantificar el nivel socioeconómico de cada barrio e incorporarlo en la planificación de las actividades de promoción de la Salud en nuestra ciudad.

Métodos: Establecemos para cada barrio un Índice Sintético de Nivel Socioeconómico (ISNSE) calculado en base a los datos del censo de población y vivienda de 2001. Este índice, que presenta 5 niveles, permite resumir en una sola puntuación la información aportada por las variables socioeconómicas consideradas: porcentaje de personas con bajo nivel de instrucción, porcentaje de personas en paro, y porcentaje de trabajadores no cualificados. Esta clasificación de los barrios nos proporciona un criterio objetivo de priorización de las actividades de promoción de la salud, en especial aquellas que no puedan tener total cobertura por falta de recursos. Por otro lado, esta información permite incluir las desigualdades sociales y de salud en la evaluación de las acciones realizadas.

Resultados: La ciudad de Sevilla se divide en 106 barrios, distribuidos de acuerdo al ISNSE de la siguiente forma: 21 en el nivel 1 (el más alto), 23 en el nivel 2, 20 en el nivel 3, 21 en el nivel 4, y 21 en el nivel 5. La representación gráfica de esta información permite visualizar fácilmente la distribución de desigualdades socioeconómicas entre los barrios de la ciudad. El 20% de los 186 colegios de educación infantil y primaria en los que se desarrollan actividades de promoción de la salud pertenecen a barrios del nivel más bajo. Para el curso 2008/09 se han programado diversas actividades atendiendo a la clasificación por ISNSE: Desayuno saludable en los colegios, talleres de promoción de la salud para mayores y adultos, teatro para jóvenes y formación de mediadores juveniles.

Conclusiones: La inclusión de las desigualdades socioeconómicas en la planificación de las actividades de salud pública resulta una estrategia esencial para distribuir los recursos y asegurar la cobertura en aquellas zonas más desfavorecidas. Sin embargo, son muchos los determinantes de las desigualdades sociales y de salud, por lo que debemos seguir avanzando en la identificación de estos factores y en su consideración en cualquier política de salud.

P-458. PROYECTO DE SALUD EN UN BARRIO DE LA CIUDAD DE LLEIDA. UN INSTRUMENTO PARA DISMINUIR DESIGUALDADES EN SALUD

S. Barranco Tomás, D. Capdevila Vila, P. Morón Taberner, I. Mayoral Masana, M. Miret Montané, et al

Catsalut Región Sanitaria Lleida; Institut Català de la Salut; Ayuntamiento de Lleida.

Antecedentes/Objetivos: El año 2004 fué aprobada la Ley de mejora de barrios por parte del Govern de la Generalitat de Catalunya. Se consideran áreas prioritarias de actuación aquellos barrios que padecen un proceso de regresión urbanística, sobreenvjecimiento, movimientos migratorios, o problemas socioeconómicos persistentes. El Departament de Salut, en 2005, concretó su prioridad de actuar en estos barrios, introduciendo el elemento salud para la mejora de las condiciones de vida de las personas. El objetivo del Programa de Salud en los Barrios es facilitar los mecanismos de cooperación del Departament de Salut con los ayuntamientos en los temas relativos a la salud pública: promoción, prevención de la salud, equipamientos y otros que pudieran mejorar la calidad de vida de las personas.

Métodos: Se constituye un equipo local de trabajo para poner en marcha el proceso, aglutinar los resultados y asegurar la continuidad del trabajo conjunto. El primer barrio elegido fue Mariola, de la ciudad de Lleida. El grupo nominal es el que, según la metodología cualitativa, define e identifica la realidad objeto del Proyecto. Está constituido por profesionales asistenciales del barrio, servicios sociales de atención primaria, etc. La elaboración del Proyecto de salud del barrio a partir del conocimiento y sugerencias de los profesionales que trabajan directamente con la población es un mecanismo de planificación participada, novedoso en nuestro sistema de salud. El Proyecto de salud tiene las siguientes partes: información sobre la estructura social de la población, estado de salud y problemas detectados; objetivos de salud; actividades y sistema de evaluación. Además, se priorizó la construcción de un Centro de Salud que es el nexo de las iniciativas consensuadas por el grupo nominal.

Resultados: Los resultados se refieren a las actividades desarrolladas después de detectar los problemas de salud más prevalentes sentidos por los profesionales y priorizar los recursos que se podían destinar a paliarlos. 1. Programa Nereu de prescripción de ejercicio físico y alimentación saludable para niños/as con sobrepeso. Intervención en 15 jóvenes y familias durante 9 meses. 2. Deshabitación tabáquica gratuita. 3. Revisión de menús escolares. 4. Colaboración en talleres de promoción social del Ayuntamiento. 5. Formación de profesionales de la salud y de los servicios sociales: obesidad, malos tratos, alimentación-inmigración.

Conclusiones: Necesaria colaboración interinstitucional. Resultados positivos en todas las intervenciones. Potenciación de la salud comunitaria, trabajada conjuntamente con el Ayuntamiento. Abordaje de problemas sociosanitarios desde la atención primaria y social.

P-459. RECOMENDACIONES PARA REDUCIR DESIGUALDADES EN PROGRAMAS DE LESIONES POR TRÁFICO, EMBARAZO Y ESCUELAS

R. Peiró, R. Mas, A. Aviñó, M. Talavera, C. Fernández, X. Torremocha, J.J. Paredes, R. Suñer, et al

Centre de Salut Pública d'Alzira; Servicio de salud infantil y de la mujer (DGSP); Univ. Valencia - Facultad de Medicina; Centre de Salut Pública de València.

Antecedentes/Objetivos: La investigación científica muestra que las desigualdades en salud existen y crean enormes diferencias en mortalidad y morbilidad en la población. En España también existen pruebas de estas diferencias. Es uno de los objetivos de la estrategia

de la OMS para el año 2010 y sin embargo no se ha incorporado en los programas rutinarios de salud pública. El objetivo es describir las recomendaciones para la reducción de las desigualdades en los programas de salud del embarazo y parto, escuela y lesiones por tráfico.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía científica y de la literatura gris sobre intervenciones para la reducción de las desigualdades (de género, nivel socioeconómico, inmigración y minorías étnicas). Con los datos obtenidos, se elaboró un documento que incluía preguntas a formularse en cada una de las fases de desarrollo de un programa: descripción del problema, objetivos, intervenciones, evaluación, financiación y sistemas de información. Por ejemplo: ¿Las diferencias que muestran los datos están produciendo diferencias en salud? Así hasta un total de 22 preguntas. Este documento se mandó a un grupo de 30 personas expertas seleccionadas por su experiencia en los programas y/o en desigualdades. Cada experta tuvo que valorar y reenviar su opinión sobre las preguntas, formular nuevas y puntuar su relevancia a través de una escala likert. Posteriormente, en una sesión presencial, se presentaron los resultados, se identificaron los acuerdos en las preguntas, se reformularon y se introdujeron nuevas. El objetivo principal fue proponer casos prácticos de cada una de las preguntas para profundizar en su aplicabilidad. Se identificaron barreras y posibilidades.

Resultados: 24 personas enviaron el cuestionario y participaron en la reunión. Las preguntas tuvieron un acuerdo muy alto en el grado de relevancia. Se identificaron y propusieron casos prácticos, así como estrategias diferentes y complementarias, dirigidas a grupos con necesidades específicas u orientadas a influir sobre determinantes estructurales. Se identificaron barreras y posibilidades.

Conclusiones: Algunas de las actuaciones que podrían activarse de manera inmediata serían revisar los programas que se están llevando a cabo, planificarlos de forma intersectorial y tener en cuenta los diferentes grupos de la población en las distintas fases de los programas.

Financiación. FIS: 06/1669.

P-460. TRABAJANDO EN ASENTAMIENTOS MARGINALES: PROTOCOLO PARA EL CONTROL DE LA SARNA

E. Córdoba, E. Rodríguez Baena, M. Cisneros, M. García Barquero, S. Sánchez Buenosdías, B. Aragón, S. Agudo, M.J. Muñoz Pedregal, M. Ceinos, et al

Salud Pública Área 1. Consejería de Sanidad de Madrid; Gerencia de Atención Primaria Área 1; Iris. Madrid; CMS Vallecas Villa, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: En el área 1 de salud de la Comunidad de Madrid hay cinco asentamientos en los que viven unas 5.000 personas en importante riesgo de exclusión social. Las condiciones de pobreza, higiene deficiente, hacinamiento, malnutrición y promiscuidad sexual facilitan el contagio de la sarna y dificultan la curación. Desde hace años se trabaja coordinadamente entre las instituciones y asociaciones en temas sociosanitarios. Fruto de esta coordinación es la elaboración de este protocolo ante la necesidad de facilitar el acceso para aquellas personas que no utilizan los circuitos normalizados. El objetivo es contribuir a detectar, diagnosticar y tratar a todas las personas afectadas por la infestación y sus contactos contribuyendo al acercamiento de esta población a situaciones de normalidad social.

Métodos: Notificación, confirmación diagnóstica, búsqueda activa de casos y sus contactos, tratamiento y seguimiento hasta seis semanas después de la intervención, al igual que en la población normalizada. Todas las actividades van acompañadas de educación para la salud. El reparto de tareas está bien definido. También están definidas cómo y quién ha de facilitar la compra y administración de la medicación, las medidas higiénicas antes y después del tratamiento, la actuación sobre

la ropa interior, prendas de vestir y ropa de cama facilitando la lavandería, recogida y reparto de ropa. También incluye las instrucciones de actuación sobre otros objetos (tratamiento sobre colchones, tiendas de campaña, interior de los vehículos (cuando se utilizan para dormir) y ropa de la que no se pueda prescindir en 48 horas.

Resultados: El mes de agosto ocurrió un brote con afectación de 40 personas (enfermos y contactos). Se administró el tratamiento de forma gratuita, con las medidas higiénicas previas recomendadas, se recogió ropa y enseres para su tratamiento en una lavandería. Se vigiló durante 6 semanas.

Conclusiones: El trabajo socio sanitario con población en riesgo o en exclusión social, debe plantearse desde un punto de vista integral y en colaboración entre las instituciones y asociaciones involucrados en la atención a esta población, evitando duplicidades y agilizando actuaciones que lleguen al mayor número de personas. Cualquiera de las acciones de mejora propuestas en la atención de las personas que viven en asentamientos marginales o en poblados de tipología especial, no pretenden perpetuar esta situación, sino por el contrario contribuir al acercamiento de esta población a situaciones de normalidad social.

P-461. TRABAJANDO EN ASENTAMIENTOS MARGINALES: ACTUACIONES FRENTE A LA TUBERCULOSIS

E. Rodríguez Baena, E. Córdoba Deorador, M. Cisneros Britto, M. García Barquero, S. Sánchez Buenosdías, B. Aragón, S. Agudo, M.J. Ruiz Serrano, P. Montilla, et al

Salud Pública Área 1. Consejería de Sanidad de Madrid; Gerencia de Atención Primaria Área 1; Hospital Gregorio Marañón.

Antecedentes/Objetivos: En el área 1 de salud de la Comunidad de Madrid hay cinco asentamientos en los que viven unas 5.000 personas en exclusión social, que presenta factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad tuberculosa y mala adherencia al tratamiento. Desde hace años se trabaja coordinadamente entre las instituciones y asociaciones en temas sociosanitarios. Fruto de esta coordinación es la elaboración de este protocolo a fin de facilitar el acceso para aquellas personas que no utilizan los circuitos normalizados. El objetivo es facilitar el diagnóstico, tratamiento, estudio de contactos y adherencia al tratamiento de la enfermedad tuberculosa y para la infección latente mediante la coordinación de todos los recursos disponibles, contribuyendo al acercamiento de esta población a situaciones de normalidad social.

Métodos: El protocolo diseñado contempla la rápida sospecha, notificación, diagnóstico mediante la agilización de radiografías y microbiología con acompañamientos, estudio de los contactos, supervisión de la adherencia al tratamiento en todos los enfermos y sus contactos y el seguimiento clínico hasta la finalización del tratamiento. Todas las actividades van acompañadas de educación para la salud. El reparto de tareas está bien definido y se basa en la comunicación constante y fluida de todos implicados. También se contemplan ayudas de emergencia en caso de que el enfermo sea cabeza de familia. Los recursos utilizados son los trabajadores en la zona de la Gerencia de Atención Primaria, Ayuntamiento de Madrid, Instituto de Realjo, Agencia Antidroga, Salud Pública y como apoyo el Hospital Gregorio Marañón.

Resultados: Como resultados preliminares cuantitativos se ha mejorado el control de doce casos de enfermedad tuberculosa y sus contactos, disminuyendo la demora diagnóstica en de años anteriores. Ha mejorado también la comunicación y colaboración entre los trabajadores de instituciones y asociaciones implicadas.

Conclusiones: El trabajo socio sanitario con población en riesgo o en exclusión social, debe plantearse desde un punto de vista integral y en colaboración entre las instituciones y asociaciones involucrados en la atención a esta población, evitando duplicidades y agilizando actuaciones que lleguen al mayor número de personas. Cualquiera de las acciones de mejora propuestas en la atención de las personas que viven

en asentamientos marginales o en poblados de tipología especial, no pretenden perpetuar esta situación, sino por el contrario contribuir al acercamiento de esta población a situaciones de normalidad social.

P-462. SENSIBILIDAD A LAS DESIGUALDADES EN ALGUNOS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

R. Peiró, D. Aviñó, M. Talavera, R. Mas, M.C. Fernández, X. Torremocha, J. Paredes, R. Suñer, et al

CSP Alzira; CIBERESP. Madrid; Servicio de Salud de la Mujer. DGSP. G. Valenciana; CSP Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La reducción de las desigualdades en salud es el primer objetivo en la estrategia de la OMS para el año 2010. El objetivo de este trabajo es describir la sensibilidad a las desigualdades en salud de género, nivel socioeconómico, minorías étnicas de los programas que se llevan a cabo sobre el embarazo, las lesiones por tráfico y la salud en la escuela en las distintas CCAA.

Métodos: Se identificaron a partir de la búsqueda en las páginas Web de todas las Comunidades Autónomas los programas de salud en la escuela, lesiones por tráfico y embarazo y parto. Si no había información se contactaba con las personas responsables. Cuando no había documento descriptivo del programa se incorporaban materiales disponibles relacionados. Se diseñó una guía de lectura para detectar sensibilidad a las desigualdades basada en experiencias guías previas y de la revisión bibliográfica. Se hizo una prueba de esta guía para asegurar que permitía detectarlas y se modificó para dar cabida a la descripción de materiales de apoyo con estos objetivos. Se revisaron todos los programas con esta guía. Se realiza un análisis descriptivo en dos aspectos la existencia o no de programa escrito y si contiene la descripción, objetivos, actividades, evaluación, sistemas de información, financiación con propuestas relacionadas con las desigualdades. Por otra parte se describe si existen otros materiales, actividades o casos relacionado con las desigualdades.

Resultados: La mayoría de CCAA no tiene programas actualizados y con todos los apartados de análisis. Murcia con respecto a la salud en la escuela, Andalucía con tráfico son los programas más desarrollados que se han identificado. Los programas de embarazo y parto tienen más materiales relacionados con protocolos o guías de actuación clínica. También cuentan con más material de de apoyo como traducciones o adaptaciones de información en varios idiomas. La sensibilidad a las desigualdades en la mayoría de los programas es muy baja. Existen experiencias concretas dirigidas a colectivos vulnerables relacionados con la traducción de documentos a diferentes idiomas para mejorar el acceso a lo servicios. También se ha identificado algún proyecto demostración, o financiación dirigida a promover que se hagan actividades en la escuela en este sentido.

Conclusiones: La intervención sobre determinantes y desigualdades no se encuentra presente en la mayoría de la CCAA. Existen algunas experiencias esporádicas. Sería necesario en algunos casos replantearse los programas para trabajar sobre sus determinantes y con objetivos de reducción de desigualdades.

Financiación. FIS Exp: 06/1669.

P-463. PROGRAMA SALUD EN LOS BARRIOS: UNA OPORTUNIDAD PARA LUCHAR CONTRA LAS DESIGUALDADES EN SALUD

A. González, C. Cabezas, I. Sierra, M. Pla, A. Cardona, A. Sancho, F. Güell, A. Plasència, et al

Direcció General de Salut Pública. Departament Salut Catalunya; Càtedra Recerca Qualitativa (Fund. Dr. Robert); CatSalut. Departament Salut Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La Ley de mejora de barrios del Govern de la Generalitat de Catalunya (2004) cofinancia proyectos municipales de mejora intensiva de infraestructuras y equipamientos en barrios con población en riesgo de exclusión social. El Departamento de Salud (DS) creó a finales del 2005 el "Programa de Salud en los Barrios" con el objetivo de analizar necesidades y promover acciones para la reducción de desigualdades en salud en los barrios seleccionados. Objetivo: Descripción de los resultados del análisis de necesidades de salud realizado en 30 barrios.

Métodos: Cada barrio crea un equipo local formado por profesionales de la Dirección General de Salud Pública, el Servicio Catalán de la Salud, Entidades proveedoras y Ayuntamiento. Este equipo nombra un grupo nominal (GN) formado por profesionales de esas instituciones y entidades de tercer sector. La técnica de GN consta de las siguientes fases: a) Reflexión individual sobre determinantes de salud y problemas de salud asociados a población infantil, jóvenes, adultos, mayores, inmigrantes; b) Sesión presencial de propuesta de acciones; c) Análisis documental del proyecto urbanístico y diferentes estudios de las instituciones participantes; d) Incorporación de la visión de la población en diferentes momentos según el grado de desarrollo comunitario de cada barrio. Desde Salud Pública se ha creado una cartera de servicios específica que permite la realización de acciones diferenciales, que se completa con la intensificación y priorización de los diferentes programas del DS y Ayuntamientos.

Resultados: El perfil de los barrios incluidos es muy similar con un alto porcentaje de personas de nivel socioeconómico bajo, población inmigrada y población anciana en condiciones precarias. El análisis de necesidades mostró un perfil de problemas de salud común a los 30 barrios. En la infancia los problemas identificados se relacionaban con la alimentación (81% de los barrios), la salud mental (76%) y buco-dental (66%). En jóvenes eran los de salud mental (95%), consumo de drogas (81%) y salud sexual y reproductiva (71%). En adultos tenían relación con salud mental y reproductiva (86% ambos), seguidos por enfermedades crónicas e infecciosas (76%). En personas mayores fueron problemas de salud mental (95%), alimentación (76%) y fragilidad (71%).

Conclusiones: Los problemas de salud percibidos en los barrios son muy similares. Compartir un perfil similar de determinantes de salud se relaciona con una concentración de problemas de salud que necesitan intervenciones diferenciales e intensivas para equiparar el nivel de salud de estas poblaciones a la del resto de Cataluña.

P-464. MODELO DE INTERVENCIÓN DE SALUD PÚBLICA UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA Y COMISIONADO POLÍGONO SUR

M. Álvarez Tello, E. García Fernández, M. Jiménez López, C. González Álvarez, J. Rodríguez Estepa, G. Torrontegui Ribes, F. Domínguez García, F. Arias Silgo, A. Delgado García, et al

Distrito de AP de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Modelo de gestión basado en la coordinación entre las diferentes administraciones, participación vecinal con líneas de estrategia y programa; descentralización, flexibilidad y adaptabilidad permanente de todas las intervenciones y la existencia de un comisionado aglutinador y articulador de las políticas de las tres administraciones públicas. Objetivo general: coordinación e integración de las actuaciones de salud con el resto de programas sociales, económicos y urbanísticos. Específicos: atención preferente a la drogodependencia y adicciones. Promoción de la salubridad pública. Atención preferente a las personas en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad.

Métodos: Se ha pretendido un compromiso que transforme la realidad mediante un proceso de intercambio y de construcción colectiva, con la participación de todos los dispositivos de cinco consejerías,

creándose diferentes Mesas Técnicas de trabajo: Salud Mental, Ley de la dependencia, Mesa técnica Oliva Letanías, Mesa técnica Martínez Montañes y Mesa Murillo. Grupo de trabajo: salud-vivienda. Grupos de trabajo derivados de las mesas técnicas. Grupo de trabajo para el desarrollo de la formación del voluntariado, individuos, familia, cuidadores familiares y profesionales Abordaje integral de familias de riesgos.

Resultados: Existencia de canales de coordinación eficaces con el nivel hospitalario y con distintos dispositivos en la atención preferente a pacientes de alto riesgo de exclusión. Formación de 12 mujeres de etnia gitana como agentes de salud en la comunidad. Formación en cuidados a dependientes de 24 auxiliares de ayuda domiciliar municipal. Formación en prevención y promoción de salud a 85 alumnos de escuelas talleres, a 55 ciudadanos pertenecientes a la coordinadora de salud del barrio. Establecimiento de un programa de coordinación para derivación y atención preferente de pacientes de salud mental, especialmente niños y adolescentes. Realojo de familias en viviendas del barrio que permite su adaptación y normalización. Valoración e identificación de diagnóstico de riesgo por individuo, familia y comunidad de 80 familias. Control y seguimiento de 500 personas incluidas en el programa de metadona.

Conclusiones: Estos modelos de intervención responden a una visión integral de la realidad en las que las actividades relacionadas con la prevención y la promoción de la salud están consideradas como prioritarias y en las que se potencia el movimiento vecinal, que además de conseguir bienes y servicios para el barrio, satisface necesidades profundas de afecto, participación, identidad, creación y libertad.

PÓSTERES XXXIV

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9.00 a 10:30 h

Medioambiente y salud

P-465. CONOCIMIENTOS ACERCA DE PRODUCTOS QUÍMICOS DEL PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE PISCINAS EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERÍA

J.M. De la Fuente Nogales, S. Bo Cadena, M.I. Caparrós Jiménez, G. Romera Soler, M.D. Guerrero Haro, C. De Oña Baquero, V.M. Alfaro Dorado, R. López Domínguez, A. Cayuela Pérez, et al

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Antecedentes/Objetivos: El personal encargado del mantenimiento y tratamiento del agua de piscinas de uso colectivo, debe disponer de conocimientos relacionados con los sistemas de información, que son la etiqueta y la ficha de datos de seguridad (FDS) de los productos químicos (PQS); dicho conocimiento desde una perspectiva sanitaria es fundamental para minimizar los riesgos relacionados con la salud pública y laboral. La ley 31/95 de prevención de riesgos laborales, en su Art.18/19 nos habla de la información y formación de los trabajadores El objetivo es determinar el grado de conocimiento del personal encargado del mantenimiento del agua de las piscinas de uso colectivo sobre los sistemas de información de los PQS utilizados.

Métodos: Tipo de estudio: estudio observacional descriptivo. Población de estudio: 62 personas encargadas del mantenimiento y tratamiento del agua de piscinas de uso colectivo en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Periodo de estudio: de julio a septiembre de 2008. Fuente de información: Cuestionario elaborado por los Agentes de Control Oficial, pertenecientes al Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Método de estudio: se han pasado 62 cuestionarios

rios que constan de 9 preguntas, de las cuales 4 son tipo test con una sola respuesta verdadera (una de ellas con pictogramas), 2 preguntas de respuesta dicotómica (sí/no), y 3 para determinar el cargo, edad y nivel de estudios. Los cuestionarios han sido entregados y recogidos "in situ" tras su cumplimentación por el personal de mantenimiento de piscinas, en el transcurso de las inspecciones realizadas durante el periodo de estudio.

Resultados: La edad media de los encuestados es mayoritariamente entre 26-40 años y el nivel de estudios primarios-medios. El 74,19% del personal encuestado no conocía el significado de los pictogramas: corrosivo, explosivo y comburente; de ellos el 30,43% no disponían de la FDS. El 40,33% no conocía el significado de las frases S; de ellos el 25% no disponían de las FDS. El 90,32% conocían las precauciones para el almacenamiento de los PQS utilizados en el tratamiento del agua.

Conclusiones: De la valoración de las encuestas se deduce la falta de conocimientos por parte del personal de mantenimiento de las piscinas de uso colectivo, referente a los sistemas de información de las FDS y etiquetas de los PQS utilizados. A la vista de dichos resultados, los inspectores actuantes verificarán durante las siguientes inspecciones la tenencia y conocimientos de las FDS.

P-466. PERCEPCIÓN EN PERSONAL SANITARIO DEL RIESGO PARA LA SALUD POR CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA EN HUELVA

J.L. Gurucelain Raposo, J. Alguacil Ojeda, C. Ruiz Frutos, et al

Delegación Provincial de la Salud; Universidad de Huelva.

Antecedentes/Objetivos: El desarrollo industrial en la ciudad de Huelva desde los años sesenta se ha caracterizado por la emisión a la atmósfera de contaminantes y ha generado preocupación social. La metodología de evaluación de salud pública de la Agencia Norteamericana para las Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades (ATSDR) incluye la identificación de las principales preocupaciones de los ciudadanos relacionados con la exposición a sustancias químicas. El objetivo del estudio fue explorar la percepción de profesionales sanitarios sobre el origen de la contaminación atmosférica en Huelva y sobre el riesgo para la salud de la población general derivado de la contaminación atmosférica.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo de grupos focales. El estudio incluyó tres sesiones, cada una con un grupo de profesionales sanitarios diferente: estudiantes de enfermería, médicos de familia y técnicos de Salud Pública. El número de participantes en cada grupo osciló entre 7 y 10, con una distribución de sexos equilibrada. Se planteó el desarrollo de la sesión mediante una introducción inicial básica de los objetivos de la reunión, de los del trabajo de investigación, y se realizó una pregunta común para todos los grupos: ¿Cuál es tu opinión sobre la contaminación atmosférica en Huelva? Las sesiones tuvieron una duración máxima de dos horas y fueron transcritas para su análisis. Se separó el discurso de cada participante, se identificaron las principales variables y subvariables de contenido más relevantes, se agruparon las variables identificadas, y se analizó el contenido con respecto de cada grupo focal.

Resultados: Los tres grupos coincidieron en identificar al "Polo químico" de Huelva como el principal generador de la contaminación atmosférica. Otros puntos de coincidencia entre los grupos fue la incertidumbre sobre el impacto inmediato y diferido de la contaminación atmosférica para la salud; la existencia de conflictos de intereses entre grupos de ciudadanos en función de los beneficios que obtengan del polo químico; la escasa información sobre la contaminación; y la existencia de relaciones entre medios y la industria. La mayoría de participantes también mostró desconfianza en relación con la información suministrada por las Administraciones.

Conclusiones: A pesar de que en la actualidad el tráfico rodado es el mayor contribuyente de la contaminación ambiental en Huelva, el

colectivo de profesionales sanitarios todavía asocia la contaminación industrial como la principal fuente de contaminación atmosférica en la ciudad.

P-467. VIGILANCIA AMBIENTAL EN EL PLAN PROVINCIAL DE ALERTA ANTE EL AUMENTO DE MORBILIDAD RESPIRATORIA ESTACIONAL CAUSADO POR EL POLEN DEL OLIVO

R. Rubio, M.I. Sillero, L. Muñoz, G. Delgado, M. Cubero, L. Ballesteros, J. Murcia, et al

Delegación Provincial de la Salud Jaén; Salud Responde; Complejo Hospitalario Jaén; Hospital Alto Guadalquivir; Distrito Jaén.

Antecedentes/Objetivos: El III Plan Andaluz de Salud (2004-08), en la provincialización de sus actuaciones, se priorizó como problema de salud "La morbimortalidad relacionada con las enfermedades respiratorias", cuya estrategia nº 4 abordaba la elaboración y desarrollo de un Plan de alerta ante el aumento de morbilidad respiratoria estacional causado por el polen del olivo.

Métodos: Este Plan fue llevado a cabo por un grupo de 20 expertos, integrado por epidemiólogos, ambientólogos, preventivistas, dirección de Distritos y Hospitales, Delegación de Educación, pediatras de AP y Especializada, alergólogos y neumólogos, Salud Responde, EPES, asociación de alergia de Jaén y Universidad. El primer objetivo era conocer los niveles de polen en la provincia de Jaén durante la temporada polínica y difundir esta información a todos los sectores implicados. Población diana: Jaén, con 664.742 hab. y el 78% de su superficie dedicada al cultivo del olivo. La prevalencia estimada del asma infantil es de 10.904 personas y de adulto, 27.347 personas.

Resultados: La vigilancia medioambiental se coordinó con la Universidad de Jaén, que facilitó los niveles de polen diarios durante la temporada polínica a través de correo electrónico y de la web de la Universidad. Se puso en marcha una Red de Información polínica dirigida a: profesionales asistenciales del SSPA, epidemiólogos, preventivistas, EPES, asociaciones de Alérgicos, Delegación de Educación, Colegios Profesionales, administrada por la Delegación de Salud a través de Salud Responde. Salud Responde montó un servicio de información de los niveles de polinización por SMS y de atención a las demandas de derivación sanitaria y de información general mediante argumentarios. En 2007 se han enviado por parte de Salud Responde un total de 16.232 SMS (20,7% de los SMS de Andalucía, tasa $2.441,8 \times 10^5$, frente a $981,09 \times 10^5$ en Andalucía). En 2006, 10.501 SMS (22,2% de los SMS de Andalucía, tasa $1.584,4 \times 10^5$, frente a $591,02 \times 10^5$ en Andalucía). Esta Red se ha completado con la elaboración de materiales en forma de dípticos, imanes y separadores de lectura, para hospitales y centros de salud, expuestos en sitios accesibles al público, servicios de información al usuario, consultas de pediatría y alergia. La información que contienen es el calendario polínico, signos y síntomas de alarma ante crisis, medidas preventivas no farmacológicas.

Conclusiones: Con la puesta en marcha de las actividades de vigilancia ambiental del Plan se ha conseguido ofrecer una completa información de la temporada polínica a profesionales y ciudadanos.

P-468. ESTUDIO DE LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL CARRIL BICI EN SEVILLA CAPITAL

J. García García, M.C. Rivera Maldonado, R. Escalona Navarro, J.L. Corraliza Hidalgo, G. Rueda Cabrera, A. Martínez Martínez, M. García García, J. García García, M.C. Vargas Real, et al

Distrito Sanitario Sevilla; Distrito Sanitario Aljarafe; Delegación Provincial de Salud de Sevilla; HUS Macarena; SES.

Antecedentes/Objetivos: El ozono troposférico, es un contaminante secundario formado en la atmósfera por reacciones químicas de otros contaminantes primarios: óxidos de nitrógeno, así como compuestos orgánicos volátiles, que representan el 85 por 100 de las emisiones de procesos de combustión, entre otros, de la combustión de motores de automóviles. Por acción de la luz solar, estas sustancias químicas reaccionan y provocan la formación de ozono que al aumentar su concentración, se convierte en un contaminante que afecta a la salud de las personas. Las condiciones climáticas de Sevilla, con una temperatura media diaria superior a la de muchas ciudades españolas superándose los 40 °C en los meses verano, favorece que se alcancen altos niveles de ozono troposférico por encima del Umbral de Información a la Población (180 µg/m³, durante más de una hora). Una de las actuaciones realizadas por la Administración para disminuir la contaminación atmosférica ha sido la construcción de 70 Km de carril bici en el año 2007, así como el fomento del uso de la bicicleta. Desde la inauguración de los carriles hacen uso de ellos, unos 50.000 ciudadanos al día, según datos recogidos en la Web: www.sevillaenbici.com. Se pretende conocer la evolución temporal de los contaminantes ambientales tras implantación en la ciudad de Sevilla del carril bici para reducir la contaminación ambiental.

Métodos: Se tomaron los datos de Ozono troposférico, de la Red de Vigilancia y Control de la Calidad del Aire en Andalucía, a través de la Web de la Consejería de Medio Ambiente y procedentes de cinco estaciones de medida ubicadas en la capital: Centro, Bermejales, Santa Clara, Torneo y San Jerónimo, tomando los valores del 2006, 2007 y 2008. Se ha tenido en cuenta la situación de estas estaciones respecto a la densidad de tráfico en dichas zonas, según datos recogidos de la Web del Centro de Control de Tráfico del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

Resultados: De los datos consultados se deduce que el uso del carril bici no ha supuesto una disminución del ozono troposférico a pesar de observarse en determinadas estaciones, como en la zona Centro, una clara disminución de la densidad de tráfico.

Conclusiones: Es necesario adoptar una política de salud, que incluya otras alternativas de estrategia ambiental. Aunque el carril bici es una medida adecuada para disminuir la contaminación atmosférica, su uso no es suficiente para paliar los efectos perjudiciales del tráfico en Sevilla.

P-469. ESTUDIO DE PELIGROSIDAD DE PRODUCTOS QUÍMICOS EN EL HOGAR

R. Escalona Navarro, G. Rueda Cabrera, J.L. Corraliza Hidalgo, J. García García, et al

Distrito Sanitario AP Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Gran cantidad de los productos químicos que se usan en los hogares tienen la consideración de peligrosos. La fácil accesibilidad a dichos productos, la frecuencia de uso así como el desconocimiento por parte de la población de la interpretación de los símbolos y frases de riesgo que figuran en el etiquetado hacen que en muchas ocasiones se produzca una infravaloración del riesgo existente. Existen diferentes modelos de evaluación del riesgo por exposición a agentes químicos en el puesto de trabajo que facilitan la toma de decisiones del empresario respecto a la aceptabilidad o no de la exposición. La aplicación de dichos modelos a la exposición a agentes químicos en la vivienda podría darnos una idea del riesgo potencial al que está expuesta la población así como las medidas de precaución adecuadas a las distintas actividades.

Métodos: La normativa legal para la prevención del riesgo por exposición a agentes químicos en el Reino Unido se denomina COSHH (Control of Substances Hazardous to Health). La metodología simplificada Coshh Essential establece cinco categorías (A, B, C, D, E) de niveles de peligro crecientes en función de la peligrosidad intrínseca

por inhalación y/o contacto. Dicha peligrosidad intrínseca se mide en base a las frases R que tienen asignadas los preparados. Se realiza una selección de productos comercializados para el público general en una vivienda tipo. Se realiza la categorización del riesgo en función de las frases R de las etiquetas y FDS. Ante la existencia de frases R que lleven a distinto nivel de peligrosidad, se toma el mayor de ellos.

