

SALUD INFANTO-JUVENIL

Viernes 7 de octubre de 2011. 11:00 a 11:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: Pere Godoy

108. ENCUESTA SOBRE CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ESTUDIANTES DE 14 A 17 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA

G. Arroyo Fernández^a, R. Martínez Amorós^b, A. Cremades Bernabeu^a, A. Jiménez López^a, J. Mancheño Pagan^c, J. Molina Navarro^a

^aCentro de Salud Pública de Elda, Alicante; ^bCentro de Salud Sexual y Reproductiva de Novelda, Alicante; ^cCentro de Salud de Babel, Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La adolescencia es un periodo de transición en el que se producen profundos cambios que enfrentan al adolescente a una constante experimentación consigo mismo y con el mundo que lo rodea. Así, su desarrollo puede verse perturbado por acciones o por la búsqueda de sensaciones, que pueden provocar consecuencias nocivas para su salud. Muchos de los principales problemas sanitarios del adolescente son consecuencia de comportamientos de riesgo. El objetivo de este estudio es conocer las conductas de riesgo de los estudiantes de 14 a 17 años de la comarca del Alto y Medio de Vinalopó, en la provincia de Alicante.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Encuesta validada a una muestra aleatoria por conglomerados de 310 alumnos de 3.º y 4.º de ESO y 1.º y 2.º de Bachillerato. Se preguntó sobre relaciones sexuales, consumo de alcohol, consumo de drogas, uso de casco y respeto de señales de tráfico, tabaquismo, y ejercicio físico. El análisis de frecuencias se ha llevado a cabo con el programa EPIINFO.

Resultados: En el estudio participaron 310 alumnos de entre 14 y 17 años, 152 hombres y 155 mujeres. El 64,9% había consumido alcohol en

los últimos 6 meses (67,2% de las chicas y el 62,6% de los chicos); el 12,8% había consumido cannabis (13,4% de los chicos y 12,3% de las chicas) y el 2,3% cocaína en el último mes; el 45,4% se declara fumador (40,3% de los chicos y 50,3% de las chicas); el 39,9% de los encuestados manifiestan haber mantenido relaciones sexuales completas, y de estos el 87,7% manifiesta haber utilizado preservativo; el 16,2% declara no realizar ningún ejercicio físico; el 74,5% usa siempre el cinturón de seguridad en el coche y el 66,3% se pone el casco siempre que va en moto (el 61,8% cuando van de pasajero); el 23% respeta las señales de tráfico como peatón; el 50,1% refiere haber hecho alguna vez algo peligroso solo por probar (el 13,9 lo hace habitualmente).

Conclusiones: Nuestro estudio aporta unos resultados similares a los de la Encuesta Escolar sobre Consumo de Drogas de la Comunitat Valenciana 2008-2009, si bien el consumo de alcohol está 3 puntos por encima en nuestros adolescentes y el de cannabis 6 puntos por debajo. En cuanto al uso del preservativo, los datos son similares a los que presenta la Encuesta Daphne de 2009, que pone de manifiesto un incremento del uso de métodos anticonceptivos entre los adolescentes. A pesar de las campañas de prevención de accidentes de tráfico llevadas a cabo, 1 de cada 3 adolescentes no se pone el casco y el 77% no respeta las señales de tráfico como peatón.

150. ABORDAJE DE LA PROBLEMÁTICA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA MEDIANTE LA MEJORA DE HABILIDADES PARENTALES

S. Manzanares-Laya^{a,b}, P. Ramos^b, M.I. Pasarín^b

^aUnidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital del MAR-UPF-ASPB, Barcelona; ^bAgencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Problemas de salud en infancia y adolescencia que son comunes y/o de importante repercusión a nivel individual, familiar o social como los trastornos de conducta, embarazos adolescentes, violencia o abuso de drogas están relacionados con determinantes sociales, como el entorno familiar. El objetivo fue determinar si un área de prevención de dichos problemas puede ser la mejora de las habilidades parentales mediante programas dirigidos a las familias, para la posterior incorporación en la cartera de servicios a la comunidad.

Métodos: Se realizó una revisión en Pubmed, Google y páginas relacionadas con la salud como la del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), el Servei Català de la Salut y el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, utilizando los términos “habilidades”, “competencias”, “parentales” y “programas” en castellano, catalán e inglés. Se identificaron distintos programas parentales, su contenido, metodología, lugar de intervención, tipo de familia a la que van dirigidos e indicadores de impacto, así como evidencia sobre la efectividad y modificadores de ésta.

