

XIII Congreso SESPAS

Sevilla, 4-6 de marzo de 2009-01-27

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 Olivares, 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 en 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 adicción 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 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 bivariable 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 local/regional 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 acititis 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 Loreda, 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 y, 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. Martí Rabadán, G. Artigues Vives, M. Taltavull Aparicio, J. Vanrell Barga, 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% de 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 inhibidora 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 inhibidora 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 cumplimentación 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 (pdpccm), 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 anatómico-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 pdpccm.

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 bivariante 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. Vizueté 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 espermograma 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 recepcionan 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: o 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 policlorados hidroxilados, incluidos los bifenilos policlorados dioxin-like, 15 dioxinas y furanos, 8 bifenilos polibromados, 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 ADIPOSEO 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 escasa. 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 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); Nº de atenciones sanitarias 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 psicósomáticos -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 psicossomático, 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 frecuentación 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 pre-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/Oceania. 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/Oceania (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 lo 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, Subsahara, 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 INTERRUPTIÓN 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.informarseessalud.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 distingo 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 donde este tipo de búsqueda crece exponencialmente. El hallazgo no 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 cumplían 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 vídeo de testimonios dirigido a mujeres con cáncer de mama. Los objetivos de este vídeo 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.escoladepacientes.es).

Métodos: Para la elaboración del vídeo 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 vídeo 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 vídeo, 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 inhibidoras) que permitan elaborar un modelo explicativo multidimensional sobre esta compleja intervención tecnológica.

Métodos: Para la elaboración de esta investigación he utilizado el método cualitativo, mediante el análisis de artículos aparecidos 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. -Promover 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, diálogo, 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 pilotaje 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 Delicious, 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. Pilotar y 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 cardiaca 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. FOTOGAMA 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. Objetivos 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 1º 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 autopercebida.

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. Bertagnoli, 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. SEGOS 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 (campiña 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 polínico 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; Aplica 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 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 deshabitación 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 cuáles 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. Almanjajar 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 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 fistula, 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. Lisbona, 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) aquellas cuya evolución, similar a la oncológica, facilita la aceptación del proceso de terminalidad, y 2) aquellas 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 bienestar 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 entender 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 P106/90638.

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: Pertener 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 trasmite 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 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-Lanuza, 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. Hermsilla, 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. Hermsilla, 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 Urrea, 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; Aplica 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

Distrito 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 cardíaca 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 Trisancho, 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 de 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 (PROCER) 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 no 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° alertas con plazo de actuación de 72 h N° 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 chek 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. Chek 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 chek 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 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-

cadores 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 parametríticos 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 diana: 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 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 EE.UU, 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 P.P. 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. Secretaría 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 extender 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 bivariable.

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 P1041026 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 P1031499.

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 (PM_{2,5}). Se midieron las concentraciones de 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 PM_{2,5} para describir los datos por país y por lugar muestreado.

Resultados: Se realizaron en total 199 mediciones, cuya concentración mediana de PM_{2,5} fue 3,0 µg/m³. El 50% de las mediciones se encontraba entre 2,0 y 7,0 µg/m³. Los niveles de PM_{2,5} fueron similares en todos los países. La concentración más alta de PM_{2,5} por lugar muestreado se encontró en medicina interna (4,0 µg/m³; RI: 1,8-7,3). La mayoría de las medidas estuvieron por debajo de 25,0 µg/m³, 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 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 Nº 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 ± 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 relativas 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: Albox, 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 pasó 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. Raussel Raussell, 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 de 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 tetracepam 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 relacione 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 trasversal 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 capitativo. 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 (avispas 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 avispas 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 *Chlamydomytila 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 *Chlamydomytila* spp., 3 dieron resultado positivo como *Chlamydomytila 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 *Chlamydomytila 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

Districto 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 Guilbert, 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 diagnosis positivas 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 los 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. Rotaecche, 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 tele dermatología.

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 tele dermatología. 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 tele dermatología 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 tele dermatología. 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 34/2002 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 FOTOGAMÉTRICO

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 más 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 Comunitat 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 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 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 ÁREAS 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/sacroiliaco, 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 tasas 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 las 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 remarcable 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 si 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, CINHALL, 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. Camiletti, 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 presión 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 criptorquidia, 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 Nieves, 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 el 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 (PM_{2.5}, PM₁₀, NO₂, NO_x, 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 leucemioógenos 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 vivir, 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 erógeno, 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 alumnao 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 Durán, 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. Bossert 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 cómo 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, cómo 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. Vizuete 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-obstetras; 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. Secretaría 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. Lierta, 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 P1042593.

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 periodo 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 Ortegón, 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 de 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 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-Navaroo, 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 Tricloropyridinol (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 inmu-noensayo. 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 Mediciatna, 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 incentivación. 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 IN 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 periodo 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 Andalucía195, 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 Triaje 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 Triaje del Servicio de Urgencias del H.R.T.

Métodos: Ámbito de estudio: Sala de yesos y Sala de triaje del Servicio de Urgencias traumatólogicas 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. Llupià, 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. Ruipérez, 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. pertussis 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. pertussis 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 ANTIGRIPIAL 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 otorrinolaringológicas 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 ISCIII 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 georreferenciados 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-Mollie 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 sobrestimará el riesgo relativo del área. Si es menor que uno, entonces el modelo con datos agregados subestimará 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 ANDALUCIA 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 nefrotóxicas (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 alfabetismo, 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 destacó 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 multivariante 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. Rohlf, 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 Clin*, *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 combatirlas 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 SESCOAM.

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 bivariante, 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 encuentra 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-Ilosera 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% espontánea 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 promocionar 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. Ulldecona, 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 Ulldecona (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 CURRÍCULUM 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 auditoría 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 IMPENEM/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 nº 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 mermadas. 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. Muñiz, 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 presentan 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 autopercebido, 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 Almazora 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 EPIDEMIOLOGICO DE ENFERMEDADES 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 unidosis 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 encefalomiелitis 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 el 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 CMDB (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 multirresistentes (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 multirresistentes (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 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: Se 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 legionella 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 integra 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. Cumbreira 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 erróneas. 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 Doblaz, 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

Brotos

P-427. BROTE DE SARAMPIÓN DEL DISTRITO CAMPO DE GIBRALTAR (CÁDIZ)

L.M. Rodríguez Benjumeda, M.C. Montaña 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 meticilina, 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 neurotrópicos 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 reingreso 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 respirio 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 bivalente 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 inmobilizados, 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 envío 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 Regió 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 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 los 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 las 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 Guilbert, 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 gestionados 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 diligenciación 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% recurrirían 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, sistematizando 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. Llupíà, 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 de grasa, masa muscular e índice de masa corporal), variables cardio-respiratorias en reposo (frecuencia cardiaca, 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 de grasa (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 paternales 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 MENÚS 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 explicadas en los informes de evaluación.

P-495. DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DE LAS PROGRAMACIONES DE MENÚS 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 cociones 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 bivariable mediante test de chi-cuadrado y regresión logística simple y multivariable 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 multivariable, 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 multivariable 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 CINEMÁTICO 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 3º y 4º 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 acuden 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 conlleva 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 multivalente.

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 destacamos 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 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-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.