Resultados: Se analizan 22 tipos de productos: Insecticidas 5 (22,73%), Lavadora 5 (22,73%), Lavavajillas 3 (13,64%), Limpiadores líquidos fuertes 6 (27,27%) Pinturas 3 (13,64%) De los productos analizados se realiza la clasificación en función de los riesgos Sin frases de riesgo asignada: detergente tabletas de lavadora, suavizantes, detergentes gel de lavavajillas y abrillantadores. Grupo A: ninguno de los productos estudiados se encuentra en este grupo. Grupo B: quitamanchas, detergentes en polvo/pastillas, alcohol de limpieza y lejías. Grupo C: insecticidas, detergentes lavadora (oxígeno activo, líquido superconcentrado), desatascadores, lejías concentradas, agua fuerte y sosa cáustica. Grupo D: aguarrás, disolvente universal y esmaltes. Grupo E: ninguno de los productos estudiados se encuentra en este grupo.

Conclusiones: Se comprueba la existencia de productos químicos empleados por usuarios no profesionales en el hogar que presentan riesgos por inhalación y/o contacto. Se hace necesario concienciar a la población del peligro existente en el uso estos productos. La realización de campañas de sensibilización y conocimientos básicos en la interpretación del etiquetado podría minimizar estos peligros.

P-470. IMPACTO MEDIOAMBIENTAL DE LAS EXPLOTACIONES INTENSIVAS PORCINAS

F. Peláez Guilabert, P.Y. Atienza Martínez, L.B. Sáenz Albanés, M.A. Amado Moreno, V. Delgado Aguilar, R. Valladolid Acosta, E. Rodríguez Herrera, I.M. Prieto Cordero, J.F. García Barreto, et al

SAS Distrito Aljarafe; SAS Distrito Jerez-Costa Noroeste; SAS Distrito Sierra de Huelva-Andévalo Central.

Antecedentes/Objetivos: En ciertos lugares de Andalucía, la nueva concepción de producción animal porcina, como el aumento del tamaño de las explotaciones, el incremento de la estabulación, generan gran cantidad de residuos sólidos y líquidos que si no son gestionadas adecuadamente pueden provocar problemas medioambientales, como la contaminación de suelos así como de las cuencas hidrográficas. Los purines y el estiércol han pasado de ser un abono agrícola a ser un residuo, ya que en algunos lugares la cantidad vertida es superior a la demandada por el suelo, creando desequilibrios minerales. Este tipo de residuos destaca por su gran contenido de nitratos. Todo esto ha provocado que se revise la normativa que permite incluir la ganadería intensiva en la legislación que regula el efecto directo de las explotaciones sobre el medio ambiente, así como la gestión de la eliminación de sus residuos. El objetivo es evaluar los requisitos mínimos que deben cumplir estas actividades.

Métodos: Revisión y estudio de la legislación de aplicación a esta actividad tanto a nivel comunitario, nacional, autonómico y local y proponer un protocolo de actuación.

Resultados: La legislación medioambiental que afecta a este tipo de explotaciones, se puede agrupar en: Normativa básica de ordenación de las explotaciones porcinas (RD 324/2000) Normativa sobre el impacto ambiental (Decisión 96/61/CE, Ley 7/07 de Andalucía y Ley 16/02 nacional), así como el programa de actuación en zonas vulnerables (RD 261/1996). Se representa gráficamente, los requisitos ambientales necesarios según las instalaciones y la actividad que desarrolle cada explotación (según el número de madres y cerdos de cría).

Conclusiones: Para la autorización de funcionamiento de las nuevas explotaciones y la continuidad de las ya existentes es indispensable que los titulares de las explotaciones realicen una correcta gestión

de los purines y estiércoles. Planificar un buen diseño de explotación adaptado a la normativa vigente, que minimice la contaminación de las explotaciones porcinas, utilizando materiales impermeables, de bajo coste y que no contaminen al medio ambiente. Fomentar, con garantías sanitarias la utilización, como abono agrícola, y en aquellas que fuese imposible innovando sistemas de instalaciones de tratamiento de los purines.

P-471. ESTUDIO PILOTO SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO EN PRODUCTOS QUÍMICOS DE LOS MANTENEDORES DE PISCINAS

M.O. Muñoz Rubio, J.O. Bohórquez Escolar, C.R. Sarmiento Fedriani, A.N. Sánchez-Blanco Izquierdo, M.A. Torrecilla Rojas, et al

DS Condado Campiña.

Antecedentes/Objetivos: En el Plan Andaluz de Salud Ambiental 2008-2012 se establece como uno de los objetivos: mejorar el control de los riesgos sanitarios asociados a los productos químicos. El objetivo de este trabajo es hacer un estudio previo del grado de conocimiento de los mantenedores de piscinas en manipulación y almacenamiento de productos químicos.

Métodos: Se ha evaluado el conocimiento con una muestra de 68 mantenedores de piscinas ubicados en el DS Condado Campiña de la provincia de Huelva en 2008 a través de un cuestionario de 13 preguntas relacionadas con la manipulación y almacenamiento de productos químicos. Los resultados se han tipificado así: 0-7 respuestas acertadas formación insuficiente, 8-10 formación buena mejorable, 11-13 formación muy buena. Las no contestadas se han considerado como mal contestadas.

Resultados: Los resultados han sido los siguientes: 50% formación muy buena, 22,2% formación buena pero mejorable y un 27,8% formación insuficiente.

Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre productos químicos de los mantenedores de piscinas es mejorable o insuficiente en el 50% de los casos encuestados. Es necesario establecer medidas apropiadas de formación sobre productos químicos en este sector para evitar riesgos sobre la salud pública.

P-472. PISCINAS DE USO COLECTIVO: DEFICIENCIAS Y LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN

C. Sarmiento Fedriani, A. Sánchez-Blanco Izquierdo, M.A. Torrecilla Rojas, M. Muñoz Rubio, J. Bohórquez Escolar, et al

Distrito Sanitario Condado-Campiña.

Antecedentes/Objetivos: La Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía establece anualmente el Programa de vigilancia y control de piscinas de uso colectivo a fin de garantizar el cumplimiento del Decreto 23/1999. El objetivo de este trabajo es identificar las deficiencias más frecuentes, tipificarlas en base a cómo afectan a la seguridad del usuario y proponer líneas de actuación prioritarias para solucionarlas.

Métodos: Estudio descriptivo realizado en una muestra de 70 piscinas ubicadas en el Distrito Sanitario Condado-Campiña, de la provincia de Huelva, correspondiente al período de enero a diciembre de 2008. Se han realizado inspecciones ordinarias, y en su caso extraordinarias, a cada instalación.

Resultados: Las deficiencias más frecuentes encontradas fueron: falta ficha de datos de seguridad de los productos químicos utilizados (68,57%), ausencia de datos en el libro de registro (50%), no diligenciamiento del libro de registro y control de la calidad del agua del vaso (40%), insuficiente número de skimmers (35,7%), Reglamento de régimen interno incompleto (28,57%), flotadores sin cuerda reglamen-

taria (22,85%), socorrista sin acreditar formación en el momento de la inspección (18,57%), vaso de chapoteo emplazado de forma que no impide el acceso accidental a otros vasos (14,28%), falta de señalización de los puntos de máxima y mínima profundidad (10%). Del total de piscinas inspeccionadas no se encontró ninguna con deficiencias muy graves, el 82,8% presentaron deficiencias graves y más del 40% mostraron faltas leves. Como propuesta de actuaciones para subsanar estas deficiencias consideramos prioritario: mejorar la formación de los mantenedores de piscinas, agilizar los trámites de entrega del libro diligenciado, potenciar la colaboración entre ayuntamientos y administración sanitaria.

Conclusiones: Desde 1999, año en el que se publicó el Reglamento Sanitario de piscinas de uso colectivo, un alto porcentaje de piscinas presentan deficiencias, siendo graves en una proporción elevada, lo que podría afectar a la seguridad del usuario. Las líneas de actuación para subsanar las mismas, en aras a la protección de la salud pública, están por hacer.

P-473. BUENAS PRÁCTICAS DE MANIPULACIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS EN EL DISTRITO SANITARIO GRANADA

L. Molina García, J. Herraiz Batllori, J. Castro Peña, A. Toledano Marín, D. Ruiz Orpez, et al

Distrito Sanitario Granada.

Antecedentes/Objetivos: En el contexto de calidad y mejora continua de los servicios sanitarios y respeto por el Medio Ambiente que rige el trabajo de los profesionales de los Centros de Salud de Distrito Sanitario Granada (DSG), se tiene conciencia del peligro que supone el manejo de productos químicos (PQ) cuya relevancia depende de diversos factores; DSG desde 2005, se plantea incidir en las buenas prácticas de manejo con los siguientes objetivos: 1.-cumplimiento de normativa medioambiental 2.-protección de la salud de los profesionales de DG y de sus usuarios.

Métodos: DG urbano (297.700 h) con 1 Zona Básica de Salud de Granada, 16 Centros de Salud y 8 Consultorios Locales. Recursos materiales: los Procedimientos Operativos de los sistemas de gestión de Calidad y oficios a empresas contratadas, mejoras en infraestructuras de almacenamiento de PQ y sus residuos, vehículos de transporte interno. Recursos humanos: Áreas Económico Administrativa, Salud Pública, Equipo Directivo de Centros de Salud y Empresas Contratadas. Instrucciones y formación a los profesionales que realizan actividades asistenciales y de soporte a través de reuniones, sesiones formativas y cartelería en Distrito y en los Centros, supervisión por comité de seguimiento del Distrito y gestión de no conformidades Comprende las etapas de los PQ en los Centros sanitarios: Criterios de discriminación positiva a proveedores y en pliegos de condiciones técnicas de contratación de empresas, almacenamiento, transporte interno, pautas de utilización, gestión de sus residuos y envases, vertidos a red de saneamiento, clasificación de peligrosidad, que cubren actividades asistenciales o de soporte, manipulado por personal del Distrito o de Empresas contratadas bajo el factor común de su utilización en los Centros del Distrito.

Resultados: Reducción nº productos de limpieza del listado de compras, biodegradabilidad de PQ, envases retornables, reciclables, utilización según información de etiqueta y ficha técnica, tenencia en punto de utilización de Ficha de datos de seguridad actualizada, gestión adecuada de los residuos y envases de los clasificados peligrosos, segregación de papel, indicadores ambientales de todos los tipos de residuos, legalidad ante Medio Ambiente de la gestión de los residuos de Empresas contratadas.

Conclusiones: -Los sistemas de Gestión Ambiental y de Calidad implantados en DSG resultan ser herramientas útiles para conseguir buenas prácticas de manejo de los productos químicos en los Centros

de Salud. -Las buenas prácticas de manipulación de los PQ contribuyen a: -Cumplimiento de normativa de preparados peligrosos, residuos urbanos y residuos peligrosos. - Mitigar riesgos laborales en los profesionales y riesgos para la salud de los usuarios.

P-474. INTERPRETACIÓN DEL ETIQUETADO DE LOS PRODUCTOS QUÍMICOS PELIGROSOS POR LA POBLACIÓN GENERAL

P. Sánchez de Medina Martínez, A.M. Fonseca Lavado, B.M. Alcón Álvarez, L.G. Luque Romero, et al

Farmacéuticas A4. Distrito Sanitario Sevilla Norte (DSSN); Referente de Investigación. DSSN.

Antecedentes/Objetivos: Dentro de las funciones de protección de la salud de los farmacéuticos A4, se encuentra la vigilancia y control de los productos químicos peligrosos, y entre éstas, evaluar y garantizar que los sistemas de información (etiquetas y FDS) cumplan los requisitos exigidos por la legislación vigente. Dado que las etiquetas son la primera y, la mayoría de las veces, la única información que tiene el usuario para el manejo de estos productos, se hace necesario la realización de encuestas sobre la información contenida en las mismas. **Objetivos:** cuantificar el grado de comprensión de los mensajes contenidos en el etiquetado de los productos químicos peligrosos, y las actitudes de la población general ante su uso y un posible contacto accidental.

Métodos: Se seleccionaron dos productos químicos peligrosos de uso habitual, como son un desatascador de tuberías y un disolvente universal, cuyos etiquetados cumplen los requisitos exigidos por la legislación vigente, y se les muestran a los entrevistados fotografías de los mismos mientras rellenan un cuestionario sobre el contenido de la etiqueta, los conceptos de corrosivo/nocivo, percepción de peligro, toma de precauciones y actitud ante un contacto accidental. La población entrevistada se seleccionó de manera consecutiva. Se realizó un análisis de los datos mediante obtención de descriptivos de frecuencias y de correlación bivalente.

Resultados: Se entrevistaron 85 personas (52 mujeres, 61,18%) cuya edad media corregida era de $44,46 \pm 16,42$ años. 25 de los entrevistados tenían estudios primarios y 15 eran licenciados. De aquellos que respondieron al cuestionario del disolvente de pinturas 5 no lo consideraban peligroso para la salud y 8 no tomaban precauciones. De los que respondieron al del cuestionario sobre el desatascador 8 no lo consideraban peligrosos y 10 no tomaban precauciones al usarlo. 21 de los entrevistados no leían las etiquetas el 37,6% por ser muy largas, confusas o estar impresas en letra pequeña. Un 55,3% recurrían al lavado con agua ante un contacto accidental.

Conclusiones: El etiquetado de los productos químicos peligrosos debería modificarse para ser más claro y breve en su redacción y debe incluir una recomendación concreta para protegerse y otra que indique como actuar ante contacto accidental, para que cumpla con eficacia su función de proteger de la salud de los ciudadanos.

P-475. CONCENTRACIÓN DE HIERRO EN UÑAS Y POSIBLE ASOCIACIÓN CON EL RIESGO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

E. García López, L. Gorgojo Jiménez, J. Gómez-Aracena, I. Ballesteros-García, E.B. Hevilla-Cucarella, J.M. Martín Moreno, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universitat de València; Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, EVES; Sanidad Exterior. Delegación del Gobierno en la C.A. Valenciana; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Málaga; Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Aunque los efectos de las deficiencias de hierro son conocidos (anemia, disminución de la capacidad para desarrollar tareas habituales...), las consecuencias de niveles elevados de hierro están peor caracterizadas, aunque existen estudios que intentan establecer la asociación con el riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM) y otras enfermedades. Los biomarcadores en uñas permiten obtener una medida más sólida para el estudio de la concentración de hierro y otros metales de interés, Los principales objetivos planteados son: 1) Describir los niveles de concentración de Fe en uñas de los pies de la población estudiada; y 2) Estimar el papel del Fe como factor de riesgo para el IAM.

Métodos: A través de las muestras y datos conservados de los participantes en los estudios europeos EURAMIC y Heavy Metals Study, partiendo de estudios de casos y controles incidentes, hemos estudiado 684 casos de IAM y 723 controles, sistematizado la información sobre el hábito tabáquico, historial de hipertensión, angina de pecho y diabetes, nivel socio-económico, consumo de alcohol y antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, a la par que examinando muestras de uñas de los 10 dedos de los pies. La concentración de Fe en las uñas se midió mediante la técnica de activación de neutrones. Los niveles de los factores de riesgo cardiovascular en los quintiles de hierro fueron comparados en los controles mediante el método ANOVA y los tests chi cuadrado. Para el análisis multivariante se calcularon las odds ratio de los quintiles 2 al 5 utilizando el quintil 1 como referencia mediante regresión logística múltiple.

Resultados: En la población estudiada, la concentración promedio de Fe en casos fue de 1,63 mg/kg (IC95% 1,60-1,65), mientras en controles fue de 1,65 mg/kg (IC95% 1,62-1,68). Los modelos de regresión logística construidos no evidenciaron asociación epidemiológica estadísticamente significativa. Tampoco se evidenció aumento del riesgo de infarto de agudo de miocardio correlacionada con la tendencia de aumento de los niveles de Fe en uñas de dedos de los pies.

Conclusiones: No se evidencia diferencias significativas en los niveles de concentración de Fe en uñas de los participantes en ambos estudios y la variabilidad del estatus de Fe no parece ser un determinante del riesgo de infarto a los niveles observados en nuestro estudio.

Financiación. Comisión Europea, acción concertada n° BMH4-98-3565.

P-476. ESTUDIO DE SALUD AMBIENTAL LOCAL. ENCUESTA EN EL ÁREA PROGRAMÁTICA DE UN HOSPITAL DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

C. Sosa, J. Ríos, M. Pujol, P. Saavedra, et al

Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires; Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires; Hospital General de Agudos "Cosme Argerich".

Antecedentes/Objetivos: En la periferia de la Ciudad de Buenos Aires es preocupante la contaminación de la Cuenca Matanza Riachuelo y la generada por el Polo Petroquímico. En el año 2004 se forma un Comité Técnico Comunitario de Salud Humana Ambiental integrado por vecinos y representantes del Ministerio de Salud y Hospital Argerich con el objetivo de promover condiciones ambientales saludables en el proceso Salud-Enfermedad-Atención Local para mejorar la calidad de vida de la población de la zona de influencia del Hospital. Los principales objetivos de la presente investigación consisten en efectuar un análisis de situación de la salud ambiental local y de las estrategias del Comité para promover un mejor nivel de atención a los pacientes afectados por la contaminación, relevando los riesgos de salud detectados.

Métodos: Se realizaron dos tipos de encuestas: una dirigida a pacientes y otra a profesionales de la salud que participaron de la primera capacitación en Salud Ambiental.

Resultados: Los más significativos: problema ambiental más importante: el 65% atribuye al Riachuelo. El 72% desconoce el desempeño de las empresas de su barrio y el 73% desconocía la existencia del Comité. Al 62% le interesaría colaborar. El 41% se informa de la problemática ambiental, pero se muestran desanimados en el logro de soluciones. De la encuesta a los profesionales se observa la necesidad de capacitación específica en salud ambiental.

Conclusiones: Entre las dificultades para brindar una adecuada atención se encuentra el seguimiento de enfermedades originadas por la contaminación ambiental. Es primordial abordar la problemática de manera interdisciplinaria, realizando acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de la población afectada mediante la asistencia, prevención, vigilancia y control de los problemas de salud. Uno de los primeros avances consiste en reconocer las necesidades y problemas de salud de las personas y qué dificultades tienen para tomar conocimiento de los mismos, como la falta de información. Este trabajo, pionero en la región, evidencia que los vecinos carecen de información necesaria acerca de la contaminación industrial. También falta capacitación y una base de datos específica para los equipos de salud. Pero hay una gran predisposición de ambos para participar con el Comité. El derecho del ser humano a vivir en un ambiente sano, a ser informado sobre los riesgos del ambiente en relación con su salud, debe ser reconocido y promovido, para ello, los intereses de la comunidad en este tema, deben ser acompañados por el equipo de salud local y por medidas políticas que favorezcan el saneamiento del medio ambiente.

P-477. CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE MEJORA PARA LA BIOSEGURIDAD AMBIENTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Salamanca, A. Roldán, R. Marín, R. Valencia, P. Ortega, M. Conde, et al

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: La prevención de infecciones fúngicas durante la realización de obras hospitalarias requiere una planificación específica antes y durante el periodo de realización de las mismas. Tras la programación de obras en el bloque quirúrgico del Hospital de Rehabilitación y Traumatología (HRT) de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, se solicitó la colaboración del Servicio de Medicina Preventiva. **Objetivos:** Evaluar el nivel de riesgo ligado al proyecto de obra. Proporcionar recomendaciones de protección ambiental a aplicar en dicha obra y evaluarlas tras su ejecución.

Métodos: Ámbito: quirófanos de tres plantas diferentes del HRT. El estudio comenzó el 8 de julio 2008 permaneciendo actualmente abierto. Se creó un "grupo de trabajo de obras" constituido por: una enfermera y un médico de Medicina Preventiva, la supervisora de enfermería del bloque quirúrgico afectado, un responsable de mantenimiento y el jefe de obra. Se revisaron las recomendaciones para la vigilancia de hospitales en obras de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (marzo 2000). Se evaluó el plan de obras: tipo de obra, localización, actividad asistencial, magnitud y tiempo estimado de duración. Se elaboró un cronograma y una guía de recomendaciones específicas y se evaluó el cumplimiento de las mismas mediante la toma de muestras ambientales e inspección.

Resultados: La obra programada consistía en obras menores: cambios de guillotinas en quirófanos de tres plantas del HRT, reparaciones de defectos en alicatado y pavimento, y una obra mayor para la apertura del nuevo ascensor localizado en el pasillo de acceso a dichos quirófanos. Se acordó suspender la actividad quirúrgica gradualmente, y se estableció en dos meses el límite de tiempo para los trabajos en cada planta. Se elaboró un informe con recomendaciones:

generales, aislamientos en la zona de obras/colindantes, demoliciones, equipos y materiales, personal de obra y medidas tras la remodelación. Se realizaron 11 mediciones ambientales a la finalización de cada una de las fases de la obra, obteniéndose en todas ellas el resultado de 0 UFC/m³. En agosto de 2008 finalizaron las obras menores, no habiéndose finalizado aún las obras mayores.

Conclusiones: El adecuado cumplimiento de las medidas preventivas recomendadas ha permitido obtener un resultado de "bioseguridad adecuada" en cada una de las fases finalizadas. La buena coordinación de este equipo multidisciplinar debe servir de ejemplo en futuras intervenciones para optimizar recursos y evitar posibles efectos adversos consecuentes de obras.

P-478. IMPACTO AMBIENTAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. NUESTRA CONTRIBUCIÓN AL CAMBIO CLIMÁTICO

M. Huerta Bueno, J. García Rotllán, A. Irastorza Aldasoro, et al
Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Las actividades de producción de bienes y servicios así como las pautas de consumo han estado tradicionalmente desvinculadas del medio natural. De todos los procesos que conforman el conocido como "cambio global" quizá sea el cambio climático el que más ha atraído la atención tanto de la opinión pública como de la Comunidad científica. La principal causa parece ser la acumulación en la atmósfera de gases de efecto invernadero (GEI) que ha venido incrementándose de forma significativa desde la revolución industrial hasta nuestros días debido, fundamentalmente, a la emisión de origen antropogénico de este tipo de gases asociada a las actividades proveedoras de bienes y servicios. La prestación de los servicios sanitarios, como cualquier otra actividad, conlleva una significativa emisión de este tipo de gases. **Objetivos:** Identificar los distintos focos de emisión de gases de efecto invernadero. Cuantificar las emisiones en toneladas equivalentes de CO₂ por unidad de tiempo.

Métodos: Marco de referencia: directrices del IPCC para los inventarios nacionales de gases de efecto invernadero. **Ámbito del estudio:** Hospital del Sistema Sanitario Público Andaluz medio. **Elementos del estudio:** 1.- Focos de emisión (fijos y móviles) que intervienen en la actividad diaria de un centro hospitalario. 2.- Estimación de emisiones en toneladas equivalentes de CO₂.

Resultados: Se identifican múltiples aspectos ambientales inherentes a la prestación de los servicios sanitarios potencialmente contaminadores. Entre otros, las emisiones de GEI, se asocian fundamentalmente al consumo energético así como al uso de hidrocarburos en vehículos y, en menor medida, en el consumo de derivados del petróleo para la producción de ACS. Igualmente, identificamos variables que intervienen de forma significativa en las emisiones, fundamentalmente, el tamaño y ubicación del centro así como la dispersión geográfica del área de referencia del mismo. Se detectan carencias en la cuantificación de datos, que entendemos significativos, debido a la falta de estudios de análisis de ciclo de vida de materiales de mayor consumo, especialmente el fungible.

Conclusiones: Entendemos que la prestación de los servicios de salud a la comunidad, como una industria con un significativo potencial contaminante no ha sido suficientemente estudiada y dimensionada. Las estimaciones de las emisiones generadas en condiciones normales de funcionamiento nos hacen ver la necesidad de la introducción del parámetro ambiental como elemento significativo en la toma de decisiones estratégicas de la Organización. Paralelamente, se hace necesario profundizar en algunos aspectos de los que carecemos información suficiente, tales como las propiedades ecológicas de los materiales de uso frecuente.

PÓSTERES XXXV

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9.00 a 10:30 h

Investigación en Servicios de Salud (II)

P-479. RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y EL TIEMPO DE ESPERA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M.D. Pérez Cárceles, M.J. García Sánchez, J.L. Girona Ballesteros, J.E. Pereñíguez Barranco, A. Luna Maldonado, et al

Medicina Legal. Universidad de Murcia; Servicio Urgencias. Hospital Cartagena.

Antecedentes/Objetivos: La satisfacción del paciente crece en interés sobre todo en los servicios de urgencias hospitalarios. Recientemente han sido investigados distintos predictores de la satisfacción del paciente en los servicios de urgencia, como la información proporcionada al paciente, la comunicación médico-paciente, el riesgo de la urgencia, etc., siendo uno de los más importantes el tiempo de espera. Sin embargo, es necesario continuar las investigaciones en este tema hasta definir mejor cuáles son los factores que se detectan y repiten relacionados con la satisfacción del paciente en urgencias hospitalarias. El objetivo del estudio fue analizar la relación de la satisfacción del paciente con los tiempos de espera en urgencias.

Métodos: Estudio observacional realizado durante tres meses consecutivos (2007) en el servicio de urgencias de un hospital del sudeste español, con una media de 26000 urgencias/año. Los datos fueron obtenidos mediante un cuestionario realizado por el paciente tras ser dado de alta del servicio. El cuestionario recoge variables sociodemográficas, relacionadas con la atención recibida por los pacientes así como la satisfacción global del paciente con los cuidados recibidos, que fue evaluada mediante una escala de Likert (1-5; 5-muy satisfecho). Evaluamos el tiempo de espera en el servicio de urgencias en dos variables distintas: 1) tiempo de espera real, tiempo desde que llega el paciente al servicio hasta que es visto por el médico y 2) tiempo de espera percibido por el paciente, evaluado mediante escala de Likert (1-3; 3-mucho tiempo).

Resultados: La muestra está compuesta por 300 pacientes (54% hombres) con una edad media de 46,8 años (DE: 19,21). El 42,3% de los pacientes consideran que han esperado poco tiempo desde que llegan a urgencias hasta que han recibido asistencia sanitaria, sin embargo, el 10,7% consideraron que el tiempo de espera fue excesivo. La media del tiempo de espera real fue de 9,94 min (DE: 5,2). El 50,7% de los pacientes asistidos esperaron hasta la atención médica entre 15-45 minutos. La media de la satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida en urgencias fue 3,73 (IC: 3,61-3,84). Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del paciente con la asistencia recibida ($p = 0,04$), sin embargo no sucede con el tiempo real de espera.

Conclusiones: Existe una relación inversa entre la satisfacción del paciente con la atención recibida en urgencias y el tiempo percibido de espera en el servicio. Parece necesario establecer medidas que permitan mejorar la percepción del paciente sobre el tiempo que debe esperar, más que disminuir el tiempo de espera real.

P-480. ENCUESTA A USUARIAS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA, UNIDAD CÁDIZ-SAN FERNANDO

J. Nieto Vera, R. Pereiro Hernández, F. Forja Pajares, et al

Distrito Sanitario Bahía de Cádiz - La Janda. SAS.

Antecedentes/Objetivos: Desde la nueva puesta en funcionamiento de la Unidad de Detección Precoz de cáncer de mama en las instalaciones del nuevo Distrito en 2003, nuestro interés era conocer la satisfacción con el servicio que estábamos ofertando y medir la opinión de nuestras usuarias. Se sabe que el nivel de satisfacción es resultado de las percepciones y expectativas que se tiene sobre los aspectos que conforman el servicio con el que se entra en contacto. Se hizo una primera Encuesta - 2003 para medir el grado de satisfacción y trato percibido, la sensación de intimidad y la rapidez en el envío de resultados. El Objetivo perseguido es, en base a esa primera Encuesta - 2003, comparar en 2008, el grado de satisfacción de las usuarias una vez realizadas las correcciones y opiniones aportadas en aquella y cambios estructurales realizados.

Métodos: Universo usuarias del programa de detección precoz cáncer de mama de Cádiz- San Fernando citadas durante el mes de septiembre. Se realiza muestreo consecutivo días alternos mañana / tarde hasta completar la muestra (N 75, nivel de confianza: 95% (e. 0,05), prevalencia esperada 80% de tener una buena impresión del Servicio). Cuestionario autoadministrado "ad hoc", Variables: edad, opinión sobre las instalaciones, trato, intimidad, satisfacción con el servicio, satisfacción con información / citación, y nivel de recomendación. Escala Likert 3-5 ítems. Pregunta abierta sobre posibles mejoras o cambios a realizar.

Resultados: La edad media es de 56 años (rango 69-45), desviación típica 6,14. El 100% considera las instalaciones cómodas y agradables, y estar bien tratadas por el personal administrativo y técnico. Todas las usuarias consideraron bueno o muy bueno el servicio; el 66,7% lo consideran "muy bueno" y el 33,3% "bueno". La rapidez en los resultados es positiva en un 82,7%. El 100% consideraron tener suficiente intimidad en la exploración y el 100% recomendaría este servicio. En la encuesta hay una última pregunta libre sobre ¿qué desean que mejoremos del servicio? El 90,6% de las encuestadas no manifiestan nada al respecto, y el resto escribe respuestas como: "Está todo muy bien", "todo correcto y adecuado", "que fuese en cada localidad".

Conclusiones: Se detecta un amplio grado de satisfacción de las usuarias con las mejoras efectuadas en la Unidad y con él, de hecho sólo hay 6 reclamaciones en 13 años de funcionamiento. En comparación 2003, la satisfacción ha mejorado considerablemente, tanto en intimidad (100%), rapidez de resultados (82,7%), y en recomendarlo a conocidas (100%).

P-481. LA EXPERIENCIA DE USUARIOS Y FAMILIARES EN ANDALUCÍA: ESTIGMATIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

A. Bono del Trigo, A.L. Mena Jiménez, P. García-Cubillana de la Cruz, G. Fernández Regidor, A. Runte Geidel, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Identificar y describir las fuentes de estigmatización de las personas con enfermedad mental generada por profesionales del SSPA y obtener opiniones en primera persona de los usuarios/as de los servicios y sus familiares, para producir materiales de sensibilización.

Métodos: Revisión de estudios llevados a cabo en España sobre la experiencia del estigma de la enfermedad mental de usuarios y familiares. Elaboración y caracterización de las dimensiones clave de la estigmatización. De cara a obtener descripciones en profundidad y en primera persona se realizaron tres grupos focales: 2 usuarios y 1 de cuidadores-familiares. Criterio de selección de participantes: pacientes que tuvieran diagnóstico de enfermedad mental grave desde hacía al menos tres años y que hubieran estado hospitalizados al menos una vez en ese periodo.

Resultados: Gran parte del estigma social de las personas con enfermedad mental lo generan los profesionales de salud, y espe-

cíficamente en los servicios de salud mental. La escasa información recibida relacionada con el diagnóstico, la medicación, los servicios disponibles, los aspectos psicosociales y los cambios que genera la enfermedad, se consideran aspectos críticos. Los familiares lamentan la información limitada que reciben y piden mayor accesibilidad a los psiquiatras, puesto que soportan la mayor parte del cuidado del paciente. La actitud de los psiquiatras y otros profesionales, especialmente los celadores, no favorece el afrontamiento de la enfermedad y es una fuente generadora de autoestigma. La relación con enfermería se percibe en cambio como positiva y se valora de gran ayuda. El protocolo de hospitalización, la intervención de las Fuerzas de Seguridad, así como el uso que hacen de la fuerza -junto a los celadores- se consideran de los momentos más traumáticos y negativos del contacto con los servicios de salud mental. La experiencia de la hospitalización, la ausencia de ambiente terapéutico y las condiciones de vida en las unidades de hospitalización, es considerada como altamente estigmatizante. Usuarios y familiares se sienten discriminados en comparación con otros pacientes de los hospitales.

Conclusiones: Según los usuarios de salud mental y sus familiares, el estigma puede reducirse: dando información adecuada; con un tratamiento más humanizado; formando al personal no clínico; situando los servicios de salud mental al mismo nivel que otras especialidades; cambiando los protocolos de hospitalización y mejorando las condiciones en las unidades de hospitalización.

Financiación. Ministerio de Sanidad y Consumo; Consejería de Salud Junta de Andalucía.

P-482. EL ACCESO AL SISTEMA SANITARIO EN HOMBRES Y MUJERES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

J. Bolívar Muñoz, R. Martínez Cassinello, A. Daponte Codina, C. Martín Castro, J.M. Torres Ruiz, N. Pascual Martínez, J.C. Martí Rubí, A. Reina Toral, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; H.U. San Cecilio; Complejo H. Torrecárdenas; H.U. Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: Un elevado porcentaje de las muertes que se producen por Síndrome Coronario Agudo en la primera hora de evolución son evitables si la persona está en un ambiente dotado de los medios adecuados. La eficacia terapéutica disminuye a medida que aumenta el tiempo transcurrido desde el comienzo del dolor hasta el inicio del tratamiento, de ahí la importancia de analizar los factores intervinientes en este proceso. El objetivo de este trabajo es describir las variables relacionadas con el acceso al Sistema Sanitario Público en hombres y mujeres con SCA.

Métodos: Estudio descriptivo transversal con datos obtenidos por encuesta telefónica realizada en septiembre del 2008 a 232 mujeres y 428 hombres ingresados entre 2006 y 2008 en la Unidad de Cuidados Intensivos de 16 hospitales públicos andaluces con diagnóstico al alta de Síndrome Coronario Agudo. Se obtuvo una muestra representativa de pacientes a partir del Registro Ariam, con muestreo aleatorio simple, $p = 0,50$, nivel de confianza del 95%. Variables: sociodemográficas, socioeconómicas, tiempos de demora, síntomas, percepción de gravedad, personas intervinientes en la toma de decisiones, forma de acceso al sistema sanitario y motivos. Se recoge el proceso seguido desde el inicio de los síntomas hasta que son atendidas en las urgencias hospitalarias.

Resultados: La media de edad es 63 en los hombres y 68 en las mujeres. El 35,1% de los hombres y el 27,4% de las mujeres supieron desde el primer momento que se trataba de un infarto. El 26% de los hombres y el 31,0% de las mujeres, ante el inicio de los dolores, lo primero que hacen es acudir a personas de su entorno y su primer medio de transporte utilizado para ello son los medios propios (79% de estos hombres y el 72% de estas mujeres). El 15% de los hombres

y el 12,4% de las mujeres llamaron al 061 como primera actuación. El 58,8% de los hombres y el 56,2% de las mujeres actúan buscando asistencia sanitaria distinta al 061 y lo hacen mayoritariamente utilizando medios propios (88,8% y 81,7% respectivamente). El 33% de los hombres y el 19% de las mujeres deciden el medio de transporte para desplazarse como decisión propia. El 47% de los hombres y el 40% de las mujeres sólo utilizaron medios propios.