Resultados: Se hallaron diversas revisiones que identificaban más de 70 programas dirigidos a familias a nivel nacional e internacional, realizados desde diferentes ámbitos (educación, servicios sociales o salud). Existe evidencia sobre el impacto positivo que tienen en la prevención de embarazos adolescentes el abuso de sustancias y conductas agresivas o delictivas. Las características de estos programas son variables y factores como la metodología (conductual vs. no conductual), el tipo de familia a la que van dirigidas o tipo de intervención (individual vs. grupal) se han identificado como modificadores de su efectividad. Una revisión metaanálisis del CDC recomienda la estrategia de comunicación emocional y la práctica con el propio hijo o hija en las sesiones de los programas como unos de los componentes con mayor impacto en resultados positivos (ya sea medido en la capacitación de los padres o la mejora en la conducta de los hijos). Asimismo, identifica elementos con menor impacto, como la resolución de problemas. Se ha identificado un programa a nivel español que cumple con la mayor parte de los criterios de efectividad.

Conclusiones: Existe una notable variedad de programas de habilidades parentales, llevados a cabo en los ámbitos de bienestar social, educación y sanidad. Es útil detectar estrategias eficaces y validadas que supongan mejores resultados en capacitación parental y en conducta de los hijos, constituyendo así una mejora de determinantes en salud.

156. FLUOROSIS DENTAL EN NIÑOS DE 12 AÑOS DEL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE YONDÓ (COLOMBIA)

L.M. Martínez-Florez^a, E. Marulanda-Montoya^a, M. Noreña-Salazar^a, T. Bernal-Álvarez^a, A.A. Agudelo-Suárez^{a,b}

^aFacultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; ^bGrupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La fluorosis dental es una intoxicación sistémica que puede tener manifestaciones leves o marcadas a nivel de la estructura dental asociadas a un deterioro de la función e implicaciones negativas en el aspecto estético de los dientes afectados. Se considera un problema de salud pública que requiere sistemas de vigilancia y control en edades tempranas. El objetivo fue determinar la prevalencia de fluorosis dental en escolares de 12 años en la institución Educativa Luis Eduardo Díaz del área urbana del municipio de Yondó durante el año 2010.

Métodos: Estudio transversal en una población de 145 escolares de 12 años. Se realizó examen clínico y se estableció la prevalencia de fluorosis dental (índice de Dean). Se calculó la prevalencia de fluorosis global y por grados de severidad. Cálculo de razones de prevalencia de fluorosis por sexo con sus intervalos de confianza al 95% (RP, IC 95%). La información se complementó mediante la recogida de muestras de agua tanto de la laguna del miedo (agua no tratada) como de la planta de tratamiento, para ser analizadas por medio de técnicas bioquímicas y así determinar la concentración de flúor.

Resultados: La prevalencia global de fluorosis fue del 97,9%, con mayor frecuencia en manifestaciones de tipo moderado-severo (64,7%). Se encontró mayor prevalencia en todos los tipos de fluorosis en hombres, aunque no se encontraron diferencias significativas (RP 1,05, IC 95%, 0,98-1,12). El análisis fisicoquímico no mostró niveles altos de concentración de flúor en agua (0,014 mgF/l, y 0,015 mgF/l).

Conclusión: Se encontró alta prevalencia de fluorosis en los escolares de 12 años. Es necesario implementar campañas encaminadas a la identificación y control de otras vías por las cuales puede darse la ingesta excesiva de fluoruros, así como de acciones de mejoramiento y estrategias desde una perspectiva en salud pública para esta población.

179. SALUD BUCAL EN EL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN ESCOLARES DE 12 AÑOS. MUNICIPIO DE RIONEGRO (COLOMBIA)

A. Vivares-Builes^a, A. Saldarriaga-Saldarriaga^a, M. Miranda-Galvis^a, N. Muñoz-Pino^a, K. Colorado-Colorado^a, Y. Montoya-Montoya^a, A. Agudelo-Suárez^a, Y. Viñas-Sarmiento^{a,b}

^aFacultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; ^bSección de Salud, Rionegro, Colombia.

Antecedentes/Objetivos: La caries dental es considerada un problema de salud pública por su magnitud a nivel mundial y por sus consecuencias a nivel de función y estética de los dientes afectados. Esta se presenta con mayor frecuencia en países de baja renta. Es importante desde la epidemiología bucal, el análisis del primer molar permanente en primer lugar, por ser el primero que hace erupción en la dentición permanente, además de ser la llave de la oclusión. El objetivo de este

estudio es describir la prevalencia de caries dental en los primeros molares permanentes en una muestra de escolares de 12 años en Rionegro (Colombia).