Conclusiones: Los resultados preliminares destacan el papel de las personas del entorno en la toma de decisiones sobre quienes están sufriendo un SCA, y la importancia de identificar los factores que intervienen desde que se inician los síntomas hasta que estas personas son asistidas en las urgencias hospitalarias.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III, Consejería Salud Junta de Andalucía.

P-483. EL CLIMA EMOCIONAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS CAPITALES DE PROVINCIA DE ANDALUCÍA

J.C. March Cerdá, A. Danet, M. Romero Vallecillo, et al

EASP.

Antecedentes/Objetivos: El clima emocional (CE) de los equipos de trabajo de Atención Primaria (AP) se define a partir de las relaciones interprofesionales, así como de la idea de un proyecto común y del reconocimiento del saber entre compañeros. El objetivo de este estudio es describir el CE de médicos/as y enfermeros/as de los equipos de AP de las capitales de provincia andaluzas.

Métodos: Los participantes son médicos/as y enfermeros/as de todos los centros de salud de las capitales de provincia andaluzas. La técnica cuantitativa elegida es un cuestionario autocumplimentado con 10 preguntas en escala Likert (-5,+5) y variables sociodemográficas: sexo, edad, antigüedad en el centro, categoría profesional, centro de salud y distrito. La muestra inicial es de 883 profesionales de 47 centros de salud, de los distritos sanitarios Jaén y Sevilla. El 63,6% son mujeres y la media de edad se sitúa en 46,5 años. El 52% son personal de enfermería, el resto facultativos/as. El CE se mide a partir del cálculo de un índice (-50, +50) que incorpora las 10 preguntas. El análisis de los resultados se realiza con el programa SPSS 15.0, buscando comparación de medias (la significación estadística a través del test t de Student y Anova) y un modelo de regresión lineal adecuado (en el cual se controlan las variables independientes confusoras y modificadoras).

Resultados: Los resultados preliminares del estudio revelan un índice de CE medio de 21,02 puntos. El mínimo/máximo de las medias por centro son 11,68 /33,28 puntos. La categoría profesional, la pertenencia a un centro u otro y el sexo influyen en la percepción del CE ($p < 0,05$): el CE de enfermería es casi 3 puntos menor frente a los médicos/as; las mujeres suman de media 0,9 puntos al índice de CE masculino. Las diferencias por centro y distrito son significativas.

Conclusiones: La evaluación del CE en los centros de AP responde a la necesidad de mejorar la colaboración y satisfacción profesional que afecta directamente la calidad asistencial ofrecida a los usuarios del Sistema Andaluz de Salud.

P-484. SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN UNA UNIDAD ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

T. Dierssen-Sotos, P. Rodríguez-Cundín, R. Tejido-García, O. Acha, F. Novo, M. Navarro-Córdoba, I. Gómez-Acebo, J. Llorca, et al

Grupo de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria, Santander; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital de Sierrallana, Torrelavega; Unidad de Alta Resolución Hospitalaria. Servicio de Admisión, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Antecedentes/Objetivos: 1.-Evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en la Unidad de Alta Resolución (UARH) del Hospital Valdecilla. 2.-Comparar la satisfacción en la UARH con la obtenida en unidades de hospitalización convencional (HC).

Métodos: Estudio de corte transversal mediante encuesta telefónica a pacientes dados de alta durante el mes de septiembre de 2006. Instrumento de medida de la satisfacción: cuestionario SERQVHOS. Variables dependiente: satisfacción global. Análisis estadístico: Para la comparación de puntuaciones en la Unidad de alta Resolución Hospitalaria (UARH) frente a la hospitalización convencional (HC) se ha utilizado la prueba t de Student. La proporción de satisfechos con ambos modelos asistenciales se comparan mediante la prueba chi-cuadrado. Como medida de fuerza de asociación se ha utilizado la OR y su IC95%. Para el ajuste por factores de confusión se ha utilizado el análisis de regresión logística.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 80,92% para usuarios de HC y del 82,65% para la UARH. La satisfacción media de los usuarios atendidos en UARH fue significativamente mayor que la de los atendidos en HC (8,74 (DE: 1,29) frente a 8,30 (DE: 1,58) en HC ($p = 0,007$)). Estas diferencias aumentaron al seleccionar pacientes con GRD médicos asistidos en el Hospital Valdecilla (8,80 (DE: 1,30) frente a 8,26 (DE: 1,67) $p = 0,007$). Al dicotomizar la satisfacción global identificando los valores fuera del rango del verdadero valor de la media (por debajo o por encima del intervalo de confianza al 95%) se obtuvo globalmente un 45,6% de usuarios claramente satisfechos que osciló entre el 60% en UARH y el 44,4% en HC ($p = 0,003$). El ingreso en UARH duplicó la odds de alta satisfacción tras el ajuste por potenciales factores de confusión (OR = 2,13 IC95% 1,37-3,33).

Conclusiones: La asistencia en UARH constituye un factor asociado a la satisfacción del usuario.

Financiación. Proyecto FIS: PI06922.

P-485. INFLUENCIA EN LA IDEALIZACIÓN DEL USUARIO DE LA ASISTENCIA EN UNA UNIDAD ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

P. Rodríguez-Cundín, R. Tejido-García, T. Dierssen-Sotos, O. Acha, F. Novo, M. Navarro-Córdoba, I. Gómez-Acebo, J. Llorca, et al

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital de Sierrallana, Torrelavega; Unidad de Alta Resolución Hospitalaria, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; Grupo de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria, Santander; Servicio de Admisión, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la influencia del ingreso en la Unidad de Alta Resolución (UARH) del Hospital Valdecilla sobre la fidelización del paciente comparándolo con la hospitalización convencional (HC).

Métodos: Estudio de corte transversal mediante encuesta telefónica a pacientes dados de alta durante el mes de septiembre de 2006. Instrumento de medida de la satisfacción: cuestionario SERQVHOS. Variables dependiente a estudio: fidelización medida como variable continua a partir de la pregunta: "Si en un futuro necesitase ingresar en un hospital (por un problema similar), y pudiera elegir Centro, ¿le gustaría volver al mismo?" en una escala de 0 a 10. Análisis estadístico: Para la comparación de puntuaciones en la Unidad de alta Resolución Hospitalaria (UARH) frente a la hospitalización convencional (HC) se ha utilizado la prueba t de student. Para el ajuste por potenciales factores de confusión se ha utilizado el análisis de regresión lineal múltiple.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 80,92% para usuarios de HC y del 82,65% para la UARH. Al comparar los usuarios de UARH frente a los de HC se encontraron diferencias significativas en la edad (62,7 años frente a 55,9 $p = 0,001$), duración de la estancia hospitalaria (4,03 frente a 7,28 $p = 0,001$) y el nº de procedimientos realizados

durante el ingreso (1,47 frente a 1,59 $p = 0,002$). Sólo un 3,6% de los encuestados contestó que no recomendaría el hospital, siendo discretamente superior esta respuesta en usuarios de HC frente a UARH (3,7% frente a 2% $p = 0,398$). La puntuación media a la pregunta de fidelización de los usuarios atendidos en UARH fue significativamente mayor que la de los atendidos en HC (8,74 (DE: 1,29) frente a 8,30 (DE: 1,58) en HC ($p = 0,007$)). Estas diferencias aumentaron al seleccionar pacientes con GRD médicos asistidos en el Hospital Valdecilla (8,80 (DE: 1,30) frente a 8,26 (DE: 1,67) $p = 0,007$). El ingreso en UARH aumentó la fidelización 0,42 puntos IC 95% [0,07-0,77] en relación a la HC, esta diferencia se mantuvo tras el ajuste por potenciales factores de confusión (0,49 puntos IC 95% [0,13-0,86]).

Conclusiones: La asistencia en UARH se asocia a un nivel de fidelización discretamente superior al observado en HC.

Financiación. Proyecto FIS PI06922.

P-486. INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD HOSPITALARIA

A.L. García-Basteiro, G. Martínez, A. Lluçà, L. Costas, M. Santiñá, A. Prat, A. Trilla, et al

Unitat d'Avaluació, Suport i Prevenció; Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Conocer si el sexo de los pacientes ingresados en un hospital universitario de tercer nivel asistencial influye en la percepción de la atención recibida en el mismo.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo de tipo transversal con una orientación retrospectiva, en el que se han analizado los resultados obtenidos en las 2430 encuestas de opinión al usuario recogidas entre los años 2005 y 2007 mediante los estadísticos χ^2 (chi cuadrado) para la comparación de proporciones y t de Student para la comparación de medias. En todos los cálculos se aceptó un nivel de significativo de $p < 0,05$.

Resultados: El análisis de la comparación de las respuestas proporcionadas por los varones y por las mujeres ha puesto de manifiesto significación estadística en 3 de las variables encuestadas: el conocimiento del nombre del médico y el conocimiento del nombre de la enfermera - cuyas respuestas son más positivas en caso de los hombres - y la información que disponen de las características de la enfermedad - cuya respuesta es más positiva en el caso de las mujeres. No se ha constatado significación estadística entre la puntuación global de la atención sanitaria recibida por los hombres y la recibida por las mujeres.

Conclusiones: En este estudio, mujeres y varones muestran una valoración similar en muchos de los aspectos de la calidad de la asistencia sanitaria. Sin embargo, se han encontrado diferencias en algunos de los ítems encuestados. El equipo investigador está evaluando el posible papel que otras variables pueden desempeñar en la opinión de la asistencia recibida, independientemente de la variable sexo. Es decir, se está estudiando la contribución de todas aquellas variables que, como la edad, puedan introducir un sesgo de confusión, lo cual nos permitiría corregir así su efecto pudiendo plantear enfoques organizativos diferenciados en función de quién recibe el servicio, puesto que el objetivo de un hospital orientado al paciente ha de ser proporcionar la asistencia que éste precise, en unas condiciones que satisfagan sus necesidades.

P-487. MEJORA DEL CMBD DEL SSPA

A. Díaz Martínez, J.A. Goicoechea Salazar, J.M. Hierro Borjabad, J. Rodríguez Herrera, M.R. Jiménez Romero, et al

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El CMBD del SSPA se inició en 1993 en el ámbito de hospitalización. Ha experimentado varias ampliaciones

y actualmente incluye al Hospital de Día Médico y Quirúrgico y se pilota en urgencias. El SSPA inició un proyecto para mejorar la calidad su CMBD y dotarlo de mayor utilidad a través de procesos de validación, formación y auditoría, adición de información complementaria y normalización de sus contenidos.

Métodos: Se desarrolló un programa de validación que detecta y clasifica más de 250 errores y advertencias para su corrección por el hospital. Se adicionó a cada registro información complementaria para su clasificación en grupos estándar clínicos y de costes (CCS y versiones GDR), en niveles de severidad de la enfermedad y de riesgo de mortalidad, en grupos etarios e intervalos temporales. Se identificó unívocamente a muchos de los pacientes, incluyendo gran parte de los registrados antes de la implantación de la tarjeta sanitaria. Se vinculó el CMBD a la Base de Datos de Usuarios Andaluza adscribiendo cada registro a diversas entidades administrativo-sanitarias (clave médica, centro de atención primaria, zona básica y distrito) desde el año 2004. Se normalizaron las versiones de las clasificaciones clínicas, económicas (CIE, GDR y CCS) y administrativo-sanitarias a que están adscritos los registros desde el año 2000, traduciéndolas a la últimas versiones vigentes. Se pusieron en marcha auditorías hospitalarias y cursos de formación para el personal de los servicios de documentación.

Resultados: El SSPA dispone del CMBD desde 1993. Los códigos clínicos y de costes de los 5.476.951 registros que lo configuran desde el 2000 se encuentran normalizados. Los registros están clasificados en niveles de severidad de la enfermedad, de riesgo de mortalidad y en diferentes grupos etarios e intervalos temporales. Desde el 2004, los registros están adscritos a estructuras administrativo-sanitarias y presentan una identificación unívoca por paciente para su trazabilidad.

Conclusiones: Mediante procesos de validación, normalización y adición de información se ha dotado al CMBD de un potencial que la convierte en una base de consulta para múltiples usuarios en los ámbitos institucional, investigador y docente, de la salud pública y de la gestión. Estos procesos han facilitado la realización de estudios temporales, geográficos y el desarrollo de modelos de ajustes de riesgo. Han permitido direccionar la información de las altas a diversas estructuras sanitarias y a los médicos de AP y han proporcionado clasificaciones estándares y unívocas a todos sus usuarios. Sería deseable vincular la información del CMBD a otros registros como los del IEA (mediante la georreferenciación del CMBD) o el de mortalidad.

P-488. ESTIMACIÓN DEL NUMERO DE PERSONAS AFECTADAS POR ENFERMEDADES RARAS EN LA REGIÓN DE MURCIA A PARTIR DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS

S. Titos Gil, L. Hernando Arizaleta, J.A. Palomar Rodríguez, et al

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: Objetivo: Estimar el número de personas afectadas por enfermedades raras (ER) en la Región de Murcia (RM) a partir de los casos que han requerido ingreso hospitalario.

Métodos: Se utiliza como fuente de información el Registro Regional del CMBD-AH. A partir del listado de códigos de ER elaborado por la REPIER, se extraen los casos en los que aparece un código de ER en alguno de los diagnósticos. Para estimar el número de personas afectadas a partir de los ingresos hospitalarios, se identifican los episodios correspondientes a una misma persona a través de la aplicación secuencial de dos variables: -El Código de Identificación Personal (CIP), único para cada persona, basado en la Tarjeta Individual Sanitaria, que permite captar todos los ingresos de una persona en cualquier hospital. -El identificador resultante de concatenar el número de historia clínica y el código del hospital, que permite determinar los ingresos múltiples de una persona en un mismo hospital.

Resultados: En el período 2002-2007 se identifican 37.501 ingresos hospitalarios de personas residentes en la RM con ER en alguno de los diagnósticos, que suponen el 4,5% del total de ingresos. Se cuenta con el CIP para el 86,1% de los episodios (32.270), de forma que se puede determinar que corresponden a 20.804 personas. Para los registros que no disponen de CIP (5.231), se identifican repeticiones por el número de historia clínica y hospital para un 28,6% de los episodios (1.495), de manera que es posible establecer que corresponden a 544 personas. En el resto de casos (3.736) no existen repeticiones. A partir de estos datos, es posible estimar una cifra máxima de personas atendidas por ER en los hospitales de la Región, asumiendo que los episodios en que no existen repeticiones del número de historia clínica corresponden a personas distintas: 25.084. Sin embargo, si asumimos que estos episodios corresponden a un número inferior de personas con una media de ingresos similar a la observada para las personas identificadas a través del CIP (1,55), obtenemos una cifra estimada de 2.410 personas. De este modo, se obtiene una estimación del número mínimo de personas atendidas por ER en los hospitales de la RM de 23.758. Si para identificar los registros duplicados se utiliza únicamente el número de historia clínica y hospital, se obtiene una estimación que supera en un 4% a la cifra estimada a través del método descrito.

Conclusiones: El CIP permite corregir la sobreestimación que se produce al estimar el número de personas afectadas por ER a través de los ingresos hospitalarios como consecuencia de los traslados y de los ingresos múltiples en hospitales distintos.

P-489. UN PROGRAMA DE BIODANZA EN MUJERES CON FIBROMIALGIA PRODUCE MODIFICACIONES BIOLÓGICAS

A. Carbonell, V.A. Aparicio, C. Pereira, M.C. Gatto-Cardia, P. Latorre, J. Dafos, V.M. Soto, M. Delgado, et al

Grupo CTS-545, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Analizar el efecto de un programa de biodanza sobre parámetros biológicos en mujeres con fibromialgia.

Métodos: 11 mujeres (54,18 ± 5,56 años, 66,66 ± 5,88 Kg de peso y 156,62 ± 5,76 cm de estatura) se sometieron a un programa de Biodanza-Sistema Rolando Toro de 1 día/sem durante 12 semanas. La sesión tuvo una duración de 120 minutos utilizando la vivencia grupal, la música, la emoción y el movimiento. Se realizaron 2 evaluaciones, antes y después del programa de intervención. Se midieron puntos de dolor, variables de composición corporal (peso, talla, masa muscular e índice de masa corporal); cardio-respiratorias en reposo (frecuencia cardíaca y tensión arterial), de condición física (chair sit and reach, back scratch, chair stand, 8-foot up & go, 6 minute walking test (Rikli & Jones. JAPA 1999;7:129-161), fuerza de prensión manual, equilibrio estático monopodal)) y biomecánicas (análisis de la locomoción mediante dinamometría y fotogrametría).

Resultados: Se produce una mejora estadísticamente significativa en número de puntos de dolor (17,64 ± 0,5 vs 15,64 ± 1,91; p = 0,003), masa muscular (22,28 ± 2,25 vs 26,04 ± 4,86 Kg; p = 0,005), frecuencia de paso (147,69 ± 13,60 vs 113,25 ± 12,35 pasos/min, p = 0,000) y velocidad de la marcha (1,60 ± 0,24 vs 1,27 ± 0,21 m/s, p = 0,000). En el equilibrio estático monopodal con pierna derecha (11,87 ± 4,67 vs 9,00 ± 3,89 nº de fallos) e izquierda (10,83 ± 6,11 vs 7,66 ± 4,67), pese a que no existe mejora a nivel estadístico, si se produce una reducción importante del número de desequilibrios en la prueba, que se traduce en una menor posibilidad de caídas. En el resto de variables no se produce una mejora significativa.

Conclusiones: Un programa de biodanza de 1 sesión semanal provoca mejoras estadísticamente significativas en número de puntos de dolor, la composición corporal y en la locomoción aunque su incidencia en la condición física general es reducida. Por ello, se puede considerar la biodanza como una herramienta útil para las mujeres con fibromialgia que tengan limitada su capacidad de esfuerzo a causa de

la enfermedad por ser una práctica de baja frecuencia e intensidad suave a nivel físico.

Financiación. Proyecto subvencionado por Instituto Andaluz del Deporte y AGRAFIM.

P-490. MEJORAS DE LA SALUD BIO-PSICO-SOCIAL TRAS UNA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN FIBROMIALGIA

A. Carbonell, V.A. Aparicio, P. Chillón, V. Soto, A. Cuevas, J.M. Heredia, A. Robles, P. Tercedor, M. Delgado

Universidad de Granada.

Objetivos: Analizar el efecto de un programa de intervención multidisciplinar sobre la salud valorada a través de variables biomédicas, condición física, locomoción y de salud percibida en mujeres con fibromialgia.

Método: 11 mujeres (46,45 ± 6,18 años, 76,57 ± 16 Kg de peso y 160,66 ± 4,51 cm de altura) se sometieron a un programa multidisciplinar de 3 días/sem durante 12 semanas. Dos sesiones fueron de ejercicio físico acuático (45 min) y la tercera tenía 2 partes: 90 min de intervención psicológica a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso, y 45 min de ejercicio físico. Se realizaron 2 evaluaciones, antes y después de la intervención. Se midieron puntos de dolor, variables de composición corporal (peso, talla, porcentaje graso, masa muscular e índice de masa corporal), variables cardio-respiratorias en reposo (frecuencia cardíaca, tensión arterial y espirometría), condición física (chair sit and reach –CSR-, back scratch, chair stand, 8-foot up & go, 6 minute walking test (Rikli & Jones. JAPA 1999;7:129-161), fuerza de prensión manual, equilibrio estático monopodal); variables biomecánicas (análisis de la locomoción mediante dinamometría y fotogrametría) y salud percibida mediante el cuestionario SF-36.

Resultados: Se produce una mejora estadísticamente significativa en porcentaje graso (40,78 ± 6,90 vs 35,02 ± 11,97; p=0,032), fuerza de piernas (6,18 ± 2,92 vs 9,82 ± 4,11 n° rep; p= 0,005), equilibrio dinámico (8,94 ± 3,07 vs 6,67 ± 1,32 s; p= 0,011), y todos los parámetros de la marcha: frecuencia de paso (146,71 ± 11,83 vs 114,04 ± 9,08 pasos/min, p=0,000), longitud de paso izquierda (62,15 ± 10,7 vs 67,26 ± 8,84 cm, p=0,002), longitud de paso derecha (62,40 ± 11,74 vs 67,16 ± 9,91 cm, p= 0,005) y velocidad (1,53 ± 0,35 vs 1,27 ± 0,22 m/s, p=0,000). La prueba CSR no muestra mejoras estadísticamente significativas debido a las altas desviaciones típicas, pero a nivel biológico es muy destacable (pierna derecha de -9,0 ± 18,86 a +6,26 ± 36,23 cm y pierna izquierda de -10,27 ± 18,75 a -2,13 ± 15,82 cm). En la salud percibida se obtienen mejoras significativas en la vitalidad (p = 0,013), función social (p = 0,007), transición de salud (p = 0,034) y en el índice global de salud percibida (p = 0,009). El dolor y el estado de salud mental también sufre importantes mejoras rozando la significación (p = 0,058 y p = 0,089 respectivamente).

Conclusiones: Un programa multidisciplinar que combina ejercicio físico acuático y fuera del agua con terapia psicológica produce mejoras estadísticamente significativas en composición corporal, equilibrio dinámico, fuerza de piernas, locomoción y salud percibida.

Financiación. Proyecto subvencionado por Instituto Andaluz del Deporte y AGRAFIM.

P-491. INCORPORACIÓN DE LA FIGURA PATERNA A LOS SERVICIOS DE SALUD DURANTE EL PROCESO DE NACIMIENTO

G. Maroto Navarro, E. Castaño López, M.M. García Calvente, N. Hidalgo Ruzzante, I. Mateo Rodríguez, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Actualmente en España nos encontramos ante cuestionamientos y cambios importantes relacionados con la atención sanitaria al proceso de nacimiento. A grandes rasgos tienen que ver con la lucha por un modelo de atención menos medicalizado, que otorgue mayor protagonismo a las mujeres, sus hijos/as y familias, y que conceda un espacio concreto para la figura paterna. A pesar de que las reivindicaciones relacionadas con la incorporación de los varones al proceso de nacimiento son cada vez más explícitas, escasas investigaciones en nuestro entorno analizan la opinión y vivencias de los propios implicados. El objetivo del presente trabajo fue explorar las experiencias, necesidades y expectativas hacia los servicios sanitarios que un grupo de hombres padres tuvieron durante el proceso de nacimiento de sus criaturas.

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa mediante entrevistas individuales a 10 padres con un perfil de implicación y corresponsabilidad en la crianza, y con al menos un hijo/a entre 6 y 12 meses de edad. Se hizo un análisis hermenéutico del discurso, señalando las estructuras semánticas.

Resultados: Con distintos niveles de elaboración, los participantes tratan la relación entre expectativas sobre la atención al nacimiento y demanda insatisfecha. Sus discursos reflejan una actitud crítica ante el modelo asistencial dominante, señalando que los servicios sanitarios los sitúan en segundo plano, los "invisibilizan", coartan sus principios, excluyendo su participación. Un hallazgo a destacar tiene que ver con la utilización que hacen los padres entrevistados de los obstáculos para la participación que descubren en los servicios sanitarios, como argumentos de su propia separación del proceso.

Conclusiones: En este trabajo se destaca el limitado protagonismo percibido por los hombres durante atención sanitaria al proceso de nacimiento. Ahora bien, a pesar de su discurso demandante, los entrevistados manifiestan cierta distancia en el proceso, desconcierto inicial ante la posibilidad de que se recojan sus necesidades, así como actitudes contradictorias hacia unos cambios que les comprometen. Se identifican elementos de mejora para la adecuación de los servicios a las demandas paternas y viceversa.

PÓSTERES XXXVI

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9.00 a 10:30 h

Estilos de vida en niños y jóvenes

P-492. ARTE CORPORAL. UNA INTERVENCIÓN DESDE LA SALUD PÚBLICA

F.J. Brena Carreras, M.L. Bermudo Montalvo, P. Bermudo Ercilla, A. Landa Ruiz, F. Herrera Huesca, E. Pérez Machado, M. Rivas Moreno, et al

Ayuntamiento de Sevilla, Servicio de Salud, Sección de Salud y Medio Ambiente.

Antecedentes/Objetivos: Las técnicas de arte corporal (tatuaje, piercing, micropigmentación, etc.) son utilizadas por sectores de población cada vez más amplios. Estas técnicas comportan riesgos para la salud de los usuarios y también para los aplicadores de las mismas. Hemos detectado que en nuestra ciudad se realizan aplicaciones de estas técnicas en lugares que no reúnen las condiciones adecuadas. Por último, también ha sido detectado que locales autorizados para la práctica de otras actividades, realizan técnicas de arte corporal con perforación cutánea sin cumplir los requisitos específicos. Por estos motivos nos hemos marcado los siguientes objetivos: 1) Cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 286/2002 de la Junta de Andalucía, 2) Disminución de los riesgos asociados a estas técnicas, 3)

establecer una línea de comunicación con los titulares de los Establecimientos de Arte Corporal autorizados para mejorar la calidad de los mismos.

Métodos: Elaboración de base de datos de centros autorizados. Acercamiento a la cultura del tatuaje y el piercing mediante visita informativa. Diseño de actividad informativa e inspectora. La actividad informativa se desarrolla a dos niveles: 1) Aplicadores de técnicas y 2) usuarios. Hemos actuado fundamentalmente ante los titulares de los Centros de Arte Corporal ofreciéndoles información sobre requisitos legales y asesoramiento técnico. La actividad inspectora se realiza a tres niveles: 1) Los establecimientos de arte corporal autorizados, 2) Los establecimientos de peluquería y/o estética, para detectar si realizan técnicas de arte corporal de forma no autorizada y actuar en consecuencia y 3) Inspección por previa denuncia de lugares o personas que realizan esta técnica en condiciones no adecuadas.

Resultados: Predisposición colaboradora del colectivo de aplicadores de arte corporal. Participan en la detección y actuación frente al intrusismo y en la vigilancia del cumplimiento de la normativa. Se ha establecido una línea de información recíproca en cuanto a aparición de técnicas o materiales novedosos y en cuanto a detección de riesgos asociados a las diferentes técnicas de arte corporal. Finalmente, en la comunicación se ofrecerá información sobre los centros visitados, los informes favorables y desfavorables, así como los resultados de la inspección técnica con enumeración de los locales o actividades clausuradas y otras propuestas de sanción.

Conclusiones: Se ha establecido una línea de colaboración con los titulares de los establecimientos autorizados, en el cumplimiento de lo dispuesto en la normativa vigente. Se han mejorado las condiciones de práctica de estas técnicas en dichos establecimientos.

P-493. CONSUMO DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS ENTRE JÓVENES ANDALUCES ASIDUOS A LOS GIMNASIOS

M. Rodríguez, M. Padial, J Peinado, et al

Secretaría General Salud Pública. Consejería de Salud, Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de complementos alimenticios por parte de los jóvenes que acuden con regularidad a los gimnasios, cuando no se deben a una prescripción médica, supone un riesgo potencial para la salud de las personas que se debe a la posibilidad de contener componentes tóxicos, o en concentraciones tóxicas, o a recomendar su consumo a dosis tóxica, o a la posibilidad de producir interacciones desconocidas entre sus componentes y o al riesgo de contener sustancias desconocidas inadecuadamente etiquetadas. No existen datos de dicho consumo en nuestro país por lo que se ignora la magnitud del problema. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de consumo y la accesibilidad de los jóvenes a estos productos.

Métodos: Encuesta presencial a una muestra de 206 jóvenes ($e = 0,07$, IC 95%) que acude al gimnasio al menos 2 veces en semana, edad 24,6 años (DE 3,3), 57,7% hombres y encuesta telefónica a 106 gimnasios ($e = 0,04$, IC 95%) de toda Andalucía. En ambas encuestas el encuestador desconocía la finalidad del estudio y las preguntas sobre tema se camuflaron entre otras.

Resultados: La prevalencia de consumo de productos bajo la denominación de complementos o suplementos dietéticos se sitúa entre un 23,9% de los jóvenes que acuden regularmente a los gimnasios. El perfil de quienes consumen es de un chico o chica (no diferencias significativas por sexo) con edad media alrededor de los 24 años y que sigue una dieta especial. En el caso de los chicos, quienes consumen este tipo de productos van al gimnasio fundamentalmente para ganar musculatura y siguen dietas no equilibradas ricas en proteínas. Las chicas van al gimnasio para hacer aeróbic, step o spinning y toman dietas hipocalóricas o "de adelgazamiento" sin que especifiquen en

qué consiste este tipo de dietas. Entre los jóvenes que siguen dieta un 53,1% toma estos productos mientras que entre los que no hacen dietas especiales el consumo es del 10,3%. Esto es así para los dos sexos. Un 74% de los gimnasios ofertan a sus clientes la venta de "suplemento alimenticios" como vitaminas, proteínas, etc. La venta de estos productos se da tanto en los gimnasios que cuentan con Licenciados o Diplomados en Educación Física entre su plantilla como en los que no. Sin embargo, es mucho más frecuente que se dé en los que no tienen este tipo de profesionales.

Conclusiones: La prevalencia de consumo de complementos dietéticos sin indicación médica es suficientemente alta como para plantearse que se puede estar ante un problema de salud pública sobre cuyas repercusiones en términos de salud es necesario investigar.

P-494. FRECUENCIAS DE CONSUMO DE ALIMENTOS EN LAS PROGRAMACIONES DE MENÚ ESCOLARES EN CATALUÑA, 2006-2008

C. Cabezas Peña, G. Salvador Castell, M. Manera Bassols, L. Martínez García, R. Sales Guàrdia, P. Corominas Baulenas, et al

Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; Direcció General d'Atenció a la Comunitat Educativa. Departament d'Educació.

Antecedentes/Objetivos: En el marco de la estrategia PAAS (Plan Integral de Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Saludables) del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya (www.gencat.net/salut) se inició en 2006, mediante convenio entre los Departamentos de Salud y Educación, una oferta de revisión de programaciones de menús de centros docentes. El objetivo del estudio es describir las frecuencias de consumo de las programaciones de menús de los centros docentes de Cataluña del periodo 2006-2008.

Métodos: Se incluyeron programaciones revisadas por solicitud voluntaria, de 5 días y de 4-5 semanas (de las programaciones de 5 semanas se excluyó sistemáticamente la última semana) de centros educativos de educación infantil y primaria y/o secundaria o educación especial, durante el periodo 2006-2008. Se excluyeron aquellas programaciones de 3-4 días, de 2-3 semanas, de guarderías o escuelas de adultos. El análisis del cumplimiento de las frecuencias de consumo se basa en las recomendaciones semanales de la "Guía de la alimentación saludable en la etapa escolar" (Generalitat de Catalunya, Departament d'Educació - Departament de Salut. Guia, L'alimentació saludable a l'etapa escolar. 2005).

Resultados: Durante el periodo 2006-2008 se recibieron un total de 380 programaciones de menús para revisar; el 64,7% ($n = 246$) cumplía los criterios de inclusión. El porcentaje medio de cumplimiento de las frecuencias de consumo fue para los primeros platos del 78,9% para el arroz, 91,8% para la pasta, 87,3% para las legumbres y 86,3% en las raciones de verduras cocidas. Para los segundos platos, el cumplimiento fue del 86,3% para el pescado, 55% para los huevos (el 45% servía menos huevos de los recomendados), 72,2% para la carne (el 25,1% servía más carne de la recomendada), 45,4% para la ensalada de guarnición (el 44,4% servía menos ensaladas de las recomendadas) y 52,2% para las patatas de guarnición. Para los postres fue del 81,2% en el caso de la fruta y del 57,9% en los productos lácteos (el 31,5% servía más lácteos de los recomendados).

Conclusiones: Destacar como aspectos positivos un elevado porcentaje de cumplimiento de las frecuencias recomendadas de arroz, pasta, legumbres, verdura, pescado y fruta. Los aspectos a mejorar son el excesivo consumo de carne y productos lácteos y la baja presencia de huevos y de ensaladas en las guarniciones. Es conveniente establecer sistemas de seguimiento de la incorporación de las sugerencias de mejora en las frecuencias de consumo de alimentos explicitadas en los informes de evaluación.

P-495. DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DE LAS PROGRAMACIONES DE MENÚ ESCOLARES EN CATALUÑA, 2006-2008

C. Cabezas Peña, G. Salvador Castell, M. Manera Bassols, L. Martínez García, R. Sales Guàrdia, P. Corominas Baulenas, et al

Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; Direcció General d'Atenció a la Comunitat Educativa. Departament d'Educació.

Antecedentes/Objetivos: En el marco de la estrategia PAAS (Plan Integral de Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Saludables) del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya (www.gencat.net/salut) se inició en el 2006, mediante convenio entre los Departamentos de Salud y Educación, una oferta de revisión de programaciones de menús de centros docentes. **Objetivo:** describir las características del servicio de comedor y de los centros solicitantes de Cataluña durante el periodo 2006-2008, así como de aspectos cualitativos de las programaciones.

Métodos: Se incluyeron programaciones de menús revisadas por solicitud voluntaria, de 5 días y de 4-5 semanas (de las de 5 semanas se excluyó la última) de centros de educación infantil y primaria, secundaria y educación especial, durante el periodo 2006-2008. Se excluyeron las programaciones de 3-4 días, de 2-3 semanas, de guarderías y escuelas de adultos. Un equipo de dietistas-nutricionistas valoró la adaptación estacional, la especificación de los platos, la presencia diaria de verduras y frutas frescas y la presencia de fritos.

Resultados: Durante 2006-2008 se recibieron un total de 380 programaciones de menús; el 64,7% (246) cumplían los criterios de inclusión. Las programaciones evaluadas fueron mayoritariamente de centros docentes públicos (80,9%), de infantil y primaria (78,9%) y gestionados a través de la Asociación de Madres y Padres de Alumnos, (42,3%). El 35,4% de los centros dispone de cocina propia, el 32,1% y el 29,3% utilizan un servicio de restauración, que cocina en la propia escuela o que sirve desde una cocina central, respectivamente. En relación a las características cualitativas de las programaciones, el 96,9% de las programaciones de otoño-invierno reflejaban estacionalidad, a diferencia del 35% de las de primavera-verano. En el 57,3% de los primeros platos faltaba especificación; en el 7,7%, 31,3% y 67,9% de los segundos platos no se concretaba el tipo de carne, de pescado ni de guarnición, respectivamente. En cuanto al tipo de postre, el porcentaje de no especificación fue del 6,5%. Se observó en el 43,9% de las programaciones falta de verduras y frutas frescas (> 2 veces/semana). Solamente el 2,4% de las programaciones se excedía en la frecuencia recomendada de fritos (2 veces/semana).

Conclusiones: Es recomendable diseñar programaciones estacionales, especialmente para el período de primavera-verano y especificar más detalladamente los ingredientes y cocciones con el fin de proporcionar información más concreta a las familias, así como garantizar la presencia diaria de verduras y/o frutas frescas.

P-496. PERCEPCIÓN SOBRE HáBITOS PROMOTORES DE LA SALUD DE ADOLESCENTES URBANOS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

J.R. González-López, E. Gil-García, N. Romo-Avilés, C. Meneses-Falcón, P. Jiménez-Gil, M.A. García-Carpintero-Muñoz, F. León-Larios, et al

Universidad de Sevilla; U. Pontificia Comillas; U. Granada.

Antecedentes/Objetivos: La comunicación se encuadra dentro del Proyecto "Influencia del Género y la Clase Social en la Percepción y Valoración de las Conductas de Riesgo en Adolescentes Urbanos" del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. El objetivo es conocer la percepción de los adolescentes sobre los hábitos promo-

tores de la salud en relación al consumo de drogas/hábitos tóxicos, la educación vial y la práctica de relaciones sexuales. El abordaje del estudio sobre conductas y hábitos promotores parte de la identificación que hacen los/as protagonistas. Se muestran los resultados obtenidos entre adolescentes de varias CC.AA. en relación a dichos hábitos.

Métodos: Perspectiva cualitativa en la que la estrategia utilizada para la obtención de los datos fue el grupo de discusión, aplicado a una muestra intencional conformada por adolescentes distribuidos en 12 grupos de Madrid, Granada y Sevilla, según variables de edad, sexo/género y clase social. Partiendo de una revisión bibliográfica y con el objeto de desarrollar un análisis crítico de las transcripciones y de su contenido a nivel semántico, sintáctico y pragmático; con el apoyo del programa NUDIST- VIVO. La categoría principal de análisis fue la percepción de hábitos promotores de la salud, definidos como aquellas acciones que permiten a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.

Resultados: El concepto de "hábitos promotores de la salud" es asumido por gran parte de los adolescentes como comportamientos que reducen o controlan aquellas conductas de riesgo llevadas a cabo por éstos, asemejándose a la definición de la Carta de Ottawa, OMS (Ginebra,1986).El discurso giró en torno a distintos ejes: a) la asociación "uso del casco/cinturón-educación vial" constituye la principal respuesta en los grupos de clase media-baja; b)el binomio "relaciones sexuales-uso del preservativo" es destacable sobre todo cuando se habla de ETS; c) por último, la relación "consumo alcohol/drogas-conducción", surge en todos los grupos de forma menos clara. Es reseñable que en todos los grupos se destaca la educación sanitaria aportada a través de charlas y amigos como agentes promotores de dichos hábitos.

Conclusiones: Los resultados del estudio respecto a la percepción de los adolescentes sobre los hábitos promotores de la salud, aportan información de interés de cara al diseño y puesta en marcha de medidas, programas y/o estrategias destinadas a la prevención de conductas de riesgo para la salud entre adolescentes a través de la promoción de hábitos saludables, al tiempo que invitan al planteamiento de futuras investigaciones que profundicen en las cuestiones planteadas en este estudio.

P-497. CUÉNTAME UN CUENTO. ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE SALUD QUE TIENE LA POBLACIÓN INFANTIL EN ANDALUCÍA

O. Pérez Corral, J.C. March Cerdá, M. Cruz Piqueras, E. Martín Ruíz, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El proyecto "Mundo de Estrellas" de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía tiene como objetivo hacer la estancia más agradable a niños/as hospitalizados mediante el uso de las TICs. En Navidad pasadas se puso en marcha "Mundo Salud en Navidad" que, contando con la colaboración del programa infantil La Banda de Canal Sur, pretendía sondear qué entiende por salud la población infantil. En la web de este programa se habilitó un espacio para distintas actividades. Una de ellas era un concurso de cuentos donde los niños/as podían expresar qué entendían por una navidad saludable. Es objeto de esta comunicación analizar el concepto de salud que los niños y niñas andaluces manifiestan en sus relatos.

Métodos: Se realizó un análisis de contenido de los relatos. Se definieron las siguientes categorías: alimentación, deporte, higiene, estado de ánimo, pobreza y acceso a servicios y profesionales sanitarios. Se contempla la posibilidad de que un mismo relato contabilice en más de una categoría Participaron niños/as andaluces menores de 14 años y socios del programa La Banda. No se accedió a sus datos personales asegurando así la confidencialidad y el anonimato. El número de cuentos recibidos fue de 65. Se han considerado para este estudio 24, descartándose el resto por no ajustarse a la temática requerida.

Resultados: Un 46% de los relatos pone el acento en la alimentación. Se enfatiza que una alimentación saludable es fuente de vitalidad y protege de las enfermedades. La mayoría identifica una alimentación saludable con la ingesta de frutas y verduras. Otros, destacan el valor de no comer azúcares y grasas manteniendo una alimentación variada. En un 25% de los cuentos se destaca la importancia de hacer deporte y en un 12,5% se menciona la necesidad de cuidar la higiene. Un 30% relacionan la salud con el acceso a servicios y profesionales sanitarios. El estado de ánimo es mencionado en 21% de los relatos relacionando tristeza, apatía y preocupación con enfermedad y alegría con la existencia o recuperación de salud. Otro 21% relaciona la idea de pobreza con la ausencia de salud. Agrupando las categorías vemos que el mensaje de promoción de salud mediante la práctica de hábitos saludables es el más reproducido. En menor medida se relaciona la idea de salud con cuestiones estructurales y de acceso a recursos sanitarios.

Conclusiones: Los niños/as sitúan el concepto de salud más cerca de la idea de promoción y prevención que de la idea de curación y acceso a recursos sanitarios. Este dato apunta a que las recomendaciones sobre vida saludable están teniendo calado en el discurso de la población infantil.

P-498. ACCIDENTES INFANTILES: TIPOLOGÍA, CAUSAS Y RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN

B. Ruiz, M. Soriano, A. Cabrera, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Centro Prevención Riesgos Laborales Jaén, Consejería Empleo Junta de Andalucía; Observatorio de la Infancia en Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Los accidentes infantiles son una de las primeras causas de morbimortalidad entre la población menor de 15 años. En España suponen la tercera causa de muerte entre las chicas y chicos de este grupo etario. Los objetivos del presente trabajo son cuantificar y caracterizar los accidentes infantiles así como proporcionar algunas recomendaciones para su prevención.

Métodos: Se han escogido dos muestras: registro hospitalario de urgencias del Hospital de Jaén donde (4.869 accidentes de menores de 15 años); y encuesta a 421 menores de 5º y 6º de primaria.

Resultados: Registro hospitalario. Un 60,8% de los accidentes infantiles se produjeron en niños. Entre los 10 y 15 años se registra el 44% de los accidentes. Los accidentes infantiles ocurrieron con mayor frecuencia en la calle (35%), siendo muy similar los ocurridos en el hogar (32,9%) y en el centro escolar (32,1%). Las consecuencias más frecuentes fueron contusiones (47,4%), fracturas (15,6%) y trastornos craneoencefálicos (13%). Encuesta. Un 53,4% de los accidentes infantiles se produjeron en niños. Ocurren con mayor frecuencia en la casa (49,9%), después en la calle (34,6%) y con bastante menor frecuencia en el centro escolar (15,6%). Las caídas supusieron un 28,3% de los accidentes infantiles declarados, los golpes un 22,8% y los cortes un 20,2%. En la calle y en el colegio las caídas (37,7% y 43,4% respectivamente) y los golpes (25,6% y 39,3% respectivamente) fueron los accidentes más frecuentes, mientras que en la casa los más frecuentes fueron los cortes (23,2%) y las quemaduras (22,9%).

Conclusiones: Los accidentes infantiles en los chicos, a medida que aumenta la edad, ocurren en mayor medida que las chicas y es en la calle donde principalmente se producen, mientras que en las chicas el escenario de ocurrencia más frecuente es el hogar. El centro educativo se presenta como el entorno con menor accidentalidad. La tipología de la accidentalidad infantil observada en este estudio presenta bastantes similitudes con la de la accidentalidad laboral entre la población activa (caídas, cortes y golpes), reflejando lo importante que es insistir en que la prevención de accidentes infantiles sea una de las líneas principales en los programas para la promoción de la salud. En definitiva, se trata de fomentar una estrategia común:

prevención de problemas de salud derivados de la accidentalidad y promoción de estilos de vida saludables. En este sentido, se han desarrollado con éxito algunas estrategias educativas de promoción de la salud como el programa "Aprende a crecer con Seguridad".

P-499. POTENCIALES ACTIVOS PARA LA SALUD DE LA JUVENTUD NICARAGÜENSE CAPTADOS POR LA PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD

D.Y. Sánchez, C. Lineros, M. Hernán, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La reciente relevancia pública que ha tomado la juventud en Nicaragua, ha sido potenciada por el reconocimiento de derechos específicos y su aparición como sujeto de políticas mediante la Ley, Política y Plan de Acción para el Desarrollo Integral de la Juventud. En este contexto, la Primera Encuesta Nacional de Juventud (2006) se constituye en el primer acercamiento con representatividad nacional a las opiniones de las y los jóvenes referidas a su vida familiar, tiempo libre, cultura, ciudadanía, educación, empleo, salud, sexualidad y riesgo social. Partiendo de la necesidad de aprovechamiento de esta información de cara a la generación de conocimiento sobre la multiplicidad de factores que pueden estar asociados a su salud, bajo el enfoque del Modelo de los Activos basado en la Teoría de la Salutogénesis, se planteó como objetivo conocer los potenciales activos para la salud de la juventud nicaragüense captados por la Primera Encuesta Nacional de Juventud.

Métodos: Estudio transversal, cuantitativo y descriptivo, con datos captados por la encuesta referidos a tipos de relaciones con el padre, madre y pares, participación en actividades comunitarias, el uso del tiempo y expectativas personales de hombres y mujeres jóvenes entre 15 a 19 años de edad, de áreas urbanas y rurales.

Resultados: Se encontraron 10 indicadores de potenciales activos, 6 de ellos están referidos a su contexto y actividades que realizan en su tiempo libre, tales como el apoyo familiar, la participación en reuniones de barrio, voluntariado, iglesia, actividades creativas, culturales y deportivas. Además, se encontraron 4 indicadores de características personales referidas al tiempo dedicado a estudiar, leer por placer, tener un grupo de amigos/as y la visión de su futuro personal. Al observar su distribución entre la población de estudio, se encuentra que en general las variables referidas al apoyo familiar tienden a ser valoradas positivamente por hombres y mujeres de ambas áreas, exceptuando las valoraciones que hacen los y las jóvenes del área urbana sobre la comunicación, comprensión y tiempo que su padre les dedica. Por otra parte, se encuentra que para hombres y mujeres de ambas áreas, ir a la iglesia, y en el caso de los hombres, hacer deporte, son las actividades que con mayor frecuencia realizan. Así mismo, la mayoría tiene un grupo de amigos/as de referencia y no ven su futuro de forma negativa. El tiempo dedicado a leer/estudiar en general no supera las 2 horas y en el caso de leer diarios/revistas se dedica entre nada y media hora.

Conclusiones: El apoyo familiar, la comunidad religiosa, los grupos deportivos, un grupo de amigos/as y la visión de su futuro personal, se constituyen en potenciales activos para la salud de la juventud nicaragüense.

P-500. PIERCINGS ORALES COMO CAUSANTES DE ALTERACIONES BUCODENTALES

L. Ochoa García, S. Dufoo Olvera, C. Sifuentes Valenzuela, G. Hernández Raya, et al

Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Antecedentes/Objetivos: La perforación corporal es una práctica que se adoptó en muchas tribus de todo el mundo por motivos

místicos, religiosos, estéticos o sexuales, en la actualidad una moda mundial siendo la perforación oral más común la que se coloca cerca de los labios, otras perforaciones menos frecuentes son las mejillas, frenillo lingual y úvula. Por estar en constante movimiento la lengua y las mejillas al insertar un piercing puede causar hemorragia, inflamación, infección abrasión y hasta fracturas dentales. El objetivo de este estudio fue reportar el tipo de piercings orales colocado, sexo y las posibles alteraciones bucodentales originadas por esta práctica.

Métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo, la muestra se tomó de forma aleatoria en población abierta a 150 sujetos que portaran piercings orales, a los que se les aplicó un interrogatorio directo, realizando una exploración bucal armada, dentro de los criterios de inclusión los sujetos deberían portar piercing en lengua, labios, carrillos, frenillos o úvula, de 6 a 12 meses de colocado el piercings, entre las variables de estudio se encuentran sexo, edad, material del piercings, tiempo de colocado, medidas de higiene durante, requerimiento de tratamiento después de la colocación, lesiones, signos y síntomas actuales en la cavidad oral por la colocación del piercings. Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS V.13 realizando frecuencias y asociación con ji cuadrado.

Resultados: El 62% de la muestra correspondió al sexo masculino, entre los 13 y 28 años, siendo mayor la incidencia entre los 14 y los 18 años, de estos el 40% los portaba en lengua, 32% en labio, 10% en la comisura, 9% en úvula, el 60% portaba un solo piercing. El 65% tenía más de 6 meses de habérselo colocado, el 67% tardó menos de 4 semanas en sanar, el 45% de la muestra requirió de tratamiento médico, los encuestados reportan dolor, inflamación, dificultad a la masticación después de la colocación, 31 de los sujetos presentaron recesión gingival, 27 abrasión dental y 15 sensibilidad dental.

Conclusiones: Los jóvenes de 13 a 18 años son los que con mayor frecuencia portan piercings orales, haciéndolo sin conocer las complicaciones de esta práctica, las complicaciones que con más frecuencia se observaron son la abrasión dental y recesión gingival. La falta de ética de algunos perforadores, el fácil acceso a los lugares donde se realizan, bajo costo de estas prácticas, influencia de la moda facilitan que el menor de edad lo porte sin precaución alguna. Se recomienda realizar estudios con muestras mayores y hacer seguimiento de las mismas.

P-501. PREVALENCIA DE OBESIDAD INFANTIL Y FACTORES DE RIESGO EN CASTILLA-LA MANCHA ENCUESTA DE SALUD 2006

M.E. Medina, E. Torres, N. Magariños, O. Solas, et al

GUETS SESCAM; FISCAM.

Antecedentes/Objetivos: En Castilla-La Mancha (CLM) y España son muchas las iniciativas dirigidas a prevenir el sobrepeso/obesidad relacionado con el aumento en la ingesta, la disminución en el gasto energético y estilos de vida sedentarios. La Encuesta de Salud Infantil 2006 presta especial atención a la estimación del exceso de peso y los Factores de Riesgo (FR) relacionados.

Métodos: Población: < 16 años (ESI/CLM 2006, N = 1020. Error muestral +3,3 nivel de confianza del 95%). Entrevista domiciliaria. Responde el padre/madre/tutor del menor. Estimación de exceso de peso según criterios de Cole (2000). Estimación de peso y talla referida y medida en domicilio. Se recogieron datos sobre frecuencia de consumo de alimentos, actividades extraescolares, ejercicio físico y utilización del tiempo de ocio.

Resultados: El 93,5% (IC 91,9-95) de los padres definen la salud de sus hijos en el último año como muy buena/ buena. Se ha estimado una elevada prevalencia de exceso de peso (28,2% IC 25,3-31,0) más elevada en niños (33,6% IC 29,4-37,7) que niñas (24,6% IC 20,7-28,4). El 10,5% considera que el peso de su hijo es superior a lo normal. Esta prevalencia disminuye significativamente (19,1%) según se

aproximan a la adolescencia entre 13 y 15 años. Las clases sociales bajas presentan mayor prevalencia de exceso de peso (incremento de 6 puntos porcentuales). Según los principales FR, un 35,5% no realiza actividad física en su tiempo libre o esta práctica es ocasional el porcentaje mejora desde 2002 (47% en la ESI/CLM/02). El 93,5% ve TV a diario/casi a diario: 2-3 horas (21%), más de 3 horas (9,6%), los menores de 6 años el 2,2% (sin variación respecto a 2002). Juega con el ordenador o videoconsolas a diario/casi a diario el 43,6% (6,2% menores de 6 años, la mitad de ellos entre 1 y 2 horas/día). La ingesta de alimentos es considerable y superior a las recomendaciones sobre todo en lácteos, dulces y embutidos.

Conclusiones: Elevada prevalencia de exceso de peso, superior en clases socioeconómicas medias, Ciudad Real, Toledo y poblaciones > 50.000 hab. El incremento en la actividad física no basta para contrarrestar el incremento en la ingesta calórica, descendiendo según se aproximan a la adolescencia y la clase social. Los patrones de uso del tiempo de ocio fomentan el sedentarismo (ver la televisión, jugar con el ordenador), reduciendo el tiempo dedicado a actividades físicas o deportivas. La influencia del estilo de vida actual/urbano y de los padres está determinando el aprendizaje de conductas poco saludables en esta etapa de la vida. Se observa un cambio en el patrón de alimentación incrementándose el consumo de lácteos, dulces, embutidos, comida rápida, refrescos y snacks. La educación en salud debe dirigirse a los padres, mejorando su percepción de riesgos asociados a la obesidad Infantil.

P-502. ESTILOS DE VIDA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN ANDALUCÍA

M. Carballido Fernández, M.V. García Palacios, F.J. López Fernández, J.J. Sánchez Cruz, A. Fernández Ajuria, S. Pinzón Pulido, et al

Hospital Universitario Puerta del Mar, Servicio Andaluz de Salud; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Identificar si hay asociación entre factores sociodemográficos y estilo de vida y la presencia de obesidad y sobrepeso infantil en Andalucía.

Métodos: Se realizó estudio transversal mediante la Encuesta Andaluza de Salud'03 en niños/as andaluces de 8 a 15 años de edad, con muestreo por conglomerados polietápico. Se analizaron variables sociodemográficas (sexo, edad, provincia, clase social por ocupación y nivel educativo familiar), dietéticas (según frecuencia por alimento recomendada en la pirámide nutricional infantil, SENC'04), de actividad (visionado de TV y ejercicio físico), autopercepción de salud, preocupación por aspecto físico, obesidad y sobrepeso (cálculo mediante tablas de Cole estandarizadas equivalentes a IMC = 25 y 30 en adultos). Se presentan frecuencias y porcentajes en variables cualitativas, media y DE en cuantitativas. Análisis bivariante mediante test de chi-cuadrado y regresión logística simple y multivariante mediante regresión logística binaria.

Resultados: Se estudiaron 730 niños de 11,8 años de edad media (DE 2,2). La clase social era baja en el 64,2% (agrupando clase IV y V de la SEE) y un 35% sólo tenía estudios primarios. En relación al sobrepeso, su prevalencia fue 30,4% en niños y 25,1% en niñas. En el multivariante, sólo la edad se asoció significativamente con tener sobrepeso, el resto de variables (menor clase social ocupacional y educativa, factores dietéticos, realizar menos actividad o preocuparse menos por su aspecto físico) no llegaron a la significación estadística. Para la obesidad, la prevalencia fue 11,9% en niños y 9,8% en niñas, relacionándose significativamente en el multivariante la edad (OR = 1,6), el no realizar ejercicio físico diario (OR = 2) y la ingesta elevada de yogures (OR = 2,3) así como el bajo nivel de educación, codificada en alta vs baja (OR = 2,3); la clase social ocupacional y la ingesta diaria de verduras no alcanzaron significación estadística.

Conclusiones: La prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Andalucía fue superior a la de la Encuesta Nacional de Salud'06 (18,7% y 8,9%). Aunque es un estudio transversal, la edad se asoció fuertemente con ambas variables, con prevalencias mayores al 20% a partir de los 10 años. La clase social educativa de los progenitores explicó mejor que la ocupacional su asociación con la obesidad infantil. El acercamiento de la Promoción de la Salud hacia dieta saludable y actividad física debe abordarse desde la perspectiva de desigualdad que este estudio manifiesta, potenciándose en la edad crítica mencionada como herramienta de prevención de la obesidad infantil y de una posible obesidad adulta.

P-503. LA CULTURA DE SALUD EN LAS AULAS. EL DISCURSO DEL PROFESORADO DE TERCERO Y SEXTO DE PRIMARIA

M.C. Davó Blanes, I. Carbonell, D. La Parra, R. Ortiz Moncada, et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante; Conselleria de Cultura, Educació i Esport; Departamento de Sociología II. Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Hay poca información sobre la conceptualización de la salud del profesorado, a pesar de que ésta puede condicionar su implicación para adecuar en los centros escolares el actual modelo de escuela promotora de salud. El objetivo del estudio es identificar las concepciones de la salud y la salud escolar que tiene el profesorado de 3º y 6º de la educación primaria, determinando diferencias según género y contexto socioeconómico de la escuela.

Métodos: Estudio descriptivo exploratorio. Muestra intencional de profesorado de tercero y sexto de primaria de colegios públicos y privados de la ciudad de Alicante. Variables: Percepción de la salud personal y del entorno escolar. Recogida y análisis de datos: 3 grupos de discusión formados por entre 8 y 10 profesores y profesoras, constituidos según los criterios de inclusión Centro público/Centro concertado; Zona centro o residencial/ zona de clase trabajadora; Hombres/Mujeres/Grupo mixto; Tercero y Sexto de primaria. Codificación de los discursos grabados y transcritos con el programa ATLASTI.v.4.1.

Resultados: El profesorado percibe la salud de la población infantil y de los centros escolares, a través de indicadores físicos, psicológicos y sociales. Identifica la influencia de la familia, el grupo de iguales y el propio centro sobre los hábitos y conductas de los escolares (alimentación, higiene, sueño y discriminación entre otras). Relaciona dichos factores personales y los del centro escolar, (iluminación, temperatura, ventilación de las aulas y barreras arquitectónicas) con algunos problemas de salud de la población infantil como las alergias, el estrés, las conductas sedentarias, los accidentes y los problemas de integración y de violencia.

Conclusiones: La percepción que tiene el profesorado de la salud de la población infantil es una fuente de información de utilidad para realizar un diagnóstico de salud que va más allá de lo que podría permitir un diagnóstico de salud comunitario clásico. En especial, por tener la capacidad de conectar estos problemas con otras áreas de desarrollo personal como las relaciones de amistad, el aprendizaje, o la relación con la familia.

Financiación. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

P-504. EL ADOLESCENTE PRIORIZA UNA EDUCACIÓN FÍSICA ORIENTADA HACIA LA SALUD

P. Chillón, A. Cabrera, J. Medina, M. Delgado, M.A. Delgado, et al

Departamento de Educación Física y Deportiva, Universidad de Granada; Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

Antecedentes/Objetivos: Educar para la salud debe ser un objetivo prioritario en el contexto escolar. Son diversos los estudios que mani-

fiestan los centros escolares como lugar idóneo para la promoción de salud. En la pretensión de promocionar la salud de los adolescentes escolarizados a través del área de Educación Física, es fundamental conocer previamente la opinión del alumnado sobre dicha área. El objetivo del presente estudio es analizar las teorías implícitas (creencias) de la Educación Física escolar en una población adolescente de un centro educativo de enseñanza secundaria.

Métodos: El diseño fue transversal observacional con cuestionario autoadministrado. La muestra total fue de 88 alumnos (44 alumnos y 44 alumnas) de tres grupos de 3º de ESO (14,13 años) pertenecientes a un centro educativo público del cinturón de Granada, de nivel socioeconómico medio. Se evaluaron las creencias del alumnado sobre la asignatura de Educación Física mediante el cuestionario TIEFE (cuestionario normativo de las teorías implícitas de la Educación Física Escolar) cuya elaboración, validación y fiabilidad corresponde a Delgado. La teoría salud concibe la Educación Física como medio de promoción de la salud y de prevención de enfermedades. Se realiza análisis descriptivo para cada teoría y análisis inferencial con pruebas t de Student para muestras independientes (género) y para muestras relacionadas (teoría salud con el resto de teorías). El nivel de significancia se fijó en 5%.

Resultados: La teoría de salud es la que obtiene un mayor valor medio ($4,51 \pm 1,00$) indicativo de un mayor acuerdo con los ítems que representan dicha teoría, seguida de la teoría recreativa ($4,48 \pm 1,27$), teoría de rendimiento ($3,84 \pm 1,09$), teoría educativa ($3,82 \pm 0,98$) y finalmente, la teoría expresiva ($3,67 \pm 1,14$). Es ésta última, la teoría expresiva, la única que obtiene un valor significativo ($p = 0,007$) cuando se comparan entre género, presentando las chicas una mayor puntuación de acuerdo respecto a los ítems que manifiestan la tendencia expresiva de la Educación Física. En el análisis de pares de la teoría salud con el resto de teorías se obtienen valores significativos ($p < 0,001$) que reiteran el mayor grado de acuerdo con la teoría salud respecto a las otras tendencias, excepto con la teoría recreativa.

Conclusiones: Los escolares estudiados manifiestan un mayor acuerdo con la creencia de la Educación Física orientada hacia la salud. Es fundamental por tanto orientar en la misma dirección las creencias del profesorado, para conseguir un proceso de enseñanza-aprendizaje coherente y una mejora del nivel de salud del alumnado promocionando estilos de vida activos y saludables.

P-505. ANÁLISIS CINÉMÁTICO BIDIMENSIONAL DEL TEST DE FLEXIBILIDAD BACK-SAVER SIT-AND-REACH

P. Chillón, F.B. Ortega, A. Carbonell, E.G. Artero, J. Dafos, A. Robles, V.M. Soto, M.J. Castillo, et al

Departamento de Educación Física y Deportiva, Universidad de Granada; Departamento de Fisiología, Universidad de Granada; Karolinska Institutet, Suecia.

Antecedentes/Objetivos: La flexibilidad es una parte importante del nivel de condición física de una persona y está relacionada con futuras dolencias en la zona lumbar. De entre los tests de campo disponibles para evaluar la flexibilidad, el test Back-saver sit-and-reach (BSSR) se ha mostrado como una opción válida, fiable y saludable. El objetivo del presente estudio es evaluar la información que el resultado del BSSR aporta sobre la flexibilidad de cadera, columna lumbar y dorsal.

Métodos: Un total de 138 adolescentes (81 chicos y 57 chicas, $14,46 \pm 1,69$ años) participaron de forma voluntaria en el estudio. Todos los participantes ejecutaron el test de flexibilidad BSSR. El test consiste en, desde posición sentada, una pierna flexionada y la otra extendida, flexionar cadera y tronco, desplazando con la punta de los dedos tan lejos como sea posible una regla colocada sobre un cajón

estandarizado. Se repite la misma operación con la otra pierna, anotando en cada repetición la máxima distancia alcanzada (cm). Una fisioterapeuta experimentada colocó diversos marcadores anatómicos en cadera, inicio y fin de la columna lumbar y dorsal, que permitieron la estimación de ángulos a posteriori. Cada ejecución del test fue analizada con dos videocámaras digitales de alta velocidad (Photon focus MV-D640) y un sistema de referencias. En la posición de máxima flexión, se calcularon los ángulos de cadera, columna lumbar y dorsal, estableciendo como referencia el vector horizontal en todos los casos. Las asociaciones entre el resultado del test BSSR y dichos ángulos fueron analizadas mediante correlación de Spearman y el modelos de regresión lineal.

Resultados: Se observó una alta correlación entre el test BSSR y los ángulos de cadera, lumbar y dorsal (rango entre 0,659 y 0,862 y un valor de $p < 0,001$ en todos los casos), en ambas piernas. El test BSSR explicó el 75,3% ($p < 0,001$) de la varianza en la flexibilidad lumbar, el 68% ($p < 0,001$) de la flexibilidad dorsal y el 52,6% de la flexibilidad de cadera e isquiotibial, independientemente de género, edad y desarrollo madurativo (estadio de Tanner).

Conclusiones: Los resultados sugieren que el test BSSR es un buen indicador de flexibilidad de la columna vertebral en adolescentes, mostrando por tanto ser un test adecuado para evaluar la flexibilidad del tronco en estas edades.

Financiación. Estudio previo del proyecto HELENA financiado por la Comisión Europea (Contract FOOD-CT-2005-007034).

P-506. ESTADO DE SALUD Y RESPUESTA CARDIACA EN ESCOLARES

A.J. Pérez Cortés, V.P. Ramírez Jiménez, A.B. Fernández Revelles, et al
Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Recientes estudios están demostrando el prematuro deterioro del estado de salud de los escolares. En esta línea, hemos analizado en colegiales, la relación existente entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y la respuesta cardiaca durante el tiempo de práctica dentro de objetivos didácticamente programados, para un mantenimiento de la intensidad del esfuerzo en sesiones de Educación Física.

Métodos: Intervinieron en la experiencia un total de 40 escolares de Primaria de diferentes etnias, 20 chicos y 20 chicas, de 8 años, escogidos de una muestra inicial de 110 estudiantes de la Ciudad Autónoma de Melilla. Empleándose para las mediciones antropométricas, un estadiómetro (talla) y el bioimpedanciómetro Tanita 300BF con el software de diagnóstico Quick Tanita 2.0 (peso e IMC), para el registro de la tasa cardiaca el sistema telemétrico Hosand TM200 con el software de análisis Hosand SW200, y para el cómputo de los tiempos de práctica el pocket PC HP6915 con software embebido de cronometraje. Se aplicó el estudio en dos sesiones por semana, a lo largo de 4 semanas. Induciendo a los escolares a la práctica en cada sesión de Educación Física, de actividades lúdicas participativas y no discriminatorias. Se obtuvo el IMC de toda la muestra al inicio y al final del periodo, registrándose diferentes parámetros de respuesta cardiaca y tiempos de práctica física en cada una de las sesiones.

Resultados: El análisis estadístico deparó IMC ligeramente superior en los chicos (0,80%), correspondiendo los valores más altos a los de etnia europea (19,73 kg/m²). Los escolares con normopeso alcanzaron los mejores registros de tasa cardiaca de trabajo continuo dentro de un margen saludable (176 lpm \pm 5,5) y de tiempo de práctica por objetivos (32 min \pm 2). Los peores datos en frecuencia cardiaca submáxima fuera de los márgenes saludables aeróbicos (202 lpm \pm 6,5) y porcentaje de recuperación (29%), correspondieron a los colegiales con sobrepeso.

Conclusiones: Detectadas poblaciones escolares en situación prematura de riesgo, exige actuar con cautela en el control del esfuerzo durante el planteamiento de actividad física. Se evidencia la relación entre sobrepeso y respuesta cardiaca en el intento de mantenimiento de la intensidad de esfuerzo, a niveles de alcance anticipado de fatiga y de frecuencia cardiaca máxima, así como en el aumento del tiempo de recuperación.

P-507. ¿QUÉ SUSTANCIAS CONOCEN LOS ADOLESCENTES COMO DROGAS?

A. Baltasar Bagué, J. Patiño Masó, M.E. Gras Pérez, S. Font Mayolas, et al

Departamento de Enfermería. Departamento de Psicología, Universitat de Girona.

Antecedentes/Objetivos: La adolescencia, representa un periodo crítico en relación al consumo de drogas legales e ilegales. Muchos jóvenes conocen y prueban las drogas por primera vez entre los 13 y los 16 años. La información que tienen sobre las drogas proviene básicamente de los medios de comunicación, la familia, los amigos y la escuela (Villalbí, Nebot i Ballestín, 1995). Cuando se habla de drogas, las personas suelen pensar en sustancias ilegales, sin incluir el alcohol, los medicamentos y tabaco (Cunill, Planes y Gras, 1998). La permisividad en el consumo de drogas en nuestro medio y la progresiva implicación de los jóvenes en el mismo ha llevado consigo un proceso sociológico de normalización de su uso, especialmente en los espacios de ocio nocturno y de fin de semana (Becoña, 2002; Calafat et al., 2000). **Objetivos:** conocer las sustancias entendidas como drogas por los jóvenes. Saber si existen diferencias según la edad y el sexo.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado durante el curso académico 2004-05. La muestra está constituida por 321 estudiantes de 3ª y 4ª de ESO, con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años, matriculados en 3 institutos de enseñanza secundaria de la comarca de la Selva (Girona). El 49,5% son mujeres y el 50,5% son hombres. Se utilizó un cuestionario de elaboración propia que evalúa diferentes variables relacionadas con el consumo de drogas.

Resultados: Las drogas ilegales son las más citadas siendo el cannabis la más nombrada (89,9%) seguida de la cocaína (84,1%), las pastillas (79,8%) y la heroína (66,4%). El tabaco (40,5%) y alcohol (42,1%) en ambos sexos, son las menos citadas y tan sólo un 7,2% señala los medicamentos. En ningún caso se observan diferencias significativas entre chicos y chicas. Tampoco hay significación estadística en cuanto a las sustancias nombradas según la edad de los participantes. Un 17,4% indica otras drogas: crack, opio, polen, colas y ketamina como sustancias conocidas.

Conclusiones: El alcohol y el tabaco son sustancias admitidas culturalmente y de consumo extendido, su papel socializador y relacional junto con la publicidad y el tratamiento mediático que reciben, facilita que estas variables puedan explicar que una buena parte de los adolescentes cuando piensan en las drogas, no las consideren como tales. Sin embargo el cannabis, la cocaína y las pastillas, sí que son recordados por la mayoría de los jóvenes y esto puede ser debido entre otras razones a que son drogas que están de moda. La información que los adolescentes tienen sobre las drogas legales es una variable de interés para tener en cuenta en los programas y las intervenciones preventivas dirigidas a este grupo de población ya que estas tienen una función introductoria para el consumo de otras sustancias.

PÓSTERES XXXVII

Viernes, 6 de marzo de 2009. 9.00 a 10:30 h

Gestión sanitaria

P-508. ANÁLISIS DE LOS GRDS MÁS FRECUENTES Y LOS GRDS CON ESTANCIA MEDIA MÁS PROLONGADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

L.F. Díez, A.R. Collado, M.C. Gálvez, C. Gamero, et al

CH Torrecárdenas.

Antecedentes/Objetivos: Analizar los GRDs más frecuentes y por tanto con mayor impacto en la casuística y los GRDs con estancia media (EM) más prolongada en un Servicio de Medicina Interna con un programa estructurado de colaboración con varios Servicios Quirúrgicos de un hospital de nivel II.