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de 808 escolares de 12 años pertenecientes a instituciones educativas públicas del Municipio de Rionegro (Antioquia-Colombia). Se analizó la prevalencia de caries dental en los primeros molares de acuerdo a variables sociodemográficas (sexo, nivel educativo, afiliación a la seguridad social y zona geográfica).

Resultados: El 45% de los y las escolares presentaron 2 o más molares afectados con caries dental, y el 31,3% presentó todos los molares sanos. Aunque la prevalencia fue mayor en hombres, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas por sexo (OR 1,05; IC 95%, 0,78-1,41). La mayor prevalencia de caries dental en los primeros molares permanentes se presentó en las áreas rurales, excepto para 4 molares afectados, aunque no se presentaron diferencias significativas ($p = 0,9752$). A menor grado de escolaridad se presentó mayor prevalencia de caries en los primeros molares: los y las escolares con nivel educativo menor o igual a tercero de primaria presentaron mayor prevalencia de caries dental, aunque no se presentaron diferencias significativas (prevalencia: 76,9%; OR 1,55; IC 95%, 0,80-3,03). La prevalencia de 2 o más primeros molares afectados es mayor en los que no tienen afiliación al sistema de salud (47%), aunque no se presentaron diferencias significativas ($p = 0,381$).

Conclusiones: La prevalencia de caries dental en molares permanentes es mayor en hombres, en las personas que no cuentan con seguridad social en salud y los que tienen nivel educativo bajo. Esta situación exige que se refuercen los programas preventivos en las escuelas de la localidad atendiendo a las necesidades específicas de cada grupo escolar.

184. MOCHILAS, DOLOR Y PATOLOGÍA LUMBAR EN NIÑOS: DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

M. Pérez-Ríos^a, P. Rodríguez-Oviedo^b, A. Ruano-Raviña^c

^aServizo de Epidemioloxía, Xunta de Galicia; ^bServicio de Urgencias, Hospital da Costa, Burela, Lugo; ^cDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela.

Antecedentes/Objetivos: El mal uso de mochilas en la edad escolar aumenta el riesgo de padecer dolor y patologías lumbares. Se recomienda que los escolares no transporten en sus mochilas cargas que excedan el 10% de su peso corporal. En el curso escolar 2005-2006 se realizó en la Mariña Lucense (Galicia) un estudio orientado a analizar la influencia del peso de las mochilas en el dolor y la patología de espalda. El objetivo de este trabajo es caracterizar la muestra de escolares que participaron en el estudio y estimar el porcentaje que cumple con las recomendaciones referidas al peso transportado en la mochila.

Métodos: Estudio transversal analítico. Se estudió el universo de escolares, edad 12-17 años, matriculados en el curso 2005-2006 en los 11 centros de la Mariña Lucense. Previa autorización de los padres, o representantes legales, un día cualquiera se tomaron medidas antropométricas a los escolares y se pesaron y midieron sus mochilas. Los padres o tutores contestaron a un cuestionario sobre actividad física realizada en tiempo libre, tiempo dedicado a actividades sedentarias, forma de transporte al colegio, patología lumbar diagnosticada y dolor de espalda autodeclarado por el menor. Las variables analizadas en este trabajo son: índice de masa corporal (IMC), tipo y peso de la mochila, patología y dolor de espalda durante más de 15 días. Se calcularon porcentajes y medias con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Inicialmente se incluyeron 2.135 escolares, 732 fueron excluidos por no haber contestado a todas las preguntas del cuestionario. La muestra analizada es de 1.403 escolares, siendo el 52% mujeres.

La edad media de los escolares es de 14 años (13,9-14,1). El 50% de los escolares presentaba un IMC de 22,2 kg/m². La mayoría de los escolares llevaban mochilas de asas (92,2%) y sólo el 0,3% las llevaban con ruedas. El peso medio de la mochila fue de 6,7 kg (6,6-6,8), rango del peso: 200 g-14,8 kg. El 61,4% de los escolares llevaba mochilas con peso que excedía el 10% de su peso corporal y en el 18% excedía el 15%. El 25,9% de los escolares decló dolor de espalda y al 10,6% el médico le había diagnosticado una patología de espalda, siendo la más frecuente la escoliosis (70,5%).

Conclusiones: La prevalencia de escolares que llevan mochilas con el peso recomendado es baja, solo 4 de cada 10. La implantación de medidas educativas orientadas a paliar este problema es necesaria y pasa por la información de los riesgos derivados de una conducta fácilmente modificable.