Métodos: Estudio de la casuística del año 2007 de un Servicio de Medicina Interna con un programa estructurado de colaboración con Servicios Quirúrgicos. Se valoraron los 25 GRDs más frecuentes y los 25 GRDs con estancias más prolongadas. Se estudiaron la frecuencia de cada uno de los GRDs, su impacto en consumo de estancias, su naturaleza médica o quirúrgica, su EM, la eficiencia respecto al estándar SAS (IUE: Índice de Utilización de Estancias), el impacto en estancias ahorradas o en exceso, la complejidad (Índice de Case-Mix), así como el porcentaje que suponen en la complejidad de la casuística. Las diferentes variables se analizaron con el programa SSPS 11.5.

Resultados: En el año 2007 se codificaron 1.835 altas en el Servicio de Medicina Interna por el sistema de GRDs. La EM global por GRD fue de $12,43 \pm 3$ días; el IUE de 1,04 y el índice Case-Mix de 2,19. Los 25 GRDs más frecuentes supusieron el 61% de las altas y el 56,8% del total de estancias. Todos ellos fueron de naturaleza médica. La EM de estos 25 GRDs fue de 11,59 días, el IUE de 0,95 y el índice de Case-Mix de 2,33 y su aportación a la complejidad total fue del 65%. Respecto al estándar SAS para una casuística similar se consiguió un ahorro total de 752 estancias. Los 25 GRDs con EM más prolongadas supusieron el 2,8% de todas las altas y el 10% de todas las estancias. Diecisiete de los 25 GRDs eran quirúrgicos y 8 médicos. La EM de estos 25 GRDs fue de $43,6 \pm 13$ días, el IUE fue de 1,56 y el índice de Case-Mix 8,53, siendo su aportación a la complejidad total del 11%. Respecto al estándar del SAS para una casuística similar se consumieron 814 estancias en exceso.

Conclusiones: El análisis de los GRDs con EM más prolongada permite identificar las altas que se producen con menor eficiencia. La mayoría de ellas son de naturaleza quirúrgica (pacientes inicialmente quirúrgicos, que tras diversas complicaciones médicas pasan a cargo de Medicina Interna). Aunque aportan complejidad a la casuística penalizan en gran medida los resultados, la eficacia y la consecución de los objetivos/incentivos del servicio de MI.

P-509. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: ¿INFLUYE EL MÉDICO DE FAMILIA?

P. Martín Moreno, A. Sánchez Zafra, A. Bueno Cavanillas, et al

Centro de Salud Almanjáyar, Granada; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Granada.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, el número de visitas a los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) se ha incrementado de manera alarmante, siendo habitual el uso del término "saturación" para referirnos a la situación que atraviesa esta parte fundamental de la red asistencial. Entre las causas de este problema,

destacan las epidemias estacionales, las percepciones subjetivas del usuario acerca de la gravedad, el desconocimiento de los servicios de urgencias extrahospitalarios (SUEH), o problemas de accesibilidad a atención primaria o especializada. Diversos autores han demostrado que entre un 26% y un 32% de las visitas son inapropiadas. El objetivo principal de este trabajo es explorar la influencia del médico de familia asignado sobre la utilización de la urgencia hospitalaria, en cuanto a porcentaje de banalidad, uso inadecuado, ingresos hospitalarios y cuantía de consultas por propia iniciativa, de los pacientes que acuden a un SUH.

Métodos: La población de estudio es la asignada al área de referencia del Hospital Virgen de las Nieves, y perteneciente a 5 centros de salud. Estudio transversal llevado a cabo entre enero 2001 y junio 2004. En el área de triaje se recogen los datos sociodemográficos, y al finalizar la asistencia se recogen datos clínicos del informe de alta. Se aplica el Protocolo de Adecuación de Urgencias Modificado (PAUHm). Se desarrolla un análisis estadístico descriptivo para cada variable, y para valorar la asociación se realizan tablas de contingencia para las cualitativas y t de Student para las cuantitativas.

Resultados: Se estudiaron un total de 3754 atenciones de pacientes pertenecientes a 56 MF. Se estudió la asociación de la variable "adecuación" con las demás variables. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la edad ($p < 0,005$); la copatología ($p < 0,005$); y la modalidad de derivación ($p < 0,005$). El Médico de Familia asignado también supone una diferencia significativa aunque de menor impacto ($p = 0,013$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio muestran una alta tasa de visitas inadecuadas al SUH. Las variables que se asocian significativamente a una mayor adecuación son la mayor edad, la copatología, y el venir derivado por un médico de familia. Serían necesarios otros estudios para conocer en profundidad las características de esos médicos y de sus cupos asignados para poder determinar con precisión qué es lo que hace que haya cupos de pacientes que utilizan de una manera más o menos apropiada el SUH, y de esta manera poder desarrollar estrategias encaminadas a optimizar el uso de los servicios sanitarios.

P-510. WEB SANITARIA CON CALIDAD ACREDITADA

J. Nieto Vera, R. Pereiro Hernández, F. Forja Pajares, et al

Distrito Sanitario Bahía de Cádiz - La Janda. SAS.

Antecedentes/Objetivos: El Distrito Sanitario Bahía de Cádiz - La Janda, inició un proyecto con uso de la tecnología web como forma de abrir una ventana en "La Red" que fuese un portal de referencia de nuestras actividades y punto de interrelación de profesionales y usuarios con el Distrito y a su vez facilitador de gestiones en tiempo real, con la idea de consolidarnos en este nuevo medio de comunicaciones como es Internet, capaz de transformar radicalmente el panorama informativo de esta sociedad de la información en el que los contenidos y las noticias de medicina y salud se han convertido en un valor de intercambio fundamental. El Objetivo planteado era el de modificar el diseño inicial, sus contenidos y referencia de la web, de forma que fuese una web accesible a cualquier usuario y que tuviese los criterios de calidad y cumpliera a su vez con el Código Ético y con los estándares definidos en el Programa de Acreditación para páginas web sanitarias de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Métodos: Técnica de consenso con Comité de Expertos y equipo de diseño y comunicación web. Sistema de autoevaluación interna con desarrollo de planes de mejora en los puntos débiles y finalmente auditoría externa por la Agencia de Calidad.

Resultados: El proceso de adaptación nos ocupó un periodo aproximado de un año. El Manual del Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias establece, para que una página web se acredite, el cumplimiento de la totalidad de los estándares esenciales generales

y de su ámbito de aplicación específico, así como al menos el 50% de los estándares avanzados. La página web del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-la Janda cumplió el 100% (9/9) de los estándares esenciales generales y de su ámbito de aplicación específico y el 100% (9/9) de los estándares avanzados. Así mismo ha sido reconocido por otras instituciones como web de interés sanitaria.

Conclusiones: El proceso de acreditación ha propiciado una página web confiable, accesible y con respeto y defensa de los derechos de los usuarios de la misma, de la gestión de la información y de los contenidos presentados. A la fecha actual pasamos de las 250.000 visitas y una amplia renovación de portales disponibles, formación, carrera profesional, gestión "on line", links específicos de interés para usuarios y profesionales, línea directa con la Dirección Gerencia y Atención a la Ciudadanía...etc.

P-511. DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA GENERALIZADA DE PACIENTES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

D. Pablo Comeche, M.L. Roselló, R. Meneu, et al

DG Calidad y Atención al Paciente, Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Los problemas de identificación se asocian a complicaciones producidas en el curso de la asistencia. El objetivo principal de la estrategia corporativa de identificación es conocer la identidad de los pacientes para garantizar la seguridad clínica. Los objetivos operativos son: a) Disponer de un sistema homogéneo de identificación. b) Normalizar la información de los identificadores. c) Homogeneizar los flujos de información. La implantación incorpora un diseño de evaluación mediante un cuadro de indicadores para facilitar su mejora continua.

Métodos: a) Metodología de la implantación. Se describen los principales aspectos de ésta, que se agrupan en los siguientes epígrafes: Definición del ámbito (sistema único y universal de identificación para todos los pacientes ingresados y que acudan a urgencias en toda la red de hospitales). Recursos y actividades necesarias (soporte informático y material, conjunto de datos, estimación de costes de las asistencias técnicas y suministros), Plan de trabajo y cronograma, Definición de responsables, Caracterización del sistema. (¿Cómo es el brazalete de identificación?, ¿Dónde se imprime?, ¿Quién lo coloca?, ¿Cuándo se retira?, Situaciones especiales, Plan de acogida). Plan de comunicación. b) Metodología de la evaluación de la estrategia. Objetivos de la evaluación: Principal: "Conocer la situación del proceso de identificación inequívoca, su grado de utilización y el manejo de los puntos críticos de la misma". Objetivos secundarios: a) Establecer un instrumento para el seguimiento de la implantación e identificar oportunidades de mejora. b) Fomentar la evaluación continua pormenorizada por los hospitales que posibilite la comparación de sus datos. Para ello se diseñó un cuadro de indicadores (cuestionario de proceso), cuya descripción se detallará en la comunicación.

Resultados: Los resultados reflejan una masiva incorporación de la pulsera alcanzando algo más del 90% en los pacientes hospitalizados. Se han identificado las áreas que presentan mayor dificultad. Los resultados obtenidos para cada uno de los aspectos fundamentales evaluados se aproximan bastante a la práctica óptima, siendo el grado de implantación bueno en la mayoría de los hospitales, variando más la situación en los servicios de urgencia.

Conclusiones: Una vez conseguida la implantación del proceso de identificación inequívoca, el mayor esfuerzo recae en realizar la adaptación cultural necesaria que lleve a los profesionales a verificar de manera sistemática la identidad de todos los pacientes antes de cada actuación diagnóstica o terapéutica conlleve o no riesgo potencial asociado.

P-512. UN ENTORNO WEB PARA LA COMUNICACIÓN A LOS PROFESIONALES

J.M. Hidalgo Pancorbo, L. Alguacil Fuentes, J.D. López Jiménez, et al

Distrito Sanitario Jaén; INDRA.

Antecedentes/Objetivos: Las nuevas exigencias de información existentes a finales del año 2007 en el Área Asistencial y en Salud Pública en los centros del Distrito Sanitario, manifiestan la necesidad a nivel de toma de decisiones estratégicas y de explotación de datos. Hasta ahora esas necesidades se cubrían parcialmente por un conjunto de aplicaciones independientes y heterogéneas. Nace a raíz de ello la idea de crear una Intranet que permita un sistema de información ágil y personalizado, mejorando al mismo tiempo la comunicación interna de la organización con los profesionales en sentido bidireccional. El objetivo que se persigue con la realización del entorno Web es doble: dotar al profesional de una herramienta que recoja información personalizada y aumente el feedback que el profesional tiene de la misma y, por otro lado, proporcionar al ciudadano un acceso que le permita obtener información acerca de la cartera de servicios de nuestro Distrito Sanitario y de temas de educación sanitaria.

Métodos: Para la consecución de este objetivo han participado en la experiencia tres informáticos junto con los responsables de cada una de las áreas implicadas del Distrito Sanitario, empleando como herramientas un entorno de desarrollo PHP (Hipertext Preprocessor) y el sistema gestor de base de datos SQL Server. La Intranet para los profesionales se estructura de la siguiente manera: -Un cuadro de mando con diferentes áreas: procesos asistenciales, farmacia, enfermería, derivaciones, trabajo social y de atención al ciudadano. El acceso a este cuadro de mando es mediante perfil profesional/directivo. -Una aplicación para los informes generados por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias para la continuidad asistencial en Atención Primaria. -Información del área de epidemiología, ambiental y alimentaria. -El entorno profesional se enriquece con un apartado de noticias que se actualiza diariamente. La parte Web dirigida a la ciudadanía, de libre acceso, está compuesta de información por centro de cartera de servicios, y de temas de interés sanitario.

Resultados: La página Web ha sido elaborada y va a ser puesta en producción a finales del mes de octubre de 2008. El cuadro de mandos ha sido desarrollado para que cada profesional pueda acceder a sus datos personalizados y compararlos con el del resto de la unidad (previa disociación de datos personales). Los directivos pueden tener acceso a los datos en los diferentes niveles de agregación: Distrito/ Unidades de Gestión Clínica/Profesionales. En cuanto al grado de utilización, la página web registró un total de 5000 accesos desde mayo de 2008.

Conclusiones: La herramienta elaborada se convierte en un potente instrumento de información para el profesional, así como para la dirección de las UGC y equipo de Dirección de Distrito.

P-513. ESTUDIO DE CLIMA LABORAL EN UN ÁREA SANITARIA

A. Vallejo, P. Navarro, E. Martín, F. García, et al

EASP.

Antecedentes/Objetivos: La constitución de un nuevo Área de Gestión Sanitaria implicó la elaboración de un Plan Estratégico. Para completar y profundizar en el análisis del entorno interno del Área se realizó un estudio de clima laboral de los profesionales adscritos a la misma. El clima organizacional, se define como "una cualidad interna relativamente perdurable de la organización, resultado de la conducta y normativas de sus miembros, que es percibida por éstos y hace a la entidad diferente de otras". Clima organizacional es el término que se utiliza para describir la estructura psicológica de las organiza-

ciones y hace referencia a la percepción, personalidad o carácter del entorno interno de una organización. Describir el clima laboral de un Área Sanitaria del SAS.

Métodos: El ámbito del estudio es el conjunto de profesionales que a fecha de diciembre de 2006, mantenían una relación laboral con el Área Sanitaria. El instrumento empleado para la evaluación del clima laboral ha sido la escala de clima laboral de Moos et al. adaptada a nuestro entorno (escala WES). Esta escala consiste en una batería de 90 ítems planteados en forma de enunciado, y donde la persona encuestada elige entre un modelo de respuesta dicotómico (Verdadero o Falso). A su vez, esta batería se agrupa en 10 subescalas de 9 ítems cada una, las cuáles definen dimensiones específicas: implicación, cohesión, apoyo, autonomía, organización, presión, claridad, control, innovación y comodidad que evalúan 3 dimensiones fundamentales del clima: relaciones, autorrealización y estabilidad/cambio. Además se recogió información de carácter sociodemográfico y laboral. El análisis consistió en calcular el valor medio y la desviación típica para cada subescala. Las medias de las distintas subescalas se compararon mediante ANOVAs de un factor. Para el estudio de las posibles diferencias definidas por las variables sociodemográficas, se realizó un análisis bivalente y multivariante.

Resultados: La población objetivo está conformada por 1.064 profesionales, de los cuales se pudo contactar con 847 (79% de la población). Ninguna de las puntuaciones tipificadas para las subescalas está por debajo de 50. En la dimensión Relaciones, se muestra mayor implicación del personal no sanitario que el asistencial. En la dimensión Autorrealización, la autonomía es la subescala más valorada y la presión la menos puntuada. En la dimensión Estabilidad/Cambio destacan que todas las subescalas obtienen mayores puntuaciones en Atención Hospitalaria que en Primaria.

Conclusiones: Las puntuaciones obtenidas sitúan a la organización con un clima laboral favorable, por lo que cualquier acción de cambio tiene que pasar por consolidar y mejorar los resultados obtenidos.

P-514. ANÁLISIS DE UN ÁREA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

P. Navarro, A. Vallejo, F. García, E. Martín, et al

EASP.

Antecedentes/Objetivos: La política de atención al paciente y al usuario es un elemento decisivo para una sanidad personalizada, interactiva y transparente. Un criterio básico de la organización de los diferentes profesionales que comparten esta relación con el usuario, es que éste pueda resolver todas sus necesidades de la forma más simple y sencilla posible. Las últimas encuestas anuales de satisfacción a usuarios del Servicio de Atención Especializada del SAS muestran que estos tienen una visión negativa, que ha ido en aumento cada año, sobre el Servicio de Atención al Usuario. Conocer la situación actual de los procesos de información y citación en un Hospital de 2º nivel.

Métodos: La metodología empleada para llevar a cabo el Análisis de Situación ha sido mediante un análisis cualitativo basado en la realización de entrevistas semiestructuradas a profesionales y usuarios. Se realizaron un total de 44 entrevistas. El análisis se basó en la agrupación de la información en una matriz de Debilidades y Fortalezas para facilitar la interpretación del diagnóstico de situación elaborado por los profesionales y los usuarios.

Resultados: Con respecto a la opinión de los usuarios las fortalezas detectadas fueron el factor humano, el funcionamiento del servicio, las instalaciones, la orientación e información que ofrecen al usuario/a, la seguridad y la aproximación al ciudadano. Asimismo en los aspectos definidos como factor humano, funcionamiento del servicio, instalaciones y orientación e información al ciudadano/a, también se encontraron debilidades. Los profesionales por su parte detectaron como puntos fuertes las instalaciones, la coordinación y

comunicación, el perfil competencial de los profesionales, la identidad de servicio, las relaciones profesionales, las condiciones de trabajo, los planes de mejora y la dirección por objetivos. Los puntos débiles fueron algunos aspectos de las instalaciones, la coordinación y comunicación, la política de personal, la imagen externa del servicio y el liderazgo.

Conclusiones: 1. La accesibilidad, en tiempo y cartera de servicios, a la atención sanitaria es lo que prima en el concepto que sobre el hospital tienen los usuarios. 2. El valor añadido que tiene el Servicio de Atención al ciudadano para el usuario depende de la agilidad que éste presente en la gestión de los trámites. 3. Eliminar dentro del proceso de citas determinados escalones dependientes del SAU y que sean asumidos en consultas es una innovación valorada muy positivamente. 4. La valoración de los profesionales está condicionada por sus aspectos laborales-funcionales más que el servicio que se presta al ciudadano.

P-515. EXPLORAR LAS PRÁCTICAS DE GESTIÓN DE PROFESIONALES QUE SE LLEVAN A CABO EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

F. García, E. Martín, A. Vallejo, P. Navarro, P. Sánchez, et al

EASP.

Antecedentes/Objetivos: Tras la creación de una nueva área de gestión sanitaria se considera necesario profundizar sobre el entorno interno del área. El objetivo de este trabajo consiste en explorar las prácticas de gestión de profesionales que se llevan a dicho Área.

Métodos: La población de estudio la constituyen los mandos intermedios y directivos de los diferentes servicios del Área Sanitaria. Los participantes fueron seleccionados en función de su cargo, área de y tipo de actividad. El número total de la muestra fue de 20 personas. Para la recogida de la información en esta fase se han realizado entrevistas semiestructuradas donde se les preguntaba por diferentes aspectos sobre los Recursos Humanos que utilizaban en su práctica diaria. De forma complementaria, se solicitó la cumplimentación del Cuestionario de liderazgo situacional de Hersey y Blanchard que identifica el Estilo predominante y la Adaptabilidad del gestor. Para el análisis de los datos obtenidos de las entrevistas se utilizó el Nudist VIVO.

Resultados: En cuanto a las prácticas o estrategias de mayor utilidad para gestionar un equipo se reconoce la comunicación directa con los profesionales. La forma de organizar la distribución del trabajo se realiza mediante planes de trabajo temporalizados. Algunas de las fortalezas que se reconocen gestionando un equipo de trabajo son aprendizaje y mejora continua, orientación a resultados a través de las personas, adaptación al cambio. Los aspectos mejorables se relacionan con la comunicación y la adaptación en función de la madurez del grupo. Para recompensar a los profesionales se tiene en cuenta aspectos de su trabajo diario (colaboración, compromiso, implicación) y cualidades humanas y personales. La forma de facilitar el desarrollo profesional en un equipo se relaciona con la formación, la rotación y el coaching. Las situaciones de conflicto se resuelven mediante el diálogo. Para gestionar el cambio se plantea como factor necesario la comunicación al equipo y contar con su apoyo. Con respecto al tipo de Liderazgo situacional el estilo predominante es el líder que supervisa y asesora.

Conclusiones: Resultó prioritario en la gestión de esta área, interesarse por el bienestar de los compañeros y facilitar reuniones sociales al margen del trabajo. El refuerzo de esta práctica resulta imprescindible para así poder garantizar la permanencia y vinculación del personal profesional al área. Con respecto a los estilos de liderazgo predominan los estilos que requieren una gran comunicación y cercanía pero sin la pérdida del control del proceso. Por ello, los líderes deberían replantearse situaciones en las cuales podrían pasar directamente a delegar en los miembros de su equipo el control del proceso e intervenir cada vez menos.

P-516. ROLES Y PRÁCTICA DE LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

E. Gonzalo Jiménez, M. Celdrán Mañas, C. Hueso Montoro, F.J. Martín Santos, J.M. Morales Asencio, J.C. Morilla Herrera, I. Toral López, A. Rivas Campos, A. Millán Carrasco, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Distrito Sanitario Málaga; Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Antecedentes/Objetivos: La figura de la enfermera comunitaria de enlace se incorporó, en 2002, a los distritos andaluces de atención primaria como responsable de la gestión de casos en el ámbito domiciliario. Esta estrategia ha demostrado efectos positivos en la capacidad funcional de pacientes, el nivel de sobrecarga de cuidadoras, el uso de servicios y la satisfacción con la atención recibida. Se sabe, sin embargo, que los resultados no son homogéneos entre distritos y profesionales y se desconoce qué roles e intervenciones concretas aportan verdadero valor añadido al servicio. La presente comunicación tiene por objetivos: describir las intervenciones realizadas por dichos profesionales así como su papel respecto a pacientes, cuidadoras y otros profesionales y analizar las expectativas de rol profesional hacia esta figura.

Métodos: Estudio descriptivo cualitativo mediante observación. Se han realizado 46 observaciones abiertas de episodios de atención en el domicilio a enfermeras comunitarias de enlace y enfermeras de familia de los distritos de Granada y Málaga, seleccionadas según sexo, experiencia profesional y distrito. Se ha realizado un análisis de contenido, a nivel semántico, de las descripciones detalladas de las observaciones. Las categorías y dimensiones emergieron a través de un proceso inductivo.

Resultados: Las intervenciones más comunes fueron: valorar necesidades, facilitar recursos, coordinación con otros profesionales, realizar planes de cuidados, ayuda y consejo para la toma de decisiones, apoyo emocional, y cuidados directos. Se han puesto de manifiesto diferentes formas de entender el rol profesional: 1. Abordaje integral del paciente (gestión del caso); 2. Gestor de las actividades de cuidado; 3. Gestor de recursos. Respecto a las expectativas de rol, mientras las cuidadoras esperaban asesoramiento sobre los cuidados, soporte emocional y acercamiento a recursos, las personas atendidas les asignaban un papel fundamentalmente clínico. Las enfermeras de familia, por su parte, buscaban en ellas un rol coordinador y, en ocasiones, el liderazgo clínico.

Conclusiones: El ejercicio de la gestión de casos en atención domiciliaria no es homogéneo. Prevalen los roles de coordinación y movilización de recursos pero el balance y ejercicio de los roles clínicos y de enlace varían entre profesionales. El papel de coordinación y asesoramiento parece ajustarse a las demandas de cuidadoras y 4 enfermeras de familia. Los pacientes, por su parte, esperan un proveedor de cuidados al que no asignan un papel específico.

Financiación. FIS (PI071243), Consejería de Salud (0022/2006).

P-517. ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS/AS USUARIOS/ AS DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DE FARMACIA

J.M. Jiménez Martín, F.J. Giménez Raurell, E. Martín Ruiz, P. Sánchez Villegas, J. Venegas Sánchez, R. Ocaña Riola, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Dirección General de Asistencia Sanitaria (SAS).

Antecedentes/Objetivos: Conocer la calidad percibida y el nivel de satisfacción de los usuarios de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Farmacia del Servicio Andaluz de Salud.

Métodos: Estudio: transversal, utilizando encuesta de opinión. Sujetos de estudio: Profesionales de medicina y enfermería que mantienen una relación de clientes internos con las 19 UGC de Farmacia

existentes en 2007 en Andalucía. Diseño muestral: muestreo Aleatorio Simple estratificado por grupo profesional. El tamaño de la muestra se ha calculado de manera independiente para cada UGC ($p = 75\%$, nivel de significación $\alpha = 0,05$ y un error de muestreo inferior al 8%). Muestra: 1.835 sujetos (649 médicos/as y 1.186 enfermeros/as). Variables del estudio: Sociodemográficas y profesionales (Edad, sexo, categoría profesional, y otras). La calidad percibida se midió a través de 24 preguntas agrupadas en 3 dimensiones: Accesibilidad (4 ítems), Trato personal (1 ítem) y Calidad Científico-técnica (19 ítems). Todos los ítems se midieron a través de una escala tipo Likert de 5 puntos (muy en desacuerdo/ muy de acuerdo). La satisfacción global con la UGC se midió a través de la pregunta ¿Cuál es su nivel de satisfacción global con la labor de la UGC de Farmacia?, utilizando una escala de valoración de 11 puntos (0 = Total insatisfacción / 10 = Total satisfacción). Técnica de recogida de datos: Cuestionario auto administrado. Análisis de datos: descriptivo univariante (distribución de frecuencias, media, mediana y desviación típica).

Resultados: Tasa de respuesta: 72,15%. Porcentaje de mujeres (60%). Edad media 43,7 (DE = 8,8), profesionales de enfermería (64,6%), profesionales médicos (31,9%). Mayor calidad percibida (% de acuerdo): Facilidad para contactar con los profesionales (80%); Trato adecuado (79,6%). Adecuación de las preparaciones elaboradas (75,1%); Dosis unitarias facilitan uso racional del medicamento (69,2%) Menor calidad percibida: Disponibilidad de medicamentos (32,4%), Dispensación de fármacos incorrecta (22,6%), Gestión de trámites (22,2%), Información sobre consumo (20,2%), La media de Nivel de Satisfacción para el conjunto de los 19 hospitales/áreas sanitarias en estudio fue de 6,65 (DE = 1,81).

Conclusiones: La percepción general de calidad de las UGCs de Farmacia es buena, si bien algunos de sus indicadores, relacionados fundamentalmente con la disponibilidad de fármacos, serían mejorables. El nivel de satisfacción de los usuarios se sitúa en un rango medio-alto (6.65), probablemente muy influenciado por la valoración menos positiva de algunos indicadores específicos. Una mejora en dichos indicadores podría elevar los niveles de satisfacción.

P-518. INTERVENCIÓN BUCODENTAL EN PACIENTES ACOGIDOS AL PROGRAMA CON HEROÍNA SUPERVISADA PSP-PEPSA

J.C. March Cerdá, M. Urquía, M. Romero, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; SAS C.S. Zaidín Centro.

Antecedentes/Objetivos: El ensayo clínico con heroína realizado en Granada, actualmente en uso compasivo, ha demostrado su eficacia para adictos de larga duración a los opiáceos. Pese a ello, se planteó la necesidad de intervenir en una 2ª fase sobre otros aspectos de su salud como la destrucción de las piezas dentales y sus consecuencias para su imagen y para la nutrición. El efecto negativo de los opiáceos sobre los dientes y tejidos de soporte está altamente demostrado: la mala situación de sus defensas presentan caries cavitadas con altas concentraciones de bacterias. Este programa pretende la mejora de la situación bucodental y su calidad de vida, demostrando que es posible incorporarlo a la oferta de servicios del SAS con actividades de restauración de piezas perdidas y tratamientos conservadores.

Métodos: La población son 27 pacientes con tratamiento de heroína controlado. Inicialmente se realizó un diagnóstico de necesidades y una estimación de costes. Mediante reuniones con los pacientes se ajustaron los objetivos y expectativas. Los profesionales proceden del Centro Periférico de Especialidades Zaidín Centro y la Escuela Andaluza de Salud Pública. Para su evaluación se utilizó el instrumento GOTAI (escala Likert en las variables cuantitativas y avances en salud mediante preguntas cualitativas): Se pasó pre y post intervención midiendo parámetros de Salud percibida, calidad de vida e intervenciones realizadas.

Resultados: Adhesión 100%: los 27 iniciaron y finalizaron el tratamiento. Se han realizado 76 extracciones, 46 obturaciones, 18 grandes reconstrucciones, 4 carillas estéticas, 4 prótesis removibles de resina, 28 esqueléticos parciales superiores o inferiores, 22 prótesis completas superiores o inferiores, 26 tartrectomías y 8 blanqueamientos. Los valores de GOTAI pre intervención observados oscilan entre 22 a 28 puntos (calidad percibida de la salud, baja), mientras que tras la intervención alcanzan valores de 56 a 65 puntos (calidad percibida de la salud, buena y muy buena). Además, de los 27 pacientes, 6 refieren haber conseguido trabajo debido a la mejora de su imagen; 12 sienten haber rejuvenecido sensiblemente; 22 de ellos afirma cambios en la imagen que proyectan al exterior y el 100% afirma haber mejorado su calidad de vida (relaciones sociales y familiares, imagen, alimentación, autoestima, etc.).

Conclusiones: Incorporar la asistencia odontológica a poblaciones excluidas logra unos resultados inmediatos en la mejora global de su calidad de vida, con una gran adherencia, el coste beneficio es altamente rentable, y sobre todo son intervenciones perfectamente extrapolables a otras personas reforzando que los cambios se consoliden a medio y largo plazo. Los beneficios logrados han afectado a cuestiones más allá de la salud.

P-519. EVALUAR LA CALIDAD DE LOS REGISTROS EN LA HISTORIA DE ENFERMERÍA

Y. Ortega López, M.D. Martínez Bellón, I. Campón Pacheco, M.A. López Navas, M. Vallejo Serrano, C. Valero Ubierna, et al

H.U. San Cecilio, Servicio de Medicina Preventiva, UCI, Servicio Urología.

Antecedentes/Objetivos: La IN constituye un importante problema de Salud Pública, representa uno de los problemas sanitarios más frecuentes en los países desarrollados, donde las cifras globales de incidencia oscilan entre 4 y 9 casos por cada 100 ingresos hospitalarios. Las corrientes científicas y metodológicas sobre seguridad y calidad de la asistencia inciden en la necesidad de potenciar la prevención de las infecciones nosocomiales. El registro de las actividades realizadas sobre el paciente resulta imprescindible para administrar unos cuidados de calidad. Las historias de los pacientes son una importante fuente de información, sin embargo, para que las historias clínicas sirvan como una fuente esencial de información, el registro debe reflejar con precisión la atención que se le dio al paciente. Para el sistema de vigilancia de la infección Nosocomial, el registro de los procedimientos realizados sobre el paciente resulta imprescindible para la valoración del riesgo. De aquí la importancia del registro de los procedimientos, cuidados y actividades diagnósticas y terapéuticas que se realizan al paciente hospitalizado. El objetivo es evaluar la calidad de los registros de la historia de enfermería para el proceso de infección nosocomial por salas de hospitalización y observar su evolución.

Métodos: Estudio transversal, recogida de 418 historias mediante cortes periódicos por sala estudiada en el Hospital Universitario San Cecilio, en el periodo entre marzo y agosto de 2008. La evaluación se basa en la hoja de valoración inicial, la hoja de registro de incidencias y la valoración del riesgo de úlceras por presión. Análisis estadístico mediante programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: En relación a la hoja de valoración inicial, en la UCI el 89,5% se encontraba correctamente cumplimentada, en Urología el 73,3% y en el resto de las salas por debajo del 20%. En cuanto a la hoja de registro de incidencias en la UCI y Urología se encontraba correctamente cumplimentada por encima del 70%; en el resto de salas el porcentaje de cumplimentación fue inferior al 40%. Respecto a la valoración del riesgo de úlceras por presión, en UCI el 55,8% estaba correctamente registrado, en Urología el 22,2%; en el resto de salas estaba registrado entre el 0% y el 10%. Al valorar la evolución de los registros por meses de recogida y por salas, en general no se observa ninguna tendencia a la mejoría de la cumplimentación.

Conclusiones: Importante déficit de cumplimentación de los registros en la mayoría de las salas. Necesidad de diseñar un modelo de intervención para la mejora del registro de los procedimientos. Continuar la evaluación periódica para valorar nuevos resultados.

P-520. ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES URGENTES EN UN HARE DE RECIENTE APERTURA

P. Román Navarro, R. Prieto Mendoza, F. Rosa Jiménez, A. Muñoz Jofré, M. Blanco Martín, A. Carreras Álvarez de Cienfuegos, J.L. Gutiérrez Cuadra, D.A. Sevilla Ruiz, et al

Área de Hospitalización y Urgencias; Área de Atención al Usuario; Área de Sistemas de Información.

Antecedentes/Objetivos: Analizar las derivaciones urgentes a nuestro hospital de referencia en un Hospital de Alta Resolución (HARE) de reciente apertura.

Métodos: El HARE de Alcaudete es un centro cuya actividad asistencial se asienta en la alta resolución. Situado en un entorno rural, da cobertura sanitaria a 11.113 habitantes. Cuenta con una Unidad Polivalente, un Área de Urgencias, un laboratorio de urgencias y una sala de radiología convencional. Los ingresos urgentes se realizan exclusivamente en el Área de Observación (AO) y en la especialidad de Medicina Interna (MI). La valoración urgente por otros especialistas y la necesidad urgente de otras técnicas (ecografías, TAC, etc.) precisa de la derivación a nuestro hospital de referencia (CHJ), situado a 45 Km. Se analizaron todas las derivaciones en el primer año de funcionamiento (1-03-2007 / 29-2-2008).

Resultados: En dicho periodo el Área de Urgencias (AU) recibió 19.926 visitas. El 95% fueron dadas de alta sin necesidad de ingreso; el 3,6% fueron trasladados desde el AU al CHJ y el 1,4% ingresaron en el AO o en MI. En total se realizaron 766 traslados (3,8%) desde el hospital: el 92,8% desde AU, el 5,5% desde el AO y el 1,7% desde MI. Del total de visitas, el 24,3% tenían menos de 14 años. Se derivaron 86 niños (1,8%) y 680 adultos (4,5%; $p < 0,001$). El 73,7% de los niños fueron derivados a Pediatría, el 10,5% a Traumatología, el 8,8% a Cirugía y el 7% a Otorrinolaringología. El 44,7% de los adultos fue derivado a Medicina Interna y especialidades afines, el 21,8% a Traumatología, el 16,8% a Cirugía y especialidades quirúrgicas, el 5,9% a Psiquiatría y el 4,5% a Ginecología. Los 5 diagnósticos más frecuentes en la edad infantil fueron: fiebre (15,8%), traumatismos (14%), crisis comiciales (10,5%), apendicitis aguda (7%) y gastroenteritis aguda (7%). En pacientes adultos fueron: traumatismos (25%), síndrome coronario agudo (7,3%), dolor abdominal no filiado (6,2%), focalidad neurológica (5,5%) y heridas (4%).