206. CRITERIOS DE CALIDAD EN LAS ACTUACIONES ESCOLARES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

P. Ramos, M.I. Pasarín, L. Artazcoz, O. Juárez, E. Díez, C. Ariza, C. Cortina, N. Sagarra, I. González, M. Petit, M. Bartroli, A. Guitart, L. Egea

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Existe consenso a la hora de afirmar que la escuela es un ámbito estratégico en la adopción de conductas saludables. En la actualidad disponen de una oferta de intervenciones, con frecuencia atractiva a primera vista, pero en muchas ocasiones con ausencia de evaluación de eficacia. El objetivo del estudio fue conocer la evidencia disponible sobre la efectividad de las actuaciones de promoción de la salud o preventivas en el medio escolar.

Métodos: Se realizó una revisión en Pubmed, organismos internacionales (CDC, OMS) y literatura gris nacional utilizando los términos: "promoción de la salud escolar", "prevención de riesgos" y "salud adolescente", en castellano e inglés. Los resultados se clasificaron según áreas de actuación: drogas, alimentación, afectividad y sexualidad, actividad física y salud mental. Se distinguió entre actuaciones de entorno, acciones grupales e intervenciones individuales. Un panel de 26 expertos revisó los resultados, completándolos y validándolos.

Resultados: Existe amplio número de actuaciones efectivas para la creación de un marco escolar saludable. Las estrategias organizativas efectivas son la formación del profesorado, el establecimiento de circuitos de intervención conjunta, la planificación del plan de acción tutorial, la participación de la comunidad educativa así como la existencia de normativa difundida y aplicada de convivencia escolar. Acciones de entorno escolar efectivas son realizar control dietético de menús, controlar el acceso y consumo de comida saludable, realizar un mínimo de 2 h semanales de educación física o facilitar el acceso a instalaciones deportivas. Las acciones grupales, dirigidas a familias o alumnado, van desde la realización en el aula de programas de prevención a la inclusión de temas de salud en el AMPA. Las acciones individuales efectivas se centran en el consejo sanitario preventivo personalizado. Acciones no efectivas, realizadas de manera puntual, son: charlas, visionado de audiovisuales o experiencias de personas con una patología superada.

Conclusiones: Algunas acciones son efectivas pero hay también otras que se implementan con frecuencia y no lo son. A partir de los resultados se pudo elaborar una guía de centros educativos promotores de salud, guiando la elección de actuaciones específicas a realizar en base a su efectividad. No existe en nuestro medio un sistema de acreditación de acciones preventivas y de promoción de la salud basadas en la evidencia; sería recomendable que se realizara por parte del órgano educativo o sanitario con capacidad normativa.

441. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE OCIO EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE ASTURIAS

P. Alonso Vigil, M. Margolles Martins, I. Donate Suárez

Dirección General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Principado de Asturias.

Antecedentes/Objetivos: La salud mental es un recurso esencial de la vida diaria que se moldea con las experiencias personales, individuales y colectivas. Diversas variables socioeconómicas y de ocio se asocian a un mayor riesgo de problemas mentales. Este trabajo analiza diversos factores individuales, sociodemográficos y de ocio y su relación con el riesgo de una mala salud mental en niños de 4 a 15 años de Asturias, y calcula la prevalencia poblacional del riesgo de estos problemas.

Métodos: Los datos provienen de la primera Encuesta de Salud Infantil, realizada en 2009 en el Principado de Asturias. La salud mental de los niños se valoró con la versión de padres del "Cuestionario de Capacidades y Dificultades" (SDQ). Se consideró riesgo de mala salud mental la puntuación de caso probable (17 puntos o más). Se analizó dicho riesgo en función de diversas variables individuales, demográficas, sociales y de ocio del niño. Se realizó, además, un análisis multivariado mediante regresión logística.

Resultados: Se evaluó a 1.809 niños de entre 4 y 15 años. El 4,4% (5,1% de niños y 3,7% de niñas) obtuvo un índice considerado de riesgo de mala salud mental. Se encontró una relación directa entre este riesgo y la edad del niño, y una relación inversa con el nivel educativo de la madre y clase social de la familia. Sin embargo, estas asociaciones no tuvieron significación estadística. Sí se encontró asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de problemas mentales y los problemas de salud del niño (aumento del riesgo en 6 veces en aquellos que tienen 3 o más problemas de salud) y algunas actividades de ocio asociadas al uso de pantallas (ordenador, internet, videojuegos). Las actividades extraescolares, deportivas o no, se relacionaron de manera inversa con el riesgo y esta asociación también tuvo significación estadística.

Conclusiones: La prevalencia de problemas de salud mental en nuestra comunidad es inferior a la encontrada para niños de la misma edad en España en la última Encuesta Nacional de Salud. Los resultados de este estudio son concordantes con los datos disponibles en la literatura, que relacionan los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia con la pertenencia a familias menos favorecidas y de menor nivel socioeconómico. Sin embargo, dada la transversalidad del estudio no se puede establecer la dirección de las asociaciones.

447. ESTILO DE VIDA Y SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE DE LA COMUNITAT VALENCIANA, 2010

R. Ramón, E. Legaz, L. Gimeno, G. Ferrís, M. Carpio, M.J. Redondo, A. Fullana

Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La relación entre el estilo de vida y la salud mental están poco estudiados en la población infantil y adolescente. **Objetivo:** Estudiar la asociación entre hábitos de vida relacionados con la salud y la salud mental en población infantil y adolescente de la Comunitat Valenciana.

Métodos: Población representativa infantil de 6 a 15 años incluida en la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana de 2010, con un total de 894 chicos/as. Las variables actividad física, sedentarismo,

consumo de frutas y verduras, toma de desayuno, horas de sueño y sociodemográficas (sexo, edad, clase social) se recogieron mediante cuestionario. El estado de salud mental se midió globalmente mediante el cuestionario SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), versión padres, y específicamente con 4 subáreas de dificultades (emocional, conductual, hiperactividad y problemas con compañeros) y 1 subárea de capacidad prosocial. Se obtuvo el indicador de riesgo de alteración mental englobando las categorías límite y anormal. Análisis estadístico descriptivo y multivariante mediante regresión logística.

Resultados: Un 57,9% de los chicos/as realizaba menos de 2 horas semanales de actividad física y deportiva en su tiempo libre, un 19,5% utilizaba pantallas > 3 horas diarias, un 5,3% no desayunaba, un 32,4% dormía = 8 horas diarias. Sólo un 21,1% consumía = 1 ración diaria de verduras y un 22,5% = 2 raciones diarias de fruta. Un 12,5% presentó riesgo de alteración mental y un 21,4% de conducta prosocial disfuncional. Los hábitos relacionados con un mayor riesgo de alteración mental fueron el menor consumo de frutas (*odds ratio*: 4,4, IC 95%, 1,9-10,7; $p = 0,001$), realizar poca actividad física y utilizar pantallas más de 3 horas diarias (OR: 2,3, IC 95%, 1,1- 4,7; $p = 0,021$) y no desayunar (OR: 3,1, IC 95%, 1,4-7,0; $p = 0,005$). Los hábitos relacionados con un mayor riesgo de conducta prosocial disfuncional fueron el menor consumo de verduras (OR: 2,5, IC 95%, 1,4-4,6; $p = 0,003$) y el menor consumo de frutas (OR: 1,9, IC 95%, 1,0-3,3; $p = 0,037$). Dormir = 8 horas se asoció con un mayor riesgo de presentar síntomas emocionales (OR: 2,0, IC 95%, 1,2-3,3; $p = 0,009$).

Conclusiones: Se observa una elevada proporción de chicos/as que practican hábitos poco saludables. A su vez, esos hábitos se asocian con un incremento del riesgo de alteración mental y de conducta prosocial disfuncional. Las intervenciones para mejorar los hábitos saludables repercutirán de forma positiva sobre la salud integral en la infancia y adolescencia.

448. FACTORES RELACIONADOS CON LA OBESIDAD INFANTIL EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

P. Alonso Vigil, M. Margolles Martins, I. Donate Suárez

Dirección General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Principado de Asturias.

Antecedentes/Objetivos: La obesidad es un importante problema de salud pública que aumenta de manera alarmante en los últimos años, especialmente en población infantil. Los factores etiológicos más importantes son aquellos que se relacionan con los estilos de vida, influenciados a su vez por factores socioeconómicos y características del individuo. Este trabajo analiza la prevalencia de obesidad en niños de 2 a 15 años de Asturias y valora su posible asociación con los estilos de vida y factores sociodemográficos.

Métodos: Los datos provienen de la primera Encuesta de Salud Infantil, realizada en 2009 en el Principado de Asturias. En dicha encuesta se preguntaba a los padres el peso en kilogramos (Kg) y la talla en centímetros (cm) del niño para el cálculo del IMC (kg/m^2). Como valores de referencia se utilizaron las tablas y curvas de crecimiento nacionales (Orbegozo). Se consideró obesidad todo valor por encima del percentil 97 de dichas curvas. Se analizó la relación de la obesidad con diversas variables individuales, socioeconómicas y de estilos de vida del niño en una regresión logística.