Conclusiones: 1. A pesar de sufrir una elevada demanda asistencial urgente, sólo el 3'8% de los pacientes requirieron derivación. 2. La actual organización de personal y recursos es capaz de resolver más del 95% de la patología urgente. 3. Las derivaciones fueron más frecuentes entre los adultos que entre los niños. 4. La patología médica es el motivo de derivación más frecuente en niños y en adultos. 5. Los cinco diagnósticos más frecuentes agrupan a la mitad de la población derivada.

P-521. APORTACIONES CUALITATIVAS A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIOS: LA PERSPECTIVA SOCIAL EN LA TOMA DE DECISIONES

R. Villanueva, A.J. Jiménez, C. Marín, B. Díaz, R.M. Yang, A. López, E. Figueroa, C. Ruiz, et al

Servicio de Medicina Preventiva; Subdirección de Docencia y Formación; Hospital Universitario Puerto Real.

Antecedentes/Objetivos: La Encuesta de Satisfacción a usuarios de Atención Hospitalaria (ESH) constituye un instrumento de primera mano para la retroalimentación de la información acerca de la per-

cepción ciudadana, no obstante, esta herramienta precisa del empleo de otros métodos para habilitarse a la práctica hospitalaria. **Objetivos:** facilitar la participación ciudadana en la toma de decisiones relacionada con la mejora de la calidad de la atención hospitalaria. Conocer, desde el punto de vista de los pacientes ingresados, los aspectos mejorables de la comodidad e intimidad percibidas durante su estancia hospitalaria.

Métodos: La metodología se ha desarrollado en dos partes. En la primera se identificaron, a partir de la información de la ESH 2006 (preguntas 03: comodidad y 19: intimidad) los perfiles de sexo y edad de los pacientes menos satisfechos (cálculo de proporciones y OR crudas). En la segunda parte, se hizo estudio cualitativo con grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Muestreo teórico e intencionado, ajustado a los perfiles identificados. Población: pacientes ingresados en el Hospital Puerto Real entre septiembre de 2007 y abril de 2008. Se identificaron categorías de contenido en las dimensiones de interés mediante la técnica de codificación teórica.

Resultados: Características de los entrevistados: 4 entrevistas grupales y 8 entrevistas individuales (n = 30). Edad media: mujeres = 45 años, hombres = 59,2. El 56,2% con estudios primarios. El 66,6% refería un único ingreso en último año. Media días de ingreso = 9,5. Para la dimensión Comodidad, el perfil de usuario insatisfecho fue hombre o mujer, menor de 45 años y mayor de 65 y las categorías relevantes identificadas = número de visitas y familiares, número de camas/habitación, comida, mobiliario y los criterios de asignación de pacientes a las habitaciones. Para la dimensión Intimidad, el perfil fue: mujer, de 30 a 45 años y mayor de 65. Las categorías: conducta de las visitas, número de acompañantes, número de camas /habitación, actitud del personal en formación y la calidad de procedimientos-cuidados sanitarios.

Conclusiones: La metodología descrita permite implicar la opinión de los usuarios, en los procesos de toma de decisiones para una mejor calidad de la atención hospitalaria. Las categorías identificadas pueden ampliar las posibilidades de éxito en el diseño de intervenciones y planes de mejora de la atención, centrados en la percepción del usuario. Se hace necesario tomar en consideración el papel de los profesionales sanitarios como facilitadores de la participación ciudadana en todos los niveles de la atención.

P-522. ESTUDIO POBLACIONAL DE NO ASISTENCIA A VISITAS PROGRAMADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Pujol Ribó, M.J. Torres Segura, M.D. Martínez Guàrdia, et al
SAP Granollers Mollet del Vallès. Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: La inasistencia de un usuario a una consulta programada es un hecho frecuente y poco estudiado. **Objetivo:**

definir los perfiles de usuarios que no acuden a las consultas programadas en Atención Primaria.

Métodos: Estudio descriptivo transversal multicéntrico. **Ámbito:** 39 centros de AP que dan cobertura a 382.422 habitantes, provincia de Barcelona. **Sujetos:** usuarios con visitas programadas en los CAP durante 2007. **Criterios de exclusión:** visitas domiciliarias, administrativas o telefónicas e insertadas en las agendas por los mismos profesionales. **Variables:** Relacionadas con la visita programada: asistencia (sí/no: visita reinformada en la agenda como no hecha), hora, día de la semana, tiempo de espera, servicio, motivo de visita. Relacionadas con el usuario: edad, sexo, país de origen. Todas las agendas están totalmente informatizadas y son fuente de información de la actividad asistencial. **Análisis:** estadística descriptiva de todas las variables con el paquete de Microsoft Office 2003.

Resultados: 2.162.263 visitas programadas, 207.791 (9,6%) con inasistencia. 300.455 usuarios programados, 11.967 (38,6%) inasistencia a una cita, 21.837 (7,3%) a más de dos citas. La inasistencia es más frecuente entre las 15 y 18 horas (12%) y los viernes (9,9%). Por espera, sube rápidamente desde el mismo día (4,4%) hasta el cuarto (12%) donde se estabiliza y por servicios es menor en medicina de familia. Variaciones en la asistencia de consultas de enfermería por patologías, siendo máxima en espirometrías (18,5%) y mínima en el control de anticoagulantes orales (5,6%) o diabetes (7,3%). Según el perfil de usuario, en los usuarios reincidentes a más de dos citas la inasistencia es considerable en niños de 0 a 8 años (15%). En el inicio de la edad laboral vuelve a aumentar y se mantiene en el mismo nivel hasta los 50 años donde se incrementa progresivamente hasta los 85, pero siempre variando según género, mayor en el femenino (2%). El factor inmigración es un determinante importante, un 11,2% de inasistencia en sujetos con país de origen distinto a España y países de UE frente al 7,3%, valores máximos en usuarios del Magreb (16%), especialmente en las mujeres de este colectivo (19,6%).

Conclusiones: El estudio de inasistencia permite apreciar diferencias por características de programación, horario, día de la semana y tiempo de espera. El género influye, pero el indicador del país de origen es el factor más determinante. La percepción de la importancia del problema de salud es otro factor a tener en cuenta. Los resultados plantean aspectos a profundizar en nuevos estudios y pueden servir de base para plantear intervenciones para minimizar el problema al planificar agendas o de intervenir sobre determinados colectivos.

Índices de autores

- Abad, J.M., 100
 Abad Díez, J.M., 42
 Abad Ros, A., 117, 150, 177
 Abad Subirón, M.J., 42
 Abellana Sangra, R.M., 18
 Aboal Viñas, J.I., 71
 Aboal Viñas, J.A., 149
 Aboal Viñas, J.L., 66, 71, 72, 73, 165
 Abrams, C., 257
 Acebal Blanco, M., 124
 Acha, O., 297, 298
 Acosta Ferrer, M., 120, 143
 Acuña, R., 215, 216
 Agüera Urbano, C., 271
 Agirre, U., 25
 Aguado Cuenca, E., 6
 Aguado Romeo, M.J., 242
 Aguayo, A., 204
 Aguayo Hoyos, E., 59
 Agudelo Suárez, A., 87, 91, 230
 Agudelo Suárez, A.A., 87, 108
 Agudo, S., 232, 288, 289
 Águila Giménez, M.D., 118, 172
 Águila Soto, A.P., 120
 Aguilar Garduño, C., 82, 226, 227
 Aguilera, I., 111, 215
 Aguinagalde, X., 83
 Aguirre, U., 153, 154, 155
 Ahuir Navalón, E., 132, 236
 Aibar, I., 103
 Alarcón, R., 126, 215
 Alarcón Rodríguez, R., 126
 Alba, S., 95
 Alba Escribano, E., 220
 Albiñana, A., 36
 Alcántara, C., 78
 Alcaraz, M., 36, 174
 Alcaraz Quevedo, M., 122
 Alcázar, R., 198
 Alcolea Guerrero, M., 70
 Alcón Álvarez, B.M., 294
 Aldana, J., 167, 239
 Aldana, J.M., 159, 160
 Aldana Espinal, J.M., 167
 Aldasoro, E., 9, 104, 110, 148
 Aldasoro Unamuno, E., 144, 156
 Alfaro, E.R., 256
 Alfaro Dorado, V.M., 180, 190, 265, 290
 Alférez, I., 163, 253
 Alférez Callejón, B., 119, 184
 Alférez García, I., 254
 Alfonso Gil, R., 205
 Alguacil, J., 32, 112, 230
 Alguacil Fuentes, L., 308
 Alguacil Ojeda, J., 291
 Ali Tamer, M., 41
 Alloza Gascón Molins, J.L., 137
 Almagro Nievas, D., 215, 216, 276, 277
 Almansa, J., 53
 Almazán Rubio, J., 36
 Almazán Sáez, C., 198
 Almirall, R., 90
 Almisas, M., 50
 Alonso, C., 182
 Alonso, C.A., 250
 Alonso, J., 53, 55, 57, 58
 Alonso, M.T., 182, 245
 Alonso, P., 200
 Alonso Alonso, M., 84
 Alonso Bilbao, J.L., 161
 Alonso Humada, M.S., 124, 261
 Alonso Lorenzo, J.C., 43
 Alonso Miranda, A., 215, 216, 276, 277
 Alonso Sardón, M., 202, 245, 262
 Alsua, C., 6, 12
 Álvarez, D., 179
 Álvarez, I., 213
 Álvarez, T., 182
 Álvarez Benito, M., 124
 Álvarez Castaño, L.S., 82
 Álvarez Castillo, M.C., 5
 Álvarez Cortiñas, M., 71
 Álvarez Dardet Díaz, C., 87, 142
 Álvarez Dardet, C., 58, 60, 61, 82, 95, 287
 Álvarez Ossorio, J.J., 199
 Álvarez Segura, M., 119
 Álvarez Sotomayor Morales, M.T., 195
 Álvarez Sotomayor, M.T., 129, 268
 Álvarez Tello, M., 290
 Álvaro, A., 46, 47
 Amado Moreno, M.A., 169, 193, 194, 216, 292
 Amaya, E., 123, 130, 218
 Amezcua Prieto, C., 203, 223, 282
 Amigo Quintana, M., 71
 Amo, E., 188
 Amo, J., 179
 Amo, M., 137
 Amo Alfonso, M., 111
 Andérica Frías, G., 231, 260
 Andrés Meneses, R.E., 134
 Angelis, R., 106
 Anglada, J., 32, 112, 230
 Antolín Suárez, L., 252
 Antón Muñoz, F., 127
 Antunes, H., 218
 Añón García, C., 170
 Añón García, C.A., 266
 Aparicio, V.A., 55, 213, 299, 300
 Aparicio Llanos, A., 189
 Aragay, J.M., 86
 Aragón, B., 232, 288, 289
 Arana Arri, E., 280
 Aranda, C., 170
 Aranda, M., 141
 Aranda Ramírez, C., 276
 Aranda Regules, J.M., 76, 273
 Aránguez Ruiz, A., 258
 Aránguez Ruiz, E., 251
 Araújo, V., 121
 Arce Rodríguez, S., 147
 Arcelay, A., 110
 Arenas Gordillo, M., 181
 Argimón, J.M., 281
 Argimon Pallàs, J.M., 18
 Arias Abad, L.C., 105
 Arias Silgo, F., 290
 Ariño Martín, M.D., 110
 Ariza, C., 56, 75, 94, 102, 225
 Ariza Vega, P., 282, 285
 Arjona Díaz, M.D., 22
 Arjona Morube, C., 254
 Arjona Murube, C., 172
 Arlandis, S., 200
 Armario Ibáñez, P.M., 168
 Armengol, J., 20, 92
 Arostegui, I., 153, 154
 Arrebola, J.P., 31, 130
 Arriaga Piñero, E., 250
 Arribas, F., 100
 Arribas, M., 251
 Arribas Lazareno, A., 271
 Arribas Monzón, F., 42
 Arroyo Oteros, M.S., 45, 262
 Arrufat Gallén, V.A., 280
 Artacoiz, L., 20
 Artazcoz, L., 39, 77, 85, 86, 286
 Artero, E.G., 305
 Arteta, E., 153
 Artieda, L., 6
 Artigues Vives, G., 121
 Artos, Y., 155
 Artundo Purroy, C., 9
 Ascaso Terrén, C., 18
 Ascunce, N., 44
 Asensi, J., 59
 Asensi Botet, F., 214
 Asensio, L., 81
 Asúa, J., 201
 Asúa Batarrita, J., 198
 Atienza Martínez, P.Y., 169, 193, 194, 216, 292
 Audicana, C., 148
 Audicana Uriarte, C., 144
 Autonell Caldentey, M., 108
 Ávila, I., 160
 Ávila Mateo, I., 167
 Aviñó, A., 288
 Aviñó, D., 289
 Aviñó Juan-Ulpiano, A., 41
 Ayuso, J.L., 53
 Aznar, J., 279
 Bacigalupe, A., 9, 104, 148
 Baena, P.B., 204
 Baez, I., 78

- Balagué, F., 54
 Ballester, F., 30, 81, 83, 85, 111, 112, 146, 182
 Ballesteros, L., 40, 220, 291
 Ballesteros García, I., 122, 205, 294
 Ballestín, M., 148
 Ballestín Alastuey, M., 73
 Baltasar Bagué, A., 306
 Baonza, I., 13
 Barandiaran, M., 110
 Baras, R., 65
 Baraza, P., 42
 Baraza Cano, A., 117
 Baraza Cano, P., 177
 Baraza Cano, P.B., 135
 Barbaglia, G., 32
 Barbaglia, M.G., 257
 Barbas, J.F., 235
 Barberá, E., 168
 Barceló Pinzón, A., 170
 Barceló Pinzón, A.U., 266
 Baré, M., 153, 155
 Barona, C., 36, 91, 222
 Barona Vilar, C., 176, 247
 Barquero Gutiérrez, M.J., 170
 Barranco Tomás, S., 288
 Barreales, L., 274
 Barrio Cantalejo, I.M., 54, 158
 Barrionuevo, L., 233
 Barroso García, P., 175, 176, 259
 Bartoll, X., 71, 73
 Bas, J., 78
 Bassol, S., 226, 227
 Basterretxea Irurzun, M., 144
 Batalla, J., 100
 Bautisa, J., 255
 Bautista, F.J., 256
 Bauzá, M.L., 37
 Bauzá Amengual, M.L., 185
 Bayas, J.M., 228
 Bayo Barroso, N., 147, 251, 286
 Bayona García, M., 170
 Bayona García, M.A., 266
 Beguiristain, J.M., 154, 155
 Bellefquih, A.M., 270
 Beloqui, A., 6, 12
 Beltrán Zúñiga, P., 69
 Ben Cheikh, W., 42
 Benach, J., 83, 85, 230
 Benaque Vidal, A., 159
 Benavides, F.G., 7, 78, 79, 80, 88, 229, 230
 Benet, C., 92
 Benet Travé, J., 70, 159
 Benguria Arrate, G., 198
 Benítez, E., 243
 Benítez Ávila, R., 93
 Benítez Rodríguez, E., 122, 236
 Bermúdez, E., 134
 Bermúdez, E.M., 174
 Bermúdez Tamayo, C., 141
 Bermudo Ercilla, P., 300
 Bermudo Montalvo, M.L., 300
 Bernal, E., 123
 Bernal González, M., 98, 104, 137
 Berra, S., 18, 26
 Bertagnolli, L., 147
 Bethencourt, J.M., 147
 Bilbao, A., 154, 25, 153, 154
 Bimbela, J.L., 141
 Binefa, G., 46
 Bjerrum, L., 100
 Blanch, J., 270
 Blanco, E.M., 95
 Blanco, L.M., 181, 268
 Blanco González, J.I., 119
 Blanco Martín, M., 311
 Blanco Muñoz, J., 82, 226, 227
 Blanco Rosso, S., 36
 Blasco, J.A., 153, 155
 Blasco Cabrera, L., 36
 Blasco González, M., 185
 Blázquez, A., 261
 Blázquez Rojas-Marcos, A., 128, 172, 195
 Bo Cadena, S., 126, 180, 190, 265, 290
 Bohórquez Escolar, J., 184, 267, 268, 293
 Bohórquez Escolar, J.O., 293
 Boldo, E., 10
 Bolívar, I., 22
 Bolívar Muñoz, J., 145, 271, 297
 Bonet Simó, J.M., 166
 Bonill Nieves, C., 284
 Bonillo Muñoz, M., 259
 Bonillo Navarro, R., 150
 Bono Trigo, A., 296
 Bordés Poveda, M.A., 69
 Bordons, A., 159, 160
 Borja Aburto, V.H., 82
 Borrás, J.M., 187
 Borrell, C., 18, 26, 39, 46, 47, 64, 83, 84, 85, 86, 87, 286
 Borrell, R.M., 97
 Borràs, E., 100
 Borràs, J.M., 46, 189
 Bosch Basea Gómez, M., 83
 Bosques Sánchez, J.B., 119, 184, 203
 Bosser Giralt, R., 134, 221
 Botello, B., 278
 Botello Díaz, B.R., 96
 Bouis, S., 192
 Bravo Rodríguez, Y., 200
 Brena Carreras, F.J., 300
 Bretin, H., 175, 224
 Bretón Martínez, R., 214
 Briones, E., 25, 199
 Briones Vozmediano, E., 109
 Brito Rodríguez, P., 178
 Brotons, M., 225
 Brugal, M.T., 103
 Bruguera, M., 232
 Brun López Abisab, S.B., 271
 Bès, M., 140
 Buades Feliu, M., 108
 Bueno, M.A., 220
 Bueno Cavanillas, A., 135, 152, 282, 307
 Bueno García, E., 222
 Bueno Ripollés, E., 207
 Bueno Rosa, M.A., 277, 278
 Bugna, L., 233
 Burgazzoli Samper, J.L., 178
 Burgos, S., 192
 Burgos Zarzavilla, J.A., 162
 Buron, A., 42, 44, 64
 Busquets, E., 281
 Bustince Beorlegui, P.R., 134
 Bustins, M., 212
 Caballer Tarazona, M., 189
 Caballero Arroyo, M., 145
 Caballero Lanzas, J.M., 45, 262
 Caballero Oliver, A., 96, 167
 Cabedo, L., 168
 Cabello, P., 155
 Cabeza Irigoyen, E., 108, 121
 Cabezas, C., 28, 249, 289
 Cabezas Peña, C., 158, 246, 301, 302
 Cabrera, A., 97, 303, 305
 Cabria, A., 65
 Calcerrada Labrador, A., 119
 Calciati, E., 57
 Caldera Tejada, M.L., 271
 Calderón, A., 257
 Calderón, C., 9
 Calderón, E., 211
 Calderón, E.J., 32, 64
 Calero Castellano, C., 170
 Calero Castellano, C.A., 266
 Calheiros, J.M., 218
 Calle Urria, J.E., 165
 Calvo, M., 110
 Calvo Moreno, F.J., 255
 Calvo Sánchez, M., 144
 Calzado, A., 206
 Camacho, N., 229
 Camacho, R.M., 181, 268
 Camacho Buenosvinos, A., 145
 Camacho Doménech, D., 246
 Camarasa, M.J., 48
 Cambra, K., 9
 Cambra Solans, A., 64
 Camiletti, D., 213
 Camino León, R., 167
 Campón Pacheco, I., 166, 208, 311
 Campos, H., 218
 Campos Gordillo, A.M., 274
 Campoy, C., 217
 Camprubí, E., 71
 Camprubí Garreta, E., 73
 Campuzano Fernández Colima, R., 115
 Campuzano González, C., 40
 Canaleta Safont, E., 88
 Canals, M., 34
 Cancelas Navia, P., 49
 Candela Gómez, C., 271
 Candela Marroquín, E., 255, 258
 Cano, S., 183
 Cano Campos, F., 127, 192
 Cano Plazuelo, M.A., 274
 Cánovas Sánchez, G., 194
 Cantera Fernández, Y., 21
 Cantero, J., 36
 Cantisán, F.R., 250
 Canto Casasola, V.D., 26
 Caparrós Jiménez, M.I., 126, 180, 190, 265, 290
 Capdet, M., 86
 Capdevila Vila, D., 288
 Capelo, R., 32, 112, 230
 Capitán, J.M., 114, 115, 287
 Capocaccia, R., 106
 Capote, A., 206
 Caraballo Camacho, M., 257
 Caraballo Camacho, M.O., 101, 254
 Carballido Fernández, M., 304
 Carbonell, A., 213, 229, 241, 299, 300, 305
 Carbonell, I., 305
 Cardona, A., 289
 Carlos, R., 44
 Carmen Muela Zurera, C.R., 176
 Carmona, M.A., 261
 Carmona Azurmendi, B., 124
 Carmona González, M.A., 128
 Carmona Lagares, J.C., 231, 260
 Carmona Saucedo, M.C., 184
 Carnicero García, M.C., 165
 Carrascal, D., 63
 Carrasco, J.M., 200

- Carrasco Campos, R., 98
 Carrasco Gimeno, J.M., 200
 Carrasco Portiño, M., 99, 142, 143
 Carreño, C., 263
 Carreño José, V., 120, 143
 Carrera, P., 100, 258
 Carreras, M., 155, 157
 Carreras, R., 188
 Carreras Álvarez Cienfuegos, A., 311
 Carrillo Malagón, A., 145
 Carrillo Tirado, M., 66, 159, 244
 Carvajo García, A., 38
 Casado Mejía, R., 286
 Casal Gómez, J., 95, 273
 Casamitjana, M., 44, 257
 Casares Badia, P., 122
 Casas, C., 71, 148
 Casas, L., 53
 Casas Segalà, C., 73
 Cascant, L., 77, 85
 Castán Cameo, S., 122
 Castán Ruiz, S., 200
 Castaño López, E., 300
 Castañeda Avarca, A., 68
 Castañeda López, R., 5, 12
 Castejón, E., 78
 Castellà, J., 47
 Castellano, Y., 103
 Castelló, A., 80
 Castells, X., 32, 42, 44, 187, 188, 189, 257
 Castillo, M.J., 305
 Castro, D., 200
 Castro, E., 204
 Castro, N., 155
 Castro Atienza, A., 40
 Castro Caricol, M.R., 68, 234
 Castro Peña, J., 68, 194, 293
 Català, L., 253
 Català Pascual, L., 264
 Català Ramos, A., 18
 Cava Iniesta, J., 211
 Caylà, J.A., 63, 253, 264
 Cayuela Pérez, A., 126, 180, 190, 265, 290
 Cebrián, M., 227
 Cebrián, M.E., 226
 Cedillo Medina, M.A., 249
 Cedraschi, C., 54
 Ceinos, M., 288
 Cela, D.A., 250
 Celdrán Mañas, M., 284, 310
 Cenizo, M., 250
 Cenizo Rodríguez, M.A., 250
 Cerdá Mota, T., 22, 23, 197
 Cerezo Mesas, M.C., 227
 Cerro López, P., 240
 Cervantes Orozco, C., 171, 181
 Cervantes Villalobos, M., 118, 222
 Céspedes, F., 208
 Chacón Villanueva, C., 62
 Chang, Y., 106, 123
 Chavernas, F.J., 170, 271
 Checa Rubio, C., 243
 Chilet Rosell, E., 99
 Chillón, P., 214, 229, 241, 252, 300, 305
 Chillón Garzón, P., 252
 Cía Ramos, R., 284
 Cieza Borrella, C., 202
 Cipriain, C., 6
 Cirera, L., 210
 Císcar, C., 36
 Cisneros, M., 288
 Cisneros Britto, M., 93, 232, 289
 Clemente, E., 258
 Clemente Gómez, V., 142, 143
 Cleries, M., 212
 Climent, M.D., 80, 81
 Clot Razquin, G., 281, 282
 Cobaleda Atencia, E.J., 173, 272
 Cobo, E., 90
 Cobos Muñoz, D., 280
 Coderch, J., 69, 155, 157
 Colet Llansana, A., 158
 Coleto, M.C., 181
 Coll Falgàs, M., 249
 Collado, A.R., 132, 307
 Collado Romacho, A.R., 132
 Colom, J., 60, 202
 Colom Umbert, A., 72, 108
 Colomé, L., 69
 Coltell, I., 247
 Comas, M., 44, 257
 Comín, O., 71
 Comín, T., 206
 Company, A., 7
 Conde, I., 239
 Conde, M., 45, 51, 228, 263, 278, 279, 295
 Conde Diéguez, I., 71, 149
 Conejero Belmonte, E., 138, 150
 Consuegra Rubio, A.J., 181
 Contreras, A., 97
 Contreras, M., 112
 Corbella, T., 215
 Córdoba, E., 232, 288
 Córdoba Currea, G.C., 133
 Córdoba Deorador, E., 93, 289
 Córdoba Garrido, L., 74
 Córdoba Garrido, M., 74
 Cornejo Aljama, M.I., 206
 Corominas Baulenas, P., 301, 302
 Coronado, M.A., 22
 Corpas, E., 244
 Corral, J., 187, 189
 Corraliza Hidalgo, J.L., 291, 292
 Correa García, A., 170, 194
 Cortés, J., 90
 Cortés Gallego, J., 286
 Cortés Majó, M., 150, 279
 Cortina, C., 89
 Cortès, I., 77, 85
 Corujo Quintero, M., 73
 Corujo Simal, L., 219
 Costa, J., 232
 Costa, M., 19
 Costa, P., 36
 Costas, L., 228, 298
 Cots, F., 32, 42, 44, 187, 188, 189
 Crespo, C., 200
 Crespo, R., 65
 Crespo Pérez, M.D., 247
 Cristino Espinar, M., 145
 Cristóbal, P., 116
 Cruces Artero, M.J., 66, 165
 Cruz, A.B., 116
 Cruz, F., 217
 Cruz, G., 198
 Cruz, M.J., 30, 63, 191
 Cruz Azor, J.M., 118
 Cruz Ferro, E., 73
 Cruz Piqueras, M., 139, 273, 302
 Cruz Rojo, C., 50, 250
 Cruz Torres, R., 275
 Cuadras, A., 50, 30, 50
 Cuadros, M., 196
 Cubero, M., 149, 271, 291
 Cuenca López, L., 225
 Cuende, E., 270
 Cuesta, I., 220
 Cuesta, U., 96
 Cuesta Bertomeu, I., 277, 278
 Cueto Espinar, A., 43
 Cuevas, A., 300
 Cuevas Fernández Gallego, M., 284
 Cuevas Pareja, F., 147
 Cuevas Paz, J., 96
 Cumbreira Santana, C., 271
 Cunillera, O., 55
 D Rosado, L., 123, 217
 Dafos, J., 55, 204, 214, 241, 299, 305
 Dalmau, G., 30
 Danet, A., 102, 104, 138, 139, 297
 Daponte Codina, A., 297
 Daporta Padín, P., 71, 73
 D'Auria, G., 62
 Dautzenberg, B., 183
 Davó Blanes, M.C., 305
 Delclos, J., 7
 Delclòs, J., 78, 79
 Delgado, A., 140, 261
 Delgado, G., 291
 Delgado, M., 55, 213, 214, 229, 241, 252, 299, 300, 305
 Delgado, M.A., 252, 305
 Delgado Aguilar, V., 169, 193, 194, 216, 292
 Delgado Fernández, M., 252
 Delgado García, A., 290
 Delgado Muriel, M.L., 119, 184, 203
 Delgado Noguera, M.A., 107
 Delgado Sánchez, A., 20, 237
 Delgado Sánchez, A.M., 145
 Deza, A., 116
 Di Gregorio, S., 53
 Díaz, A.J., 235
 Díaz, B., 311
 Díaz, J., 218
 Díaz, P., 200
 Díaz Díaz, A., 174
 Díaz Díaz, J., 145
 Díaz Expósito, A., 195
 Díaz Jiménez, J., 30
 Díaz Martínez, A., 26, 298
 Díaz Milà, N., 46
 Díaz Molina, C., 246, 275
 Díaz Oliver, B., 77
 Díaz Sarmiento, R., 152
 Díaz Serrano, L., 225
 Díaz Val, V., 118, 138, 271
 Díaz Vico, F., 68
 Diéguez, M., 102
 Dierssen Sotos, T., 297, 298
 Díez, A., 42
 Díez, E., 34, 39, 89, 90, 94, 222, 286
 Díez, L.F., 132, 307
 Díez Domingo, J., 214
 Díez García, L.F., 132
 Díezma Criado, J.C., 251
 Dios Pintado, S., 175
 Domínguez, J., 37
 Domínguez Ávila, R., 68
 Domínguez Camacho, J.C., 101, 254
 Domínguez Castillo, M., 211

- Domínguez Fernández, A.E., 27
 Domínguez García, F., 290
 Domínguez Tristáncho, D., 168
 Domènech, J., 105
 Donat, F., 36
 Donat, L., 52
 Doshi, N., 232
 Doval Conde, J.L., 66, 165
 Dueñas Fuentes, J.R., 27
 Dufoo Olvera, S., 303
 Durán, E., 14, 106, 123
 Durán, J., 148, 192
 Durán García, E., 15
 Durán Molina, J.A., 118
 Duran Pla, E., 89
- Echevarría, T., 208
 Egea, L., 89, 94
 Egea Rodríguez, A.J., 267
 Eguiguren, A.P., 283
 Eguiluz López, M., 110
 El Abbassi, A., 270
 El Brigui, M., 41
 Elizalde, B., 154
 Elizalde Soto, L.A., 134
 Elvira Espinosa, M., 6
 Entrambasaguas, H., 220
 Errando, C., 200
 Escalera, C., 167
 Escalera Andrés, C., 124, 125, 224
 Escalona Navarro, R., 291, 292
 Escaramís Babiano, G., 18
 Escassi, C., 24
 Escobar, A., 55, 134, 153, 154, 243
 Escolar Pujolar, A., 122, 236, 287
 Escribà Agüir, V., 58, 59, 77, 85, 247
 Escudero Carretero, M., 284
 Escudero Carretero, M.J., 273
 Esnaola, S., 9, 104, 148
 Esnaola Suquía, S., 144
 Espada Muñoz, J.F., 74
 Espallargues, M., 53
 Espejo, P., 42
 Espejo Guerrero, J., 177
 Espejo Guerrero, P., 150, 177
 Espejo Guerrero, P.G., 135
 Espelt, A., 103
 Espigares García, E., 135, 178
 Espigares García, M., 203
 Espigares Rodríguez, E., 29, 166, 203, 282
 Espín Balbino, J., 186
 Espín Gálvez, J., 163, 164
 Espinosa, M., 255, 256
 Espinosa Bosch, M., 257
 Espinosa Reina, J.A., 248
 Esplugues, A., 111, 112
 Espuñes, J., 34, 232
 Estarlich, M., 30, 85, 111, 112, 146, 182
 Esteban, M., 100, 258
 Esteban, M.L., 11
 Esteban Buedo, V., 13
 Esteban Gascón, A., 93
 Esteva Cantó, M., 121
 Estévez García, M., 211
 Estibález, J.J., 9
 Estrada, M.D., 200
 Estrada Restrepo, A., 82, 91
 Estruga, L., 90
 Etxebarria Lamborena, A., 73, 169
 Expósito Ruiz, M., 285
- Fabado, J.L., 36, 174
 Fabiani Rodríguez, F., 96
 Fabregat, M., 59
 Faro, C., 56, 57
 Farouk Allam, M., 45, 262
 Farràs, U., 208
 Fazzi Gómez, C., 203
 Fàbrega, O., 7
 Feja, C., 100
 Femenias Bosch, M., 134, 221
 Fereres, J., 52, 183, 245, 274
 Fernández, A., 66
 Fernández, C., 60, 202, 274, 288
 Fernández, E., 46, 75, 183, 185, 200, 225
 Fernández, F.J., 95
 Fernández, G., 42
 Fernández, I., 56, 57
 Fernández, M., 130
 Fernández, M.C., 289
 Fernández, M.F., 31, 113, 129, 130
 Fernández, P., 67
 Fernández, R., 35, 131
 Fernández Abreu, C., 71, 72, 149
 Fernández Ajuria, A., 237, 238, 239, 77, 304
 Fernández Alarcón, P., 206
 Fernández Alonso, T., 260
 Fernández Aparicio, T., 186, 211
 Fernández Armario, M.M., 248
 Fernández Barrio, M.M., 181
 Fernández Crehuet Navajas, M., 166, 208
 Fernández Dorado, R., 145
 Fernández Echegaray, R., 124
 Fernández Fernández, A., 225
 Fernández Fernández, J., 269
 Fernández Fernández, M.A., 127, 192
 Fernández Fernández, R., 117
 Fernández García, E., 284
 Fernández Giménez, A., 152
 Fernández Gómez, M.J., 193
 Fernández Larrea, N., 154
 Fernández Liria, A., 179
 Fernández López, A., 284
 Fernández Martín, A., 36
 Fernández Martín, C.E., 266
 Fernández Martín, L.J., 168
 Fernández Merino, J.C., 231, 260
 Fernández Nogueira, E., 71, 72, 149
 Fernández Patier, R., 111
 Fernández Pérez, M., 118
 Fernández Prada, M., 262
 Fernández Regidor, G., 296
 Fernández Revelles, A.B., 55, 107, 204, 214, 229, 241, 306
 Fernández Rodríguez, E., 63
 Fernández Rodríguez, J., 6
 Fernández Rodríguez, M., 123, 218
 Fernández Romero, P., 66, 165
 Fernández Ruiz, I., 103
 Fernández Sáez, J., 142, 143
 Fernández Sanmamed, M.J., 236
 Fernández Sierra, M.A., 64, 68
 Fernández Valle, P., 255
 Fernández Vega, E., 156, 162
 Fernández Vicioso, I., 269
 Ferragut Roig, E., 108
 Ferrando, J., 27, 46, 47
 Ferrando Vivas, P., 49
 Ferreiro, J., 208
 Ferrer, F., 44
 Ferrer, M., 53, 54, 55
 Ferrer, M.D., 191
- Ferrer López, I., 101, 254
 Ferris Tortajada, J., 219
 Figueroa, E., 311
 Figueroa Murillo, E., 77, 275
 Fite Gallego, A., 235
 Flores, S., 24
 Flores Muñoz, M., 40, 272
 Foç, G., 37
 Fonseca Lavado, A.M., 294
 Font Corominas, A., 179
 Font Mayolas, S., 306
 Font Ribera, L., 113
 Fontana, S., 233
 Fontecha, C.G., 54
 Forja Pajares, F., 296, 307
 Forjan Lozano, E.J., 63
 Formigos Bolea, J.A., 137
 Fornell Coello, M.A., 26
 Fornovi Vives, J.J., 150
 Forns, J., 108
 Foz, M., 90
 Francisci, S., 106
 Franco, S., 191
 Freire, C., 113, 130, 218
 Freire Campo, J.M., 188, 280
 Freitas, A., 281, 282
 Freitas Ramírez, A., 105, 134
 Freixas, N., 34
 Frías Oncina, I., 15
 Frías Trigo, C., 105
 Friaza, V., 32, 64
 Frutos Gallego, E., 158
 Fu, M., 75, 183
 Fuente, M., 19
 Fuente Nogales, J.M., 126, 180, 190, 265, 290
 Fuentes, I.R., 249
 Fuentes, M., 52
 Fuentes, V., 182
 Fuentes Caro, I., 252
 Fuentes Guerra Caballero, E., 195
 Fuentes Guerra, E., 129, 268
 Fuentes Legaz, I., 68, 234
 Fuentes Lozano, P., 76
 Fuentes Ruiz, E., 168
 Fuentes Serradilla, E., 258
 Fuertes, C., 39
 Fuertes Goñi, C.A., 134
 Fullana, A., 91, 222
 Fullana Montoro, A., 176
 Fusté Sugrañes, J., 281
- Gabriel García, R., 286
 Gaig, P., 30
 Gala Ocejja, E., 76
 Galán, D., 129, 268
 Galán Carrillo, I., 106
 Galán Vigo, V.I., 272
 Galán Zurita, D., 195
 Galaviz Hernández, C., 82
 Galcerán, J., 50
 Galiana, N., 80, 81
 Galiana Achel, J.M., 254
 Galiana Auchel, J.M., 101
 Gallardo García, V., 231, 260
 Gallardo Montoro, M., 74, 119
 Gallego, A.B., 114, 115, 287
 Gallego, M.T., 268
 Gallego Casilda-Benítez, A., 140
 Gallego Domínguez, M.C., 194
 Gallego Quevedo, M.T., 118, 127, 128, 192