Resultados: Se evaluó a 1.816 niños de entre 2 y 15 años. El 13,2% (15,3% de niños y 10,9% de niñas) presentaba obesidad según criterio de referencia. Se encontró una relación inversa de la obesidad con la edad del niño (23% a los 2 años y 5% a los 15 años) y clase social de la familia (10% clase I, 20% clase V). En relación a los estilos de vida, se encontró asociación con el ejercicio físico (2 veces más riesgo en los que nunca realizan), el consumo de horas de TV+PC (aumento del ries-

go de obesidad al aumentar el número de horas delante de pantallas) y el consumo de verduras a diario como factor protector (aunque esta variable no llegó a tener significación estadística).

Conclusiones: La prevalencia de obesidad infantil en nuestra comunidad es similar a la encontrada en España en un estudio nacional (estudio Enkid, años 1998-2000). Sin embargo, debe tenerse en cuenta el sesgo que supone no realizar medidas antropométricas y recurrir a la memoria de los padres. Los resultados de este estudio son concordantes con los datos disponibles en la literatura que relacionan la obesidad en la infancia con la edad y el sexo, la vida sedentaria (ausencia de actividad física y actividades de ocio relacionadas con pantallas) y la clase social. Las asociaciones encontradas con hábitos alimenticios no tuvieron significación estadística.

524. CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS CON EL TRÁFICO ENTRE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UN ÁREA RURAL

L. Font-Ribera^a, E. Torra^b, P. Flores^b, J. Serra^b, J. Garrido^b, G. Ubach^b, A. Muñoz^b, A. Castelar^b, M. Solà^b, R. Torres^b

^aUSR Catalunya Central; IDIAP Jordi Gol, Barcelona; ^bABS Montserrat, IC.

Antecedentes/Objetivos: Los accidentes de tráfico son una de las primeras causas de mortalidad entre los adolescentes españoles. Estudios recientes indican que la seguridad vial en este colectivo es mejorable especialmente en ámbitos rurales. El objetivo del estudio es describir los hábitos de seguridad vial y los riesgos relacionados con el tráfico de los estudiantes de secundaria de un área rural y detectar diferencias por género y posición socioeconómica.

Métodos: Estudio transversal. En junio 2010 se administró un cuestionario validado anónimo autocomplimentado a los estudiantes de ESO de los 4 centros educativos de los 8 municipios de 2 zonas básicas de atención primaria de una zona rural del Bages (provincia de Barcelona). En todos los cursos se recogió género, edad y uso del cinturón de seguridad (a veces/a menudo/siempre). En 3.º y 4.º de ESO, se recogió: ir en moto (sí/no), utilizar casco (siempre/a veces o nunca), conducir coche o moto (sí/no), conducir bajo el efecto del alcohol o drogas (a veces/nunca) y subir a un vehículo con el conductor bajo el efecto del alcohol o drogas (a veces/nunca). Posición socioeconómica (PSE) medida con el Family Affluence Scale (FAS), categorizada en alto, medio o bajo. Prueba de chi-cuadrado para detectar diferencias por género y PSE.

Resultados: Se estudió a 770 alumnos (tasa respuesta = 93%), 50,5% chicos de 13 a 17 años. El 59,9% cursaba 1.º o 2.º, el 19,2% tenía PSE baja y el 41,0% PSE alta. El 80,5% de alumnos de ESO lleva siempre el cinturón de seguridad. La proporción que sólo lo lleva a veces es de 4,5% en chicas y 8,8% en chicos ($p = 0,014$) y de 14,4% en adolescentes de PSE baja y de 4,7% en los de PSE alta (p -valor $< 0,001$). En los alumnos de 3.º y 4.º: a) el 57,9% va en moto, de los que el 79,2% siempre utiliza casco, independientemente del sexo o la PSE; b) el 29,5% ha subido alguna vez a un vehículo en el que el conductor estaba bajo el efecto del alcohol, sin diferencias por sexo o PSE; c) el 57,6% de chicos y 31,1% de chicas conducen coche o moto, independientemente de su PSE. De éstos, el 31,8% ha conducido bajo los efectos del alcohol u otras drogas.

Conclusión: El uso del cinturón de seguridad es menor entre chicos y entre PSE bajas. El uso de la moto es frecuente, especialmente entre chicos, y en un 20% aún se realiza sin casco. Estos resultados coinciden con estudios previos en otras zonas de España. La conducción bajo los efectos del alcohol es una actividad de riesgo a la que se expone una proporción elevada de adolescentes menores de esta área rural, independientemente del género o PSE.

525. PLAN DE DIFUSIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO DE ANDALUCÍA

C. Salamanca R., E. Vizuete R., J.M. Aldana E., R. Sanz A., M.T. León E., L. Lahera R., J. del Diego S., M.J. de Prado H., A. González-Meneses L.

Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: El cribado neonatal (CN) es un cribado poblacional realizado a todo recién nacido (RN), nazca en centro público o privado. Desde 1978 se lleva a cabo en Andalucía la determinación de fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito a través de la prueba de talón (PT). En 2009 se introduce la espectrometría de masas en tándem y en 2011 el cribado de fibrosis quística, cambiando además el procedimiento a 'muestra única'. Objetivo: Difundir el Programa de Detección Precoz de Errores Congénitos del Metabolismo para Andalucía.

Métodos: Se realiza díptico informativo sobre PT para profesionales. Se graban vídeos informativos para profesionales sobre PT y extracción de muestra. Se graba vídeo dirigido a población sobre PT. Se elaboran fichas resumen de enfermedades cribadas. Se diseña curso *online* con IAVANTE para formar a profesionales. Se agrupan "preguntas más frecuentes", extraídas del foro por alumnos del Curso de Cribado Neonatal Ampliado. Se realiza cartel con pasos de la PT. Mediante grupo nominal se diseña folleto informativo para familias sobre el nuevo CN.

Resultados: Los dípticos para profesionales se distribuyen a centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). El curso *online* se acredita con 2,53 créditos ACSA y a fecha de 13 de mayo de 2011 ha sido realizado por 1.590 profesionales. Los vídeos y el resto de documentación están a disposición de los profesionales en el portal web de enfermedades raras. El vídeo dirigido a población sobre PT se difunde a través de las pantallas de "Informarse.es salud". Los carteles de la PT son enviados a los centros sanitarios para su impresión y exposición. Del documento de "preguntas más frecuentes" se extraen preguntas y respuestas para Salud Responde. En marzo de 2011 se publica un documento oficial entre la Consejería de Salud y SAS sobre el Programa de Detección Precoz de Errores Congénitos del Metabolismo, que se envía a gerentes de hospitales con servicio de obstetricia y a delegados provinciales de salud para su difusión. Está disponible en la web de enfermedades raras y en el catálogo de publicaciones del SAS para su consulta.

Conclusiones: Valorada la complejidad que supone introducir un cambio en la práctica sanitaria habitual para toda una comunidad, y especialmente cuando ésta es de elevado tamaño poblacional como Andalucía, consideramos que la estrategia empleada ha sido sumamente satisfactoria. Recomendamos por tanto implementar este tipo de estrategias de difusión de la información para futuros cambios sustanciales en la asistencia sanitaria del SSPA.

600. ATENCIÓN A LOS MENORES SAHARAUIS Y LAS FAMILIAS DE ACOGIDA

F. Reyero, B. Uleaidi Mohn-Ali, A. Orellana, J. Puig, C. Martínez Meroño, J. Pascual

Madrid Salud, Instituto de Salud Pública, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La atención a los menores de los campamentos de refugiados saharauis de las Vacaciones en Paz con familias madrileñas en 2010 se planifica y desarrolla conjuntamente por Madrid Salud, ONG y entidades vecinales de una zona de la ciudad, clínica para los niños y educativa grupal para ellos y las familias huéspedes, focalizada en la alimentación, transmisión de virus y parásitos, accidentalidad, hipersonsumo médico y contexto, de Ramadán y actitud reparadora de los españoles al conflicto con Marruecos. Se pretende

que la atención intensiva en el encuentro a la llegada y la separación al finalizar la estancia mediante acogida en un solo centro de salud facilite la interacción entre las familias a propósito de la salud de los recién llegados y fomente la participación comunitaria. Después se contrasta la experiencia con expertos (sanitarios saharauis, cooperantes españoles) en el encuentro “La salud despueblo saharai” del Foro Minorías. Se plantea conocer el estado de salud de los menores, evaluar la efectividad de la educación sanitaria y evaluar la participación de la red comunitaria en el centro de salud.

Métodos: Investigación-acción que incluye ensayo clínico con tratamiento cuantitativo de los datos recogidos en la historia clínica y observaciones según método antropológico de conductas e interpretaciones de los propios sujetos.

Resultados: 37 niños (23 V, 14 M) de 2 etnias —una de ellas de leptosómicos— de 8 a 12 años, con estado de salud marcado por la anemia y fluorosis general, frecuente eosinofilia (14), 2 casos de hepatitis y 1 epilepsia, las caries dentales y los casos de conducta hiperactiva son los de la población habitual del servicio, 2 celiaquías ya diagnosticadas y una sospecha, no confirmada, en la clínica. Se asumieron los mensajes de lavado de manos de toda la familia antes de las comidas, consumo de frutas y hortalizas, pero se fue menos atento en la prevención de accidentes y se cedió a los propósitos previos de que engordasen. La red comunitaria funcionó bien los días de la llegada y se diluyó a lo largo del verano, pero se rehizo y persiste para nuevas actividades.