- Gallén, M., 187
 Gallo García, C., 33, 275
 Galmés Santandreu, B., 72, 108
 Galván, M., 256
 Gálvez, M.C., 132, 164, 307
 Gálvez Contreras, M.C., 132, 164, 254
 Gamero, C., 307
 Gámiz, E., 277
 Garabito, J., 261
 Garabito Durán, J., 128, 195
 Garagalza Arribabalaga, A., 156
 García, A., 155
 García, A.M., 85, 88, 146, 229, 230
 García, F., 134, 308, 309
 García, J., 50, 160
 García, L., 55
 García, L.J., 174
 García, M., 46, 220
 García, M.A., 114, 115, 287
 García, M.P., 59
 García, N., 245
 García, P., 59
 García, R., 16, 42
 García, S., 154, 154
 García, T., 32, 230
 García, X., 56, 102
 García Aboín, O., 161
 García Altés, A., 185
 García Álvarez, E., 200
 García Alzórriz, E., 188
 García Arenzana, N., 52, 183, 264, 274
 García Balart, L., 163, 164
 García Barquero, M., 93, 232, 288, 289
 García Barreto, J.F., 169, 193, 194, 216, 292
 García Basteiro, A.L., 228, 298
 García Benavides, F., 179
 García Bermejo, M.D., 206
 García Calvente, M.M., 11, 145, 246, 283, 300
 García Carpintero Muñoz, M.A., 302
 García Castellano, P.I., 134
 García Cavazos, R., 82
 García Córdoba, J.A., 186
 García Cubillana Cruz, P., 296
 García Cucurella, E., 171, 267
 García Daza, J., 250
 García Esteban, R., 215
 García Favero, J.R., 212
 García Fernández, E., 38, 290
 García Fulgueiras, A., 179
 García Galán, R., 15, 20
 García García, J., 91, 92, 178, 291, 292
 García García, M., 291
 García Gil, C., 147, 286
 García Gómez, M., 5, 12
 García González, L.A., 142
 García Goñi, M., 155, 157, 189
 García Gutiérrez, F., 68, 234
 García Gutiérrez, J., 140
 García Gutiérrez, J.F., 97, 138, 141, 158
 García Hera, M., 80, 81
 García Hernández, R., 151
 García Hita, M., 151
 García León, J., 98, 104, 137
 García López, E., 122, 152, 294
 García López, M.E., 171, 267
 García López, V., 6, 12
 García Machí, A., 132, 236
 García Maeso, T.O., 250
 García Martínez, A.M., 258
 García Martínez, S., 200
 García Martín, M., 178
 García Martín, M.A., 203
 García Mauriño Ruiz Berdejo, M., 170
 García Mauriño Ruiz Bermejo, M., 194
 García Melgar, M.C., 259
 García Mochón, L., 187
 García Navarro, M.A., 133
 García Ortuzar, V., 179
 García Palacios, M.V., 304
 García Palomar, P., 234
 García Pino, R., 179
 García Regidor, C., 6
 García Requena, E., 167
 García Rioja, F., 226
 García Rodríguez, F., 136
 García Rotllán, J., 33, 159, 167, 209, 239, 275, 295
 García Sánchez, F., 69
 García Sánchez, I., 66, 159, 244
 García Sánchez, J., 123
 García Sánchez, M., 69
 García Sánchez, M.J., 69, 296
 García Simón, M., 168
 García Suarez, A., 117, 127, 177
 García Subirats, I., 34, 35, 219
 García Toyos, N., 141, 273, 284
 García Vicuña, T., 270
 Garín, O., 53
 Garmendia Zallo, M., 280
 Garrido, J.A., 230
 Garrido, J.M., 206
 Garrido Fernández, P., 285
 Garrido Sierra, R., 193
 Garrido Torre, J.M., 41
 Garrucho, G., 114, 115, 287
 Garrucho, G.L., 249
 Garzón González, G., 163
 Gasch, A., 32, 228, 263, 279
 Gasull Panadès, M., 83
 Gata Díaz, J.A., 129, 151, 277, 278
 Gatto Cardia, C., 204
 Gatto Cardia, M.C., 55, 204, 213, 299
 Gaynés, E., 78
 Gayo Loredo, M.L., 120, 143
 Gázquez, V., 30
 Güell, F., 289
 Genaró Jornet, M., 246
 Gené Badia, J., 18
 Gerez, M.D., 66
 Germà, J.R., 189
 Gestal Otero, J.J., 263
 Gijón, M.T., 97
 Gil, D., 86
 Gil, R.G., 199
 Gil Barcenilla, B., 184, 250
 Gil Barcenilla, M.B., 76, 273
 Gil Domínguez, M.E., 181
 Gil Gallardo, E., 172, 216
 Gil García, E., 302
 Gil González, D., 58, 61, 87, 89, 90, 91, 92, 213
 Giménez, D., 80, 81
 Giménez Arnau, J., 186, 211
 Giménez Raurell, F.J., 310
 Giraldez, J.M., 195
 Giraldez Martínez, J.M., 114, 173, 174
 Girona Ballesteros, J.L., 296
 Gispert, R., 50, 105, 281, 282
 Gispert Magarolas, R., 134, 221
 Godue, Ch., 97
 Goicoechea, J., 159
 Goicoechea Salazar, J.A., 26, 298
 Gomes Precioso, J.A., 185
 Gómez, A., 247
 Gómez, C., 126, 170, 172, 271
 Gómez, F., 9
 Gómez, M., 258
 Gómez, M.L., 149, 241
 Gómez, M.T., 32, 230
 Gómez, N., 52
 Gómez, S., 89, 90
 Gómez Acebo, I., 297, 298
 Gómez Amorín, A., 71
 Gómez Aracena, J., 294
 Gómez Ariza, J.L., 32, 230
 Gómez Bueno, C., 175, 224
 Gómez Cámara, A., 49, 241
 Gómez Carballar, P., 193
 Gómez Fernández, E., 73
 Gómez Fernández, J., 220, 223
 Gómez Gerique, J.A., 49
 Gómez López, C., 269
 Gómez Martínez, A., 118
 Gómez Martín, M.C., 254
 Gómez Mata, M.L., 124, 129, 277, 278
 Gómez Ollés, S., 30
 Gómez Ortega, A., 143
 Gómez Ortega, A.I., 120
 Gómez Reina, E., 114, 173, 174, 195
 Gómez Rodríguez, A., 16
 Gómez Rodríguez, M., 206
 Gómez Rozalen, J., 91
 Gómez Valenzuela, C., 150, 222
 Gómez Villalba, E., 268
 Gómez Villalva, E., 129
 Gómez Villalva-Pelayo, E., 195
 Gomis Cebrián, R., 165
 Goncet Cansino, M.J., 38
 Góngora Abad, M.R., 164
 González, A., 183, 249, 289
 González, A.M., 233
 González, C., 116
 González, E., 16, 42
 González, I., 75
 González, J.A., 78
 González, M., 25, 32, 112
 González, N., 153, 154
 González, P., 116, 200
 González, S., 181
 González Álvarez, C., 290
 González Andrés, V., 98, 104
 González Ballesteros, A.B., 34
 González Canales García, M.P., 193
 González Castro, I., 156
 González Galarzo, M.C., 85, 146
 González García, M.T., 183
 González Gómez, M.F., 5
 González González, J.C., 178
 González Lama, J., 45, 262
 González López, J.R., 302
 González Perán, E., 106, 223
 González Pérez, R., 167
 González Ramírez, A.R., 285
 González R., M.J., 162
 González Rojo, E., 16
 González Ros, M., 93
 González Sáenz Tejada, M., 55
 González Sánchez, M.J., 198
 González Serrano, I., 122
 González Viana, A., 246
 González Zaera, J., 72, 149
 González Zapata, L., 142
 González Zapata, L.I., 82, 91, 108
 Gonzalo, E., 51
 Gonzalo Jiménez, E., 284, 310
 Gorgemans, S., 70

Gorgojo Jiménez, L., 152, 294
 Gosálvez, D., 97
 Gotsens, M., 26, 84
 Gracia, J., 200
 Gracia, M., 225
 Grande, J., 204
 Granollers Mercader, S., 235
 Gras Pérez, M.E., 306
 Grau, J., 75
 Grau Cano, J., 208
 Grau Gálvez, M., 164
 Grimalt, J., 31
 Gual, A., 202
 Guardia Cano, M.L., 143
 Guarga, A., 92
 Guarga Rojas, A., 70, 159
 Guerrero, E., 22, 40, 48, 271
 Guerrero Haro, M.D., 126, 180, 190, 265, 290
 Guerrero Ruiz, C., 227
 Guerrero Ruiz, M.C., 274
 Gueto Zurita, R., 219
 Guijosa Campos, P., 215, 216, 276
 Guil Bozal, A., 251
 Guillén, J., 126, 215
 Guillén, L., 50
 Guillén Enríquez, F.J., 89, 231, 260
 Guillén Enríquez, J., 61, 78, 260, 269
 Guillén Solvas, J.F., 208, 224
 Guisado Barrilao, R., 203
 Guisado Segador, M., 168
 Guitard, A., 94
 Guitart, A., 103
 Gullón González, A., 119, 184, 203
 Gurucelain Raposo, J.L., 193, 291
 Gutiérrez, A., 201
 Gutiérrez, I., 206
 Gutiérrez, M.E., 81
 Gutiérrez Alonso, A., 165
 Gutiérrez Arana, M.C., 38
 Gutiérrez Cuadra, J.L., 311
 Gutiérrez Fernández, M.J., 162, 259
 Gutiérrez Fuentes, J.A., 49
 Gutiérrez García, J., 116
 Gutiérrez García, J.J., 93, 94
 Gutiérrez Gimeno, M.V., 214
 Gutiérrez Ibarluzea, I., 198, 280
 Gutiérrez López, M.D., 122
 Gutiérrez Rivero, S., 211, 212
 Gutiérrez Sastre, M.G., 205
 Guxens, M., 7, 8, 83, 108, 215
 Guxens, N., 8

Hacar Valls, M., 212
 Halcón Guardiola, P., 93
 Haro, M., 28, 47, 48
 Haro García, F., 119, 184
 Harris, M., 152
 Harrison, T., 232
 Heederik, D., 113
 Henao, D., 69
 Henríquez Suárez, J., 161
 Herdman, M., 55
 Heredia, J.M., 55, 204, 300
 Hermosilla, E., 35
 Hermosilla, R., 160
 Hermosilla Fernández, D., 267
 Hermoso, B., 40, 48
 Hermoso Rico, B.H., 158
 Hernán, M., 303
 Hernán García, M., 96, 138
 Hernández, A., 126, 215

Hernández Aguado, I., 52
 Hernández Aparicio, E., 63
 Hernández Marrero, P., 133
 Hernández Martínez, E., 124
 Hernández Raya, G., 303
 Hernández Sánchez, R., 216
 Hernández Torres, E., 24, 110, 187
 Hernández Vilaplana, C., 172, 216
 Hernando Arizaleta, L., 210, 299
 Hernando Gómez, A., 252
 Herrador Ortiz, Z., 61, 246, 269
 Herraiz Batllori, J., 68, 194, 293
 Herranz Valera, J.J., 186, 211
 Herrera, C., 55
 Herrera, F., 20
 Herrera, M.A., 249
 Herrera, R.E., 249
 Herrera Guibert, D., 152
 Herrera Huesca, F., 300
 Herrero, C., 116
 Herrero Delicado, R., 186, 211
 Hervada Vidal, X., 71
 Hevia Álvarez, E., 101, 254
 Hevilla Cucarella, E.B., 122, 205, 294
 Hidalgo Contioso, J.F., 63
 Hidalgo Escobar, A., 195
 Hidalgo Escobar, A.M., 172, 173
 Hidalgo Pancorbo, J.M., 308
 Hidalgo Ruzzante, N., 145, 300
 Hierro Borjabad, J.M., 26, 298
 Higuera González, J.M., 198
 Higuera Callejón, C., 158
 Hinojosa Núñez, I., 74
 Horra, C., 32, 211
 Hortal, B., 121
 Hortelano Rodríguez, P., 22
 Hoyo, A., 6, 12
 Huerta, M., 239
 Huerta Bueno, M., 295
 Huertas, F., 127
 Huertas, F.J., 214, 229, 241
 Hueso Montoro, C., 284, 310
 Hurtado, F., 36
 Hurtado Sánchez, F., 106, 223

Ibáñez, B., 25
 Ibáñez, I., 147
 Ibáñez, J., 44
 Ibáñez Guillen, J.J., 206
 Ibáñez Martín, J.C., 6
 Ibáñez Rojo, V., 179
 Ibargoyen Roteta, N., 198
 Ibarluzea, J., 83
 Ibern, P., 155, 157
 Idiazábal, J., 13
 Iglesias Sena, H., 202, 245, 262
 Iniesta, C., 42
 Inoriza, J.M., 155, 157
 Invernizzi, G., 183
 Iñiguez, C., 30, 81, 85, 111, 111, 112, 146, 182
 Irarguri, P., 279
 Irastorza, A., 239
 Irastorza Aldasoro, A., 275, 295
 Irastorza Aldasoro, M.A., 33, 209
 Irlas Rocamora, J.A., 93
 Isac Martínez, B., 103
 Isla, M., 131
 Iváñez Gimeno, L., 98, 104, 137
 Izagirre Díaz-Lezana, D., 280
 Izquierdo Mora, M.D., 240

Jadad, A., 97
 Jaén Ruiz, I.J., 274
 Jané, M., 34, 221, 222
 Jansà, J.M., 232
 Jardines, J.B., 97
 Jarrod, M., 31
 Jiménez, A.J., 311
 Jiménez, E., 52, 183, 218, 245, 264, 274
 Jiménez, M., 200
 Jiménez, M.R., 159
 Jiménez, N., 62
 Jiménez, P., 36
 Jiménez Casado, C.E., 255
 Jiménez Checa, M.C., 93
 Jiménez Fernández, R., 117
 Jiménez Gil, P., 302
 Jiménez Gutiérrez, E., 59
 Jiménez Hernández, M.D., 167
 Jiménez Ibáñez, E., 276
 Jiménez Jiménez, E.M., 173, 272
 Jiménez López, M., 290
 Jiménez Martín, J.M., 20, 237, 310
 Jiménez Masegosa, M.C., 276
 Jiménez Mejías, E., 29, 203, 220, 223
 Jiménez Moleón, J.J., 106, 220, 285
 Jiménez Moreno, J., 68, 234
 Jiménez Pernet, J., 97, 138, 140, 141
 Jiménez Rodríguez, C., 125
 Jiménez Romero, M.R., 26, 298
 Jiménez Villa, J., 18
 Jódar Sánchez, F., 187
 Jodral Segado, A., 128
 Jordana, E., 225
 Jou, J., 60
 Juan, P., 80
 Juárez, O., 75, 89
 Julvez, J., 108
 Juncosa Font, S., 166
 Jurado Chacón, M.D., 224
 Jurado Valenzuela, C., 49
 Juárez, O., 94

Kogevinas, M., 113
 Krasnik, A., 133

Lacalle, J.R., 154
 Lacalle Remigio, J.R., 196
 Lacasa Plana, C., 281
 Lacasaña, M., 82, 226
 Lacasaña Navarero, M., 227
 Lado Lema, E., 149
 Lafuente, I., 153, 154, 155
 Lahoz, B., 37
 Lama, C., 167
 Lama Herrera, C., 125
 Lamas García, N., 162
 Landa Ruiz, A., 300
 Lapuente, J.L., 201
 Lara, N., 7
 Lara García, L., 184
 Lara Quesada, E., 115
 Lardelli, P., 208
 Lardelli Claret, P., 29
 Larrañaga, N., 106
 Larreinaga Ulloa, N., 43
 Las Hayas, C., 153, 154, 155
 Latorre, A., 62
 Latorre, P., 204, 213, 299
 Latorre, P.A., 55, 204
 Laynez, F., 126

- Layne, P., 215
 Lázaro, A., 99
 Lázaro, F., 206
 Lázaro Jiménez Cisneros, I., 126, 180, 190, 265
 Lazo, A.M., 132
 Leal González, S., 198
 Ledo Varela, M.T., 234
 Lekerika Royo, N., 280
 Lendínez Roballo, L., 212
 León, D., 121
 León, J., 45
 León, M.T., 160
 León Espinosa, M.T., 159
 León Fernández, M.J., 206
 León Larios, F., 302
 León Ródenas, P., 240
 Letelier Ruiz, M.J., 19
 Lezaun, M., 12
 Lierta, R., 225
 Lima Neto, J.S., 202
 Limón Mora, J., 33, 33, 209
 Linares, A., 170
 Linares, C., 218
 Linares Gil, C., 30
 Linares Miguel, A., 276
 Lineros, C., 303
 Lineros González, C., 98
 Lisbona, J.M., 155, 157
 Llácer, A., 179
 Llagostera Español, M., 121
 Llamas, M.V., 16
 Llamas Martín, C., 271
 Llamas Martínez, V., 15
 Llanos, A., 196
 Llanos Peña, F., 286
 Llausí, R., 92
 Llavador, A., 48
 Llebaria Samper, X., 62
 Llop, S., 111, 112
 Llopart, J.R., 69
 Llopis, M., 247
 Llorca, J., 297, 298
 Llorens Arasa, J., 246
 Llorens Serrano, C., 179
 Llupia, A., 228, 298
 Lopetegui, L., 56, 57
 López, A., 97, 185, 311
 López, C., 92
 López, D.J., 50
 López, J., 48
 López, L.A., 16, 42
 López, L.C., 149
 López, M., 78, 147
 López, M.J., 7, 75, 183, 185, 225
 López, M.V., 79
 López, P., 36, 48, 116, 134, 174
 López, R., 45, 51
 López, S., 56, 57
 López, T., 31
 López Alegría, C., 93, 94, 116
 López Amo González, M.P., 187
 López Argumedo, M., 110
 López Armario, C., 40
 López Barranco, M.D., 119
 López Bermúdez, E., 36
 López Buitrago, M., 140
 López Cortés, R., 16
 López Doblas, M., 139, 141, 273
 López Domínguez, R., 126, 180, 190, 265, 290
 López Espinosa, M.J., 113, 130
 López Fernández, F.J., 304
 López Fernández, L.A., 20, 76, 140, 237, 273
 López Fernández, T., 219
 López García, E., 22
 López García, M., 22
 López García, P., 62
 López Hernández, C., 240
 López Hernández, F., 186
 López Hernández, M.B., 262
 López Ibáñez, G., 98, 104, 137
 López Jacob, M.J., 88, 229, 230
 López Jiménez, J.D., 308
 López Lirola, I., 227
 López López, C., 110
 López Márquez, R., 239, 279
 López Navas, M.A., 166, 311
 López Parra, A.R., 272
 López Pérez, R., 114, 128, 172, 173, 174, 195
 López Rodríguez, F., 270
 López Roldán, L., 280
 López Rosa, A., 34
 López Ruiz, A., 10
 López Ruiz, M., 80
 López Sánchez, S., 151
 López Torres, M.A., 269
 López Vega, D.J., 250
 Lora Pablos, D., 49
 Lorca Mesa, C., 224
 Losa, F., 46
 Lozano, R., 213
 Lozano Izquierdo, C., 269
 Lozano León, F., 234
 Lozano Olivar, A., 93, 94, 116
 Lozano Rodríguez, F.J., 285
 Lucena García, S., 227
 Lucerna Méndez, M.A., 227
 Lumbreras, B., 52
 Luna, M.D., 129, 268
 Luna Castillo, J.D., 20, 29, 178, 237
 Luna Gómez, M.D., 195
 Luna Maldonado, A., 296
 Lupiáñez Castillo, A., 76, 273
 Luque, L., 172
 Luque, S., 95
 Luque Martín, N., 141, 273
 Luque Romero, L.G., 40, 255, 272, 294
 Macarro Merino, D., 212
 Macedo, M., 218
 Machado Ramírez, F., 178
 Macià, F., 44, 187, 257
 Macià, M., 71
 Macías Domínguez, M.J., 115
 Macías Gómez, F., 170
 Macías Gómez, F.R., 266
 Madero Arias, A.N., 176
 Madrigal, E., 210
 Madrigal Cueto, R., 285
 Magallón, R., 53, 99
 Magallón Botaya, M.R., 110
 Magán Tapia, P., 49, 241
 Magariños, N., 19, 182, 245, 304
 Magariños Laguia, N., 84
 Mahtani Chugani, V., 156, 162, 198, 202, 240
 Mahtani Chugani, V.M., 142
 Maldonado, J.R., 163
 Maldonado Castillo, J.R., 164
 Malmusi, D., 20, 83, 85, 94
 Malvar Pintos, A., 71, 73
 Manchado, R., 264
 Manera Bassols, M., 301, 302
 Mantero Muñoz, A., 119
 Mantilla, E., 30, 111
 Manzanares, S., 74
 Manzano, C., 230
 Manzano Martínez, I., 21
 Manzano Ródenas, I., 225
 Mar Rico Morales, M., 120
 Marc, J., 281
 March, J.C., 141, 227
 March, S., 37
 March Cerdá, J.C., 38, 95, 102, 103, 104, 138, 139, 141, 273, 297, 302, 310
 Marco, A., 182
 Marcos Gragera, R., 125
 Marcos Herrero, J.A., 69
 Marí Dell'Olmo, M., 46, 47, 84
 Mari Ripa, D., 156
 Marín, C., 311
 Marín, J., 199
 Marín, P., 126, 215
 Marín, R., 295
 Marín Galvín, R., 118
 Marín León, I., 199
 Marín López, J.J., 147, 286
 Marín Martínez, P., 175, 176
 Marín Rodríguez, I., 21
 Marín Sánchez, J., 147
 Mariscal, M., 241
 Mariscal Ortiz, M., 129, 277, 278
 Mármol Aroca, S., 273
 Mármol Peis, E., 203
 Maroto Navarro, G., 145, 283, 300
 Márquez Calderón, S., 24, 199, 234, 242, 243, 244
 Márquez Cruz, M.D., 61, 199, 269
 Márquez Peláez, S., 231
 Martí Longas, R., 134, 221
 Martí Rubí, J.C., 297
 Martín, E., 308, 309
 Martín, J., 153
 Martín, J.A., 228
 Martín, M., 22, 40, 48, 219, 271
 Martín, M.A., 198
 Martín, U., 104, 110, 148
 Martín Barato, A., 139, 141, 273
 Martín Cañete, R., 124
 Martín Castro, C., 297
 Martín Daza, M., 36
 Martín Fernández, R., 156, 202, 240
 Martín Garrido, I., 211, 212
 Martín Linares, M.A., 119, 184, 203
 Martín Llaguno, M., 95, 99
 Martín Martín, J.J., 187
 Martín Medina, E., 119
 Martín Moreno, J.M., 122, 152, 205, 214, 294
 Martín Moreno, P., 152, 307
 Martín Muñoz, O., 68
 Martín Olmedo, P., 10, 31, 63, 81
 Martín Olmos, M., 115
 Martín Paco, V., 243
 Martín Rabadán, M., 121
 Martín Rudilla, F., 275
 Martín Ruiz, E., 226, 302, 310
 Martín Sánchez, I., 200
 Martín Santos, F.J., 284, 310
 Martín Vallejo, E., 171, 267
 Martín Vidal, M., 235
 Martínez, A., 89, 155
 Martínez, B., 208
 Martínez, C., 52, 106, 123, 183, 210, 221, 238, 245, 264, 274
 Martínez, G., 298

- Martínez, I., 42
 Martínez, J., 22
 Martínez, J.F., 163
 Martínez, J.M., 80, 214, 229, 241
 Martínez, L., 249, 287
 Martínez, M., 87, 100, 163
 Martínez, M.D., 114
 Martínez, M.J., 163, 164
 Martínez, T., 53, 99
 Martínez Ballesteros, M., 224
 Martínez Bellón, M.D., 166, 208, 282, 311
 Martínez Beneito, M.A., 84
 Martínez Cabrero, P., 97
 Martínez Cantarero, C., 166
 Martínez Cassinello, R., 297
 Martínez Cengotitabengoa, M., 144
 Martínez Cervell, C., 163
 Martínez Cobos, D.M., 227
 Martínez Cobos, M.D., 274
 Martínez Coronel, J.F., 163, 164
 Martínez Fernández, C., 175
 Martínez García, E., 135, 178, 224
 Martínez García, J.A., 186
 Martínez García, L., 301, 302
 Martínez García, N., 223
 Martínez Guàrdia, M.D., 312
 Martínez Leitgeb, M., 172, 173, 195, 216
 Martínez Lirola, M., 254
 Martínez López, J.J., 225
 Martínez Losa, A., 69
 Martínez Martínez, A., 291
 Martínez Martínez, C.M., 34
 Martínez Martínez, M., 181
 Martínez Millán, J.L., 16
 Martínez Moreno, F., 93, 94, 116
 Martínez Ortega, A., 175, 176
 Martínez Pecino, F., 158
 Martínez Pino, I., 100
 Martínez Rodríguez, L., 138, 222
 Martínez Romero, M.D., 66, 165
 Martínez Ros, M.J., 186, 211
 Martínez Ruiz, M.D., 219
 Martínez Sánchez, F., 102
 Martínez Sánchez, J.M., 75, 183
 Martínez Tapias, J., 154
 Martínez Tortosa, A., 118, 127, 138, 150
 Martínez Varela, F., 66, 165
 Martínez Vidal, M., 5
 Martos, F., 97
 Martos, M.C., 100, 258
 Mas, R., 91, 222, 288, 289
 Más Castillo, A., 165
 Mas Pons, R., 176, 247
 Masanet Ripoll, E., 10
 Masuet, C., 233
 Mata Jiménez, A., 145
 Matamoros, J., 48
 Mateo, I., 51
 Mateo Rodríguez, I., 20, 145, 237, 283, 300
 Mateos Wichmann, I., 259, 260
 Mateu, X., 187
 Matud, M.P., 147, 204
 Maturana, V., 120
 Maya Viejo, J.D., 40
 Maydeu Olivares, A., 57
 Mayol Goitre, P., 127
 Mayoral, E., 238
 Mayoral, J.M., 106, 123
 Mayoral Cortés, J.M., 28, 207, 231, 237, 238, 239, 259, 260, 266, 276
 Mayoral Masana, I., 288
 Mayoral Sánchez, E., 125
 Mazarrasa, L., 179
 Medina, A., 55
 Medina, J., 252, 305
 Medina, M.E., 19, 245, 304
 Medina, S., 10
 Medina Chozas, M.E., 84
 Medina Doménech, R.M., 139
 Medina González, R., 71
 Medina Romero, M.E., 168
 Medrano, A.C., 64
 Medrano, F.J., 32, 64, 212
 Mejías Márquez, C., 122
 Melchor, J.M., 238
 Mena, M., 65
 Mena Jiménez, A.L., 296
 Méndez, E., 35, 131, 222
 Méndez, I., 264
 Méndez, M.A., 108
 Méndez Arroyo, A., 173
 Méndez Martínez, C., 98, 104, 137, 238
 Méndez Moreno, M., 171, 267
 Méndez Serrano, B., 147
 Mendoza, L., 199
 Menéndez, J.R., 170, 271
 Menéndez, T., 96
 Meneses Falcón, C., 302
 Meneu, R., 308
 Mengual, J.M., 200
 Mentuy Isus, P., 40
 Mercadal Brotons, M., 8
 Mercader, J.J., 139, 141, 227
 Mercado, A., 22, 40, 48, 220, 271
 Mérida Torre, F.J., 162, 259
 Merino Castro, M.C., 69
 Merino Rico, B., 101
 Merino Rico, J.B., 254
 Merino Romero, J., 27
 Mesa Cruz, P., 76, 273
 Mesa Nieto, A., 259
 Mesas Rodríguez, A., 76
 Messeguer, F., 116
 Miguel, M., 155
 Miguel Pedrero, F., 122
 Miguélez, M.J., 168
 Milla, J., 208
 Millán, A., 51
 Millán Carrasco, A., 103, 284, 310
 Millares Lorenzo, J.L., 78
 Miller, F., 37
 Millet, J.P., 264
 Minué Lorenzo, S., 138
 Miñarro, C., 249
 Miñarro Moral, R.M., 128
 Miralles Martínez Portillo, L., 6
 Miret Montané, M., 288
 Miró, J., 207
 Mirón Canelo, J.A., 202, 245, 262
 Mogollón, A., 157
 Moguer, M., 50
 Moguer Beas, M., 250
 Molina, E., 106, 238
 Molina, J.M., 129
 Molina Cano, F., 119, 184, 203
 Molina Caro, L.O., 266
 Molina Durán, F., 186
 Molina Font, J.C., 276
 Molina García, L., 68, 194, 293
 Molina Linde, J.M., 196
 Molina López, T., 101, 254
 Molina Miras, J.E., 173, 272
 Molina Molina, J.M., 123, 130, 218
 Molina Ruiz, A., 54
 Molinero, E., 85
 Molins, E., 44
 Moncada Díaz, R., 117, 177
 Moncada Lluís, S., 179
 Moncholi, A., 134, 174
 Monge, D., 235
 Monge Corella, S., 280
 Montalvo, T., 191
 Montaña Remacha, M.C., 276
 Monte, C., 65
 Monte Vázquez, C., 20
 Monteagudo Piqueras, O., 186, 210, 211
 Montejo, R., 214
 Montero Piñar, I., 109
 Montero Torrejón, J.C., 255
 Montes Cano, M.A., 32
 Montes Escudero, M.I., 118, 172
 Montes Sánchez, M.A., 276
 Montes Tubío, F., 148
 Montilla, P., 289
 Montoya Muñoz, R.A., 119
 Montoya Vergel, J., 117
 Moñino Gómez, M., 108
 Monzón Llamas, L., 280
 Moral Campaña, M.C., 215, 216
 Morales, A., 114, 115, 120
 Morales Asencio, J.M., 284, 310
 Morales Doménech, A., 247
 Morales López, A., 259
 Morales Torres, M., 261
 Morán Fagúndez, L., 93
 Morell, F., 30, 191
 Moreno, I., 12
 Moreno, J.V., 270
 Moreno Abril, O., 282
 Moreno Campoy, E.E., 162
 Moreno Castro, F.J., 115, 180, 207, 217
 Moreno Gómez, M., 202, 245, 262
 Moreno Iribas, C., 144
 Moreno Ramírez, J.A., 119
 Moreno Rodríguez, R., 38
 Moreno Roldán, E., 203
 Morera Salas, M., 189
 Morilla, R., 64, 211
 Morilla Herrera, J.C., 284, 310
 Morillo, Á., 51, 263, 278
 Morillo Montañés, L., 171, 267
 Morón Taberner, P., 288
 Morrison, J., 20
 Morteruel, M., 286
 Mosquera Adels, M.N., 63
 Moya, A., 62
 Moya, M.N., 244
 Moya Fernández, G., 118
 Moya Fernández, S., 115
 Moyano Jiménez, O., 74
 Mozas Moreno, J., 223
 Muniente, G., 20
 Muntaner, I., 37
 Munuera, I., 206
 Muñoz, A., 160
 Muñoz, L., 22, 149, 170, 220, 271, 291
 Muñoz, P., 257
 Muñoz, R., 115, 256, 287
 Muñoz Alonso, A., 145, 147
 Muñoz Arroyo, M.V., 258
 Muñoz Bellerín, J., 248
 Muñoz Fernández, R., 40
 Muñoz Jofré, A., 311
 Muñoz López, B., 194
 Muñoz Masero, C., 22
 Muñoz Pecci, C., 68, 234

Muñoz Pedregal, M.J., 288
 Muñoz Rubio, M., 184, 267, 268, 293
 Muñoz Rubio, M.O., 293
 Muñoz Sánchez Reyes, M.D., 270
 Muñoz Vilches, M.J., 119
 Muñoz Villanueva, M.C., 124
 Murcia, J., 149, 271, 291
 Murcia, M., 81, 83, 182
 Muriel Fernández, R., 15, 20
 Murillo, F., 160
 Muro, J.A., 129

Navajas Llamas, J.M., 114
 Navarrete, E.M., 80, 81
 Navarro, F., 112
 Navarro, G., 25, 154
 Navarro, I., 163, 164, 253
 Navarro, J.D., 199
 Navarro, M., 28, 46, 47, 48
 Navarro, P., 308, 309
 Navarro, V., 112
 Navarro Córdoba, M., 297, 298
 Navarro Espigares, J.L., 24, 110, 187
 Navarro Gistau, C., 200
 Navarro Martínez, M.D., 34
 Navarro Méndez, I., 254
 Navarro Moya, F.J., 165
 Navarro Pérez, P., 226
 Navarro Sánchez, C., 175
 Navarro Tejada, M.R., 220
 Navarro Vázquez, F.J., 178
 Navas Corbacho, J., 207, 217
 Navas Corbacho, J.J., 115, 180
 Navea, N., 130, 218
 Nebot, M., 56, 75, 102, 183, 185, 225
 Nieto Cervera, P., 279
 Nieto Moreno, M., 53
 Nieto Reinoso, A., 40, 255, 272
 Nieto Vera, J., 124, 250, 276, 296, 307
 Nieuwenhuijsen, M.J., 113, 215
 Nolasco, A., 30
 Novo, F., 297, 298
 Novoa, A.M., 46, 47
 Nuez León, C., 178
 Núñez, M.I., 121
 Núñez Gutiérrez, M.C., 128

Obando Corte, J., 183
 Ocaña Riola, R., 237, 238, 239, 283, 310
 Ochoa García, L., 303
 Otero Sobrado, D., 275
 O'Donnell, J., 239
 Ojeda, M.J., 206
 Olabarria, M., 86
 Olalla, P.G., 264
 Olaya Caro, I., 128, 165
 Olea, N., 31, 113, 123, 129, 130, 217, 218
 Oliva, J.C., 90
 Oliva Delgado, A., 252
 Oliván Abejer, J., 105
 Olivé, V., 228
 Oliveros Briz, T., 110
 Ollero, M.J., 271
 Olmedo Domínguez, M.I., 206
 Olmedo Requena, R., 203, 223, 224, 285
 Olmo, J.C., 31
 Olry Labry-Lima, A., 146, 243, 244
 Olvera Calderón, J., 181
 Olvera Porcel, C., 135, 166, 208
 Olvera Porcel, M.C., 29, 106, 220

Oña Baquero, C., 126, 190, 265, 290
 Orcau, A., 253, 264
 Orduna Zubiri, J.J., 73, 169
 Orea, F., 123
 Orgado Pérez, C., 115
 Orive, M., 153, 154
 Orjuela Ramírez, M.E., 136
 Orón, A., 247
 Orpella, X., 78
 Órpez, A., 256
 Orruño, E., 201
 Orruño Aguado, E., 198
 Ortega, A., 14, 134, 174
 Ortega, F., 26, 155
 Ortega, F.B., 252, 305
 Ortega, I., 149
 Ortega, P., 228, 295
 Ortega, T., 26
 Ortega Eslava, A., 15
 Ortega García, J.A., 219
 Ortega Limón, E., 123
 Ortega López, Y., 166, 311
 Ortega Martín, I., 243
 Ortega Osuna, A., 36
 Ortiz, A., 241
 Ortiz, S., 137
 Ortiz Barreda, G.M., 61, 108
 Ortiz Cervelló, F., 240
 Ortiz Moncada, R., 305
 Ortiz Rodríguez, O., 258
 Orue Vázquez, L., 269
 O'Shanahan Juan, J.J., 161
 Osuna Agüera, A.N., 266
 Osuna Agüera, A., 170
 Otero Barrós, M.T., 263
 Otero Regueijo, M., 73
 Ouaridi, A., 95
 Ouranou, A., 183
 Oviedo Joekes, M.E., 104
 Oya, B., 253
 Oyagüez Martín, I., 214

Pablo Comeche, D., 308
 Pablo Vázquez, D.P., 123
 Pacheco, C., 59
 Pacheco Calvente, J., 118, 138
 Pacheco Calvente, J.P., 135
 Pacheco López, M.C., 178
 Padial, M., 98, 137, 301
 Padial Espinosa, M., 136
 Padial Ortiz, M.A., 24
 Padilla Marín, C., 11
 Páez Muñoz, E., 66, 159
 Pagán Martínez, F., 116
 Pajares, I., 160
 Palacio Gavín, G., 110
 Palacio Vieira, J., 57
 Palacio Vieira, J.A., 58
 Palma Morgado, D., 101, 254, 257
 Palomar Rodríguez, J.A., 210, 299
 Palomino, M., 6, 12
 Palomo Cobos, L., 255
 Palop, M., 116
 Palos Calero, F., 114, 173
 Palou Vidal, P., 72
 Pardo, Y., 54, 55
 Pardo Serrano, C., 91, 92, 178
 Paredes, J., 289
 Paredes, J.J., 36, 174, 288
 Paredes Carbonell, J.J., 41
 Parra, A., 6, 12

Parra, D., 305
 Parra Casado, D., 10
 Parra Hidalgo, P., 165
 Parra Jiménez, A., 252
 Parrón, T., 126, 215
 Parrón Carreño, T., 126
 Pasarín, M., 39, 54, 94, 286
 Pasarín, M.I., 18, 20, 26, 84, 89
 Pascual, J.A., 75
 Pascual Martínez, N., 21, 297
 Pastor, S., 48
 Pastor Alba, S., 235
 Pastor López, A., 145
 Pastor Rodríguez Moñino, A., 241
 Pastor Valero, M., 81
 Pastor Vicente, S., 132, 236
 Patiño Masó, J., 306
 Payà, A., 188
 Payer, T., 106, 238
 Peinado, E., 97
 Peinado, J., 301
 Peinado Álvarez, E., 16
 Peiró, R., 46, 47, 48, 86, 116, 288, 289
 Peiró Pérez, R., 41, 109, 109
 Peláez Guilbert, F., 169, 193, 194, 216, 292
 Pelaz, C., 62
 Pelechano García, A., 132, 236
 Pelegrina, M., 215
 Pellicer, R., 134, 174
 Pellisé, F., 54
 Peña, P., 79
 Peña, R., 253
 Peña Pou, R., 254
 Peña Rey, I., 235
 Peñafiel Escámez, M., 117
 Pepió, M., 191
 Peracho, V., 191, 192
 Peralta Aguilar, M., 276
 Peray, J.L., 7
 Peray Baiges, J.L., 13
 Perea, E., 25, 153, 155
 Perea Rafael, R., 74, 119
 Pereira, A., 32
 Pereira, C., 299
 Pereiras López, M., 71, 72, 149
 Pereiró Berenguer, I., 185
 Pereiro Hernández, R., 296, 307
 Pereiro Hernández, R.M., 248, 281
 Pereñíguez Barranco, J.E., 69, 296
 Pérez, A., 56, 102
 Pérez, B., 112
 Pérez, C., 48, 208
 Pérez, E., 106
 Pérez, G., 34, 35, 39, 64, 86, 90, 219
 Pérez, K., 27, 28, 46, 47, 48, 86
 Pérez, M., 217
 Pérez, M.J., 37
 Pérez, P., 48, 116
 Pérez Aparicio, J., 173, 272
 Pérez Cárceles, M.D., 69, 296
 Pérez Corral, O., 138, 302
 Pérez Cortes, A.J., 204, 306
 Pérez Cruz, C., 168
 Pérez Díaz, M., 165
 Pérez García, B., 168
 Pérez García, V., 258
 Pérez Lázaro, J.J., 103
 Pérez López, I.J., 252
 Pérez Lozano, C., 114
 Pérez Lozano, M.J., 68, 234
 Pérez Machado, E., 300
 Pérez Manzano, F., 143

Pérez Morilla, E., 207
 Pérez Ríos, M., 75
 Pérez Riquelme, F., 93, 94, 116
 Pérez Rivas, J., 241
 Pérez Santos, M.J., 162
 Pérez Sanz, E., 247
 Pérez Sarmiento, C., 36
 Pérez Torres, I., 167
 Pérez Trigueros, M., 138, 140
 Pérez Vicente, S., 285
 Peris, M., 46
 Peris Bondia, F., 62
 Peris Borrás, S., 235
 Pertegal Vega, M.A., 252
 Petit, M., 20
 Picart Barrot, L., 168
 Picó, M., 65
 Piedra, M.C., 170, 271
 Pijem, C., 92
 Pinazo Luque, J., 74, 119
 Pineda Vergara, J.A., 234
 Pino Espejo, M.J., 148
 Pintó, J.M., 63
 Pinzón Pulido, S., 304
 Piñero Cabanillas, R., 40
 Pipó, C., 56, 57
 Piñeras Silva, M., 135
 Píriz Martínez, I., 168
 Pitarque, S., 7
 Pla, A., 126, 215
 Pla, E., 36
 Pla, M., 65, 289
 Plana, E., 108
 Plans, P., 23, 232
 Plasència, A., 28, 221, 222, 232, 249, 289
 Plasència Taradach, A., 62, 158
 Plata, J., 196
 Plaza Espuña, I., 101
 Plaza Piñero, L., 115, 180, 207, 217
 Plazaola Castaño, J., 59
 Pons Morales, S., 214
 Pons Tubío, A., 115
 Pons Vigués, M., 131, 236
 Pont, A., 54
 Pont Navarro, E., 105
 Porta, M., 31
 Porta Serra, M., 83
 Poveda, C., 134
 Pozo Cano, M.D., 178, 224
 Pozo Muñoz, F., 74, 119
 Prada, R., 130, 217
 Prado, C., 256
 Prado, E., 256
 Prado, N., 245
 Prados, A., 257
 Prat, A., 298
 Prats, R., 221, 222
 Prats Coll, R., 158, 249
 Prats Viedma, B., 158
 Precioso, J.P., 218
 Presa Lorite, J., 220, 223
 Prieto, M.A., 227
 Prieto, M.J., 255
 Prieto Caballero, M.J., 257
 Prieto Cordero, I.M., 169, 193, 194, 216, 292
 Prieto García, N., 76
 Prieto Lamo, G., 166
 Prieto Mendoza, R., 311
 Prieto Rodríguez, D., 38
 Prieto Rodríguez, M.A., 38, 95, 102, 139, 273, 284
 Puell Gómez Salazar, L., 259

Puell Gómez, L., 28
 Puente Baliarda, D., 121
 Puertas, R., 113
 Puerto, M., 19
 Puerto Segura, E., 98, 104, 137
 Puig Barrachina, V., 85
 Puig Manresa, J., 166
 Puig Salomon, P., 251
 Puig Soler, R., 251
 Puigdefàbregas, A., 105
 Puigdefàbregas, A., 50
 Puigdomènech Puig, E., 83
 Puigpinós, R., 84, 131, 236
 Puigventós, F., 14
 Puigventós Latorre, F., 15
 Pujol, E., 56, 57
 Pujol, M., 294
 Pujol Ribó, J., 312
 Pujols, X., 56, 57
 Pumarega, J., 31
 Pumares Pumares, A., 246

 Queiro Verdes, T., 23
 Quero, A., 163
 Quesada, S., 228
 Quintana, J.M., 25, 153, 154, 155

Rabanaque, M.J., 100, 258
 Rábano, M., 155
 Rabat Restrepo, J.M., 93
 Rajmil, L., 54, 57, 58
 Ramírez, J.D., 48
 Ramírez, O., 234
 Ramírez Jiménez, V.P., 306
 Ramírez Rubio, O., 239
 Ramírez Ruiz, J.A., 250
 Ramon, J.M., 233
 Ramón, M., 228
 Ramón, R., 83, 112
 Ramos, A., 45, 228, 263
 Ramos, M., 37
 Ramos, P., 89, 94, 225
 Ramos, R., 113, 217, 218
 Ramos Jiménez, A., 168
 Ramos Monserrat, M., 121
 Ras, J., 160
 Raussel Raussell, V., 186
 Rebagliato, M., 81, 112, 182
 Rebollo Vela, M., 168
 Reche, I.M., 132
 Reche Molina, I., 164
 Reche Molina, P., 120
 Redondo, A., 44
 Redondo Pedraza, C., 36
 Redondo Pedraza, R., 147
 Regidor, E., 245
 Regidor Poyatos, E., 136
 Reig, A., 187
 Reina Toral, A., 297
 Repullo Labrador, J.R., 188
 Requena, M., 126, 215
 Requena, T., 14
 Requena Caturla, T., 15
 Requena Mullor, M., 126
 Respaldiza, N., 32, 64
 Restrepo Medrano, J.C., 24, 108, 213
 Restrepo Mesa, S.L., 91
 Reviriego, E., 110
 Revuelta González, M., 174
 Rey, J.C., 170

Rey Arrans, J.C., 276
 Reyes Santías, F., 189
 Ribas, G., 105
 Ribas Fitó, N., 8
 Ribera Lacomba, J., 240
 Ricci Cabello, I., 243, 244
 Rico, R., 110, 200
 Rico Verdú, C., 94
 Río Lozano, M., 145, 283
 Ríos, J., 233, 294
 Ríos, S., 121
 Ríos Bermúdez, M., 252
 Riu, M., 32
 Rius, C., 253
 Riutort Ozcariz, I., 72
 Rivadeneyra Sicilia, A., 9
 Rivas, E., 206
 Rivas Campos, A., 284, 310
 Rivas Moreno, M., 300
 Rivas Ruiz, F., 285
 Rivera García, E., 252
 Rivera Gómez Aravalillo, E., 69
 Rivera Maldonado, M.C., 291
 Rivera Torres, A., 93
 Rivero, L., 64, 212
 Rivero, T., 281, 282
 Robledo Valentín, I., 38
 Robles, A., 204, 213, 214, 241, 300, 305
 Robles, C., 163, 253
 Robles Aguilera, C., 163, 164, 254
 Robles Aguilera, M.C., 120
 Robles Gómez, I., 183
 Rocha, K., 18, 26
 Rodrigo Yudego, R., 163
 Rodríguez, A., 255, 264
 Rodríguez, C., 147
 Rodríguez, D., 131, 135, 208, 236
 Rodríguez, J., 98, 159
 Rodríguez, J.M., 200
 Rodríguez, K., 219
 Rodríguez, L.F., 218
 Rodríguez, M., 65, 123, 163, 225, 301
 Rodríguez, P., 63, 253
 Rodríguez, S.F., 116
 Rodríguez Águila, M.M., 64, 68, 285
 Rodríguez Baena, E., 93, 232, 288, 289
 Rodríguez Ballester, F., 173, 174, 195
 Rodríguez Barranco, M., 82, 226, 227
 Rodríguez Benjumeda, L.M., 276
 Rodríguez Blanco, T., 166
 Rodríguez Borrego, M.A., 147
 Rodríguez Caballero, R., 174
 Rodríguez Campos, M., 192
 Rodríguez Cundín, P., 297, 298
 Rodríguez Estepa, J., 38, 290
 Rodríguez Hernández, P.J., 142
 Rodríguez Herrera, E., 169, 193, 194, 216, 292
 Rodríguez Herrera, J., 26, 298
 Rodríguez López, A., 168
 Rodríguez López, J., 236
 Rodríguez Maresca, M., 164
 Rodríguez Maresca, M.A., 163, 164
 Rodríguez Martínez, B., 248
 Rodríguez Mondragón, A., 253
 Rodríguez Piñero, M., 51
 Rodríguez Reinado, C., 103
 Rodríguez Rodríguez, M., 151
 Rodríguez Romero, E., 28, 266
 Rodríguez Sanz, M., 18, 20, 26, 57, 64, 84, 86
 Rodríguez Terol, A., 257
 Rodríguez Torronteras, A., 128

- Rodríguez Uranga, J.J., 167
 Rodríguez Vargas, R., 38
 Rodríguez Vedia, N.R., 123
 Rogríguez, M., 67
 Rohlf, I., 58, 86, 242
 Rohlman, D., 112
 Roig, A., 34
 Rojas Fuentes, C.A., 249
 Rojas Villegas, J., 181
 Roldán, A., 45, 263, 278, 295
 Roldán Arroyo, M.L., 178
 Roldán Bermejo, I., 246
 Roldán Guillena, R., 38
 Román, A., 24
 Román, A.J., 228
 Román, R., 44
 Román Casares, E., 68, 234
 Román Navarro, P., 311
 Román Rico, D., 259
 Romera Soler, G., 126, 180, 190, 265, 290
 Romero, C., 204
 Romero, M., 310
 Romero Brioso, A.M., 22
 Romero López, M.V., 171
 Romero Paredes, M.A., 127, 168
 Romero Romero, M.J., 282, 285
 Romero Vallecillo, M., 104, 297
 Romero Vallecillos, M., 39, 103
 Romo Avilés, N., 302
 Ronda, E., 230
 Ronda Pérez, E., 87, 91, 136, 213
 Roqué, M., 282
 Rosa, J., 32
 Rosa Burgos, F., 206
 Rosa Jiménez, F., 311
 Rosado, L.D., 113
 Rosales Rodríguez, M., 68
 Rosell Murphy, M., 166
 Roselló, M.L., 308
 Rotaeché, R., 200
 Roure, E., 249
 Rovira, E., 30, 50
 Royo Marqués, M., 59, 247
 Ruano, I., 92
 Ruano Raviña, A., 22, 23, 197
 Rubio, E., 53, 99
 Rubio, R., 149, 291
 Rubio Alcaraz, A., 181
 Rubio García, A., 118, 128
 Rubio Herrera, M.A., 49
 Rué, M., 105
 Rueda, A.M., 114, 287
 Rueda Cabrera, G., 291, 292
 Rueda Domingo, M.T., 64
 Rueda Tercero, E., 34
 Ruipérez, E., 232
 Ruiz, B., 303
 Ruiz, C., 230, 281, 311
 Ruiz, J., 65
 Ruiz, J.A., 268
 Ruíz, L., 115, 287
 Ruiz, M., 98
 Ruiz, R., 69
 Ruiz, V., 220
 Ruiz Aragón, J., 231
 Ruiz Arias, E., 286
 Ruiz Azarola, A., 38, 95, 273
 Ruiz Beltrán, I., 274
 Ruiz Cantero, M.T., 99, 108, 142, 143, 143
 Ruiz Cerezo, M.P., 176
 Ruiz Chaguaceda, M.E., 115
 Ruiz Esteban, P., 124
 Ruíz Fernández, J., 20
 Ruíz Fernández, M., 151
 Ruíz Fernández, R., 144
 Ruiz Frutos, C., 291
 Ruiz Giménez, J.L., 37, 37
 Ruiz Góngora, J., 227, 274
 Ruiz Lapuente, M.A., 205
 Ruiz López, A., 180
 Ruíz Marín, M., 186
 Ruíz Muñoz, D., 34, 35, 219
 Ruíz Órpez, D., 68, 194, 293
 Ruiz Pérez, I., 59, 146, 243, 244
 Ruiz Portero, M., 171
 Ruiz Ramos, M.M., 267
 Ruiz Ramos, M., 98, 104, 137, 281
 Ruiz Riera, R., 101
 Ruiz Rodríguez, M.C., 137
 Ruiz Román, P., 141, 284
 Ruiz Ros, J.M., 69
 Ruiz Sánchez, M., 177, 222
 Ruiz Serrano, M.J., 289
 Ruiz Sierra, M., 248
 Ruiz Valverde, A., 270
 Ruíz Varela, N., 185
 Rumayor, M., 52, 183, 245, 264, 274
 Runte Geidel, A., 296
 Saavedra, P., 294
 Sabaté, S., 34
 Sabaté Augé, N., 101
 Sáenz Albanés, L.B., 169, 193, 194, 216, 292
 Sáenz Ormijana, A., 156
 Saez, M., 44, 55
 Saez Zafra, M., 179, 247
 Sagarra, N., 89
 Sagüés Cifuentes, M.J., 5
 Sagrera Pérez, M.R., 184
 Sáinz, M., 52, 183
 Sala, M., 34, 44, 257
 Sala, M.A., 188
 Salamanca, C., 51, 263, 278, 279, 295
 Salas, D., 44
 Salcedo, F., 110, 200
 Salcedo Fernández, F., 200
 Sales Guàrdia, R., 301, 302
 Saletti Cuesta, L., 20, 237
 Salinero Sendras, M., 187
 Sallés, M., 34
 Salmerón, D., 210
 Salmerón Martínez, D., 175
 Saltó, E., 75
 Salvador, J., 34, 64
 Salvador Castell, G., 301, 302
 Samitier Lerendegui, M.L., 110
 Samorinha, C., 218
 Sánchez, D.Y., 303
 Sánchez, E., 53, 155, 157
 Sánchez, I., 181
 Sánchez, J., 52, 183, 245, 264, 274, 287
 Sánchez, L., 116
 Sánchez, L.E., 66
 Sánchez, M.A., 181
 Sánchez, M.J., 106, 123, 238
 Sánchez, M.T., 129, 268
 Sánchez, P., 309
 Sánchez, R., 66, 234
 Sánchez, S., 16
 Sánchez Ariza, M.J., 171, 267
 Sánchez Bautista, S., 186, 211
 Sánchez Benítez Soto, M., 117
 Sánchez Blanco Izquierdo, A., 184, 267, 293
 Sánchez Blanco Izquierdo, A.N., 293
 Sánchez Borja, C., 227
 Sánchez Buenosdías, S., 93, 232, 288, 289
 Sánchez Camacho, M.C., 220
 Sánchez Cantalejo, C., 237, 238, 239
 Sánchez Cantalejo, E., 45, 51, 212
 Sánchez Chorro, J.L., 258
 Sánchez Cruz, J.J., 304
 Sánchez Fauquier, A., 214
 Sánchez González, M.L., 6
 Sánchez González, M.T., 195
 Sánchez Gracia, M.C., 168
 Sánchez Hernández, S., 16
 Sánchez Ibáñez, J., 76
 Sánchez Lanuza, M., 159, 160, 167
 Sánchez López, J., 152
 Sánchez Martínez, F., 75
 Sánchez Medina Martínez, P., 294
 Sánchez Monteseirín, H., 101, 254
 Sánchez Paco, J., 243
 Sánchez Peña, C., 114
 Sánchez Peña, C.M., 173, 174, 195
 Sánchez Peña, R.M., 173, 174
 Sánchez Peralta, M.A., 220
 Sánchez Rivera, M.A., 277
 Sánchez Rodríguez, A., 220, 223
 Sánchez Rodríguez, C., 54
 Sánchez Rodríguez, C.M., 64
 Sánchez Rodríguez, F., 114
 Sánchez Sánchez, M.L., 266
 Sánchez Saucó, M.F., 219
 Sánchez Tobar, L., 148
 Sánchez Tovar, L., 229
 Sánchez Vázquez, A., 119
 Sánchez Vázquez, E., 185
 Sánchez Villegas, P., 51, 226, 310
 Sánchez Zafra, A., 152, 307
 Sancho, A., 42, 249, 289
 Santamariña Rubio, E., 28, 46, 47, 48, 86
 Santiago Fernández, L.M., 192
 Santiñá, M., 75, 298
 Santiñá Vila, M., 208
 Santolaria Bartolomé, E., 13
 Santoro Lamelas, V., 179, 247
 Santos, B., 14, 255, 256
 Santos Navarro, B., 117, 127, 177
 Santos Navarro, B.S., 135
 Santos Ramos, B., 15, 257
 Santos Ruiz, A.C., 240
 Santos Sánchez, V., 236
 Santoyo González, J., 118
 Santoyo González, J.S., 135
 Sanz, E., 9
 Sanz, R., 48
 Sanz Álvarez, E., 162
 Sanz Amores, R., 284
 Saracho Echeverría, I.H., 144
 Sarasqueta, C., 55
 Sarceda Rodríguez, I., 73
 Sarmiento, V., 242
 Sarmiento Fedriani, C., 184, 267, 268, 293
 Sarmiento Fedriani, C.R., 293
 Sarría, A., 198
 Saurina, C., 44
 Saurina Canals, C., 179, 247
 Schiaffino, A., 75
 Sèculi Sánchez, E., 281
 Seguí Gómez, M., 208
 Segura, J.C., 250

- Segura, L., 60, 202
 Segura Navarro, R., 247
 Sentís, M., 56, 57
 Seoane Díaz, B., 71
 Serdà Ferrer, B.C., 125
 Serna Gordon, M.C., 173
 Serra, C., 78, 79
 Serra Majem, Ll., 82
 Serral, G., 84
 Serrano, E., 182
 Serrano, J., 126, 215
 Serrano, P., 201
 Serrano Aguayo, P., 93
 Serrano Aguilar, P., 162, 198, 202
 Serrano Álvarez, A., 162
 Serrano Calvache, J.A., 270
 Serrano Navarro, A., 186, 211
 Sevilla Merino, X., 166
 Sevilla Ruiz, D.A., 311
 Sicilia Enríquez Salamanca, A., 261
 Sicilia Sosvilla, I., 240
 Sicre Alonso, S., 150
 Sierra, I., 289
 Sierra Ramírez, J.A., 82
 Sifuentes Valenzuela, C., 303
 Sillero, I., 149
 Sillero, M., 241
 Sillero, M.I., 22, 40, 48, 170, 220, 271, 291
 Sillero Arenas, I., 277, 278
 Sillero Sánchez, R., 150, 279
 Silva Pinto-Sá, C.A., 185
 Silván, J.M., 137
 Simic, T., 191
 Simó Noguera, C., 240
 Simón, M., 191
 Simón Lorda, P., 54, 158
 Simonelli Muñoz, G., 34
 Sísar, E., 59
 Skodova, M., 68
 Smith Nielsen, S., 133
 Solá, I., 200
 Solano Parés, A., 147, 251, 286
 Solano Villarrubia, C., 93
 Solas, O., 182, 245, 304
 Solas Gaspar, O., 19, 84
 Solé, M., 225
 Soler, F., 36
 Soler, M., 37
 Soler Márquez, R., 251
 Soler Méndez, S., 234
 Solís Castro, M., 195
 Sordo Castillo, L., 146
 Soriano, M., 303
 Soriano, M.J., 185
 Sosa, C., 294
 Sosa, S., 95
 Soto, V., 300
 Soto, V.M., 55, 204, 213, 214, 241, 299, 305
 Soto Campos, J.G., 181
 Sousa, E., 88, 229, 230
 Stauble, F., 200
 Stoyanova, A., 67
 Sualdea Pérez, M., 70
 Suárez, B., 278
 Subira, A., 163
 Subirá Imbernón, A., 164
 Subirana, T., 148
 Suelves, J.M., 28
 Suess, A., 227
 Sunyer, J., 83, 108, 111, 215
 Suñer, R., 288, 289
 Sureda Santiso, M.D., 164, 254
 Surera, D., 163
 Susinos Arroyo, B., 6
 Taboada Rodríguez, J.A., 71
 Talavera, M., 288, 289
 Talavera Ortega, M., 109
 Taltavull Aparicio, M., 121
 Tamayo Ramírez, A., 274
 Tamayo Velázquez, M.I., 54, 158
 Tapia Chacón, M., 115
 Tardón, A., 83
 Taveira, J.A., 264
 Tavora Rivero, A.M., 59
 Tebe, C., 53
 Teixidó, E., 56, 102
 Tejedor, A., 59
 Tejedor, V., 129, 268
 Tejedor Garrido, V., 127, 195
 Tejido García, R., 297, 298
 Tella, M., 92
 Tenorio, M., 270
 Terán, R., 211, 212
 Tercedor, P., 55, 229, 241, 300
 Tercedor Sánchez, J., 262
 Terradas, R., 32
 Terraza, R., 135
 Terrés, A., 66
 Terrón, J.L., 99
 Tijeras Bonillo, L., 118, 138
 Titos Gil, S., 299
 Tobías, A., 46, 47, 79
 Toledano Marín, A., 68, 194, 293
 Tomás, Z., 221, 222
 Tomás Aznar, C., 110
 Toral López, I., 284, 310
 Torelló, J.M., 256
 Torío Duránte, J., 220
 Tormo Díaz, M.J., 175
 Torné, P., 31
 Torné Farré, M., 134, 221
 Torné Vilagrana, E., 70, 159
 Toro Cárdenas, S., 237, 238, 239
 Torrecilla Rojas, M.A., 184, 267, 293
 Torrecillas Rojas, M.A., 268
 Torremocha, X., 288, 289
 Torremocha Vendrell, X., 132, 236
 Torrent, M., 108
 Torrents, A., 191
 Torres, A., 75, 271
 Torres, B., 121, 123
 Torres, C., 239
 Torres, E., 19, 182, 245, 304
 Torres, L.M., 271
 Torres, M.I., 95
 Torres Besora, E., 84
 Torres Butrón, E., 114, 279
 Torres Chacón, D., 116
 Torres Melero, J., 120
 Torres Morales, M., 119, 184, 203
 Torres Ruiz, J.M., 297
 Torres Segura, M.J., 312
 Torró, C., 16, 98, 140
 Torró García Morato, C., 20
 Torrontegi, M., 34
 Torrontegui Ribes, G., 290
 Torrubiano Domínguez, J., 58, 60, 61
 Tortosa Nacher, V., 240
 Toscano, R., 129, 268
 Tresserra, R., 55
 Trilla, A., 228, 298
 Tàrrega, M., 59
 Tudela Puertas, E., 41
 Tuñez Bastida, V., 263
 Ubago Córcoles, M., 68
 Ugarte, A., 19, 96
 Urbaneja, F., 13
 Urbialde, I., 232
 Urbiztondo, L., 100
 Ureña Escribano, J.M., 262
 Ureña Fernández, T., 277, 278
 Ureña Rodríguez, G., 38
 Uribe Oyarbide, J.M., 134
 Urmeneta Aguilar, S.A., 134
 Urquía, M., 310
 Urquía García, M., 39
 Urrea, M., 34
 Vadell, C., 79
 Valderas, J.M., 53, 57
 Valdés, C., 26, 155
 Valencia, R., 32, 228, 263, 279, 295
 Valero, C., 51
 Valero, N., 10
 Valero Ubierna, C., 166, 311
 Vall Llosera Casanovas, L., 179, 247
 Vall Llosera, L., 44
 Valladolid Acosta, R., 169, 193, 194, 216, 292
 Vallejo, A., 308, 309
 Vallejo Godoy, S., 117, 127, 150, 177, 222
 Vallejo Godoy, S.V., 135
 Vallejo Ortégón, A., 226
 Vallejo Serrano, M., 166, 311
 Valls, E., 60
 Valls, J., 69
 Vallès Fernández, R., 166
 Vallverdú, I., 92
 Valverde, M.A., 160, 287
 Valverde, P., 282
 Valverde Bolívar, F.J., 220
 Vanaclocha, M., 46
 Vanrell Berga, J., 121
 Vaqué, M., 34
 Vaquero Abellán, M., 147
 Varela, J.M., 32, 64, 212, 256
 Varela, P., 79, 228
 Varela Lema, L., 23, 197
 Varela Lema, M.L., 22, 197
 Vargas, I., 69, 135, 157
 Vargas Lorenzo, I., 19
 Vargas Real, M.C., 291
 Varo Baena, A., 128, 260
 Varo Baena, R.O., 250
 Vázquez, J., 42
 Vázquez, M.L., 69, 135, 157
 Vázquez, R., 172
 Vázquez Camacho, A., 81
 Vázquez Lago, J.M., 263
 Vázquez Navarrete, M.L., 19
 Vázquez Panal, J., 209
 Vega, M.D., 256
 Vega Jiménez, E., 22
 Vega Sanmartín, Y., 108
 Vega Vázquez, B., 66, 165
 Vegas Prieto, L., 6
 Vela, E., 212, 221
 Vela Cerero, C.J., 248, 281
 Velarde, J., 44
 Velasco González, M., 23, 197

- Velasco Ramírez, M., 173
Velasco Rodríguez, M., 64
Velasco Rodríguez, M.J., 68, 215, 216, 276, 277
Velayos Pablo, T., 6
Venegas, J., 97, 104
Venegas Sánchez, J., 103, 310
Ventanyol, E., 134
Ventura Jiménez, A., 225
Vera, C., 213
Vera Rodríguez, M., 275
Veracruz Quinto, D., 90
Verasategui, C., 181
Verdaguer, A., 69
Verdú, M.C., 238
Verdú Soriano, J., 24
Vergara, A., 287
Vergara Micheltorena, I., 21
Vernet, M., 257
Vicente, I., 98, 137
Vicente Abad, M.A., 79
Vicente Herrero, M., 235
Vidal, A., 202
Vidal, S., 25, 199
Viedma, A., 40, 48, 271
Viedma, M.A., 22
Vielá, J., 53
Vilagut, G., 53, 55
Vilches Ferrón, M.A., 270
Villacorta, P., 255
Villacorta Linaza, P., 257
- Villalbí, J.R., 63, 71, 148, 185, 192
Villalbí Hereter, J.R., 73
Villalobos, M., 121, 123
Villalón Arias, M.V., 194
Villalonga Olives, E., 53, 57, 58
Villanueva, C.M., 113
Villanueva, R., 311
Villar Arévalo, L.O., 249
Villar Fernández, I., 100
Villaseca Molina, A., 212
Villegas, R., 26, 77, 131, 196, 231
Villegas Aranda, J.M., 171, 181, 267
Villegas Pérez, S., 118, 172
Villegas Portero, R., 158, 196, 242
Vinueza Ruiz, F., 276
Viña Simón, M.C., 234
Viñuela Rodríguez, J.A., 149
Viñas Casasola, M.J., 193
Violán, M., 249
Vioque, J., 80, 81, 83
Visuerte Sánchez, J.M., 248, 281
Vitoria Miñana, I., 214
Viúdez, I., 52, 183, 245, 264, 274
Vivas Consuelo, D., 189
Vives Cases, C., 58, 60, 61, 87, 89, 90, 109, 213
Vivo Molina, M.C., 186
Vizoso Villares, R., 73, 149
Vizueté Rebollo, E., 125, 224
Vlaverde, M.A., 167
Vrotsou, K., 153, 154
- Weber Torrentó, N., 235
Weinbrenner, T., 80, 81
Windrum, P., 189
- Yagüe Martín, E., 120
Yago Simón, T., 110
Yanes, V., 201
Yanes López, V., 198
Yang, R.M., 64, 311
Yang Lai, R.M., 211, 212
- Zambrana Cayuso, M.C., 254
Zamora Fuentes, C., 250
Zamorano, C., 116
Zayas Zafas, M.D., 194
Zegarra Salas, P., 188
Zimmermann Verdejo, M., 5
Zingales, R., 229
Zock, J.P., 113
Zori, P., 46, 47
Zuazagoitia, J., 9
Zuazagoitia Nubla, J., 21
Zubía, A.R., 13
Zubia Zubiaurre, I., 21
Zubizarreta, R., 44
Zubizarreta Alberdi, R., 71
Zufri Rodríguez, G., 227, 274
Zurriaga, O., 30