Conclusiones: El estado de salud de los niños es en muchos aspectos similar al de la población española. La reclamación de exámenes a fondo y tratamiento de caries y celiaquía no parece justificada. El encuentro y la separación de huéspedes e invitados son momentos adecuados para acciones intensivas de educación para la salud y también de participación coordinada de la comunidad con el centro de salud.

680. DESARROLLO DE INDICADORES DE SALUD MATERNO-INFANTIL A PARTIR DE REGISTROS INFORMATIZADOS

J. Astray Mochales, R. Génova Maleras, M. Esteban Vasallo, M.F. Domínguez Berjón, L.M. Blanco Ancos, E. Barceló González

Área de Epidemiología, Subdirección de Promoción de Salud y Prevención, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Explorar y analizar los registros de atención al embarazo y parto en atención primaria (AP) y especializada, definiendo indicadores epidemiológicos (morbimortalidad) de salud materno-infantil. Conocer la exhaustividad de los registros de atención. Identificar diferencias en el proceso de embarazo y parto en función de las características sociodemográficas de las gestantes.

Métodos: Creación de un sistema de indicadores de mortalidad y morbilidad materno-infantil (base de datos multidimensional (cubos) OLAP con desarrollo en entorno SQL Server. Este almacén de datos contiene los registros individualizados de nacimientos, defunciones, población (padrón), tarjeta individual sanitaria, AP (OMI-AP y AP-Madrid) y morbilidad hospitalaria (CMBD). El sistema permite la obtención de indicadores a cualquier nivel territorial y variables sociodemográficas.

Resultados: Se presentan los principales resultados de esta experiencia sobre un total de 1.346.508 partos y la herramienta desarrollada. A lo largo de 2009 se han registrado en AP 76.383 mujeres de episodios de embarazo (69.508 fueron captadas como embarazo), lo que supone un 94,2% del total de partos de mujeres residentes en Madrid recogidos en el Movimiento Natural de la Población y una proporción similar al total de partos de mujeres residentes en Madrid atendidos en hospitales madrileños (públicos y privados). A partir del CMBD de

2009 se han calculado los indicadores de los principales procedimientos relacionados con el parto: 26,5% partos por cesárea, 47,9% partos con epidural, 6,3% forceps, y 2,4% ventosas. A partir del registro de partos los nacidos vivos han pasado de 56.622 en el año 2000 a 78.741 en el año 2008, en los años 2009 y 2010 (datos provisionales) se ha invertido esta tendencia creciente. El % de bajo peso al nacer (BP < 2.500) ha pasado del 4,40% en 1986 al 7,35% en 2008, y muy bajo peso al nacer (MBP < 1.500) del 0,34 al 0,69%.

Conclusiones: La captación de mujeres embarazadas en AP es elevada, lo que nos reafirma en la idea de que profundizar en la recogida de datos de morbilidad y de hábitos es una medida eficiente para conocer y actuar en relación con la salud materno-infantil de la población. Es necesario estandarizar los criterios de explotación del CMBD para la obtención de indicadores de salud materno-infantil. El registro de partos es una fuente de información importante, sin embargo es necesario automatizar los datos de parto en los hospitales para disponer de esta información a tiempo real.

794. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL MALTRATO INFANTIL: REVISIÓN DE ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES

B. Botello Díaz^a, B. Díaz Oliver^a, S. Márquez-Calderón^b, A. Garrido Porras^b

^aUnidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Andalucía;

^bConsejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Identificar estrategias e intervenciones efectivas para la prevención secundaria y detección del maltrato infantil, con implicación del ámbito sanitario.

Métodos: Se revisaron webs de organizaciones clave (Organización Mundial de la Salud, Centre for Disease Control and Prevention, Observatorios de la Infancia del Ministerio de Sanidad y de Andalucía, UNICEF, Save the children y Red SABIA) y asociaciones profesionales (Española de Pediatría de Atención Primaria, Española de Pediatría, Pediatría Social, Programa de Actividades Preventivas y Promoción de Salud –PAPPS–, Royal College of Paediatrics, American Academy Pediatrics –AAP–). Se hizo una búsqueda bibliográfica en PubMed, limitada a metaanálisis, guías de práctica clínica y ensayos clínicos en niños en los últimos 5 años.

Resultados: Se incluyeron informes y artículos sobre estrategias (políticas y propuestas de programas amplios) e intervenciones concretas para prevención y detección del maltrato. Las estrategias se basaban en un enfoque de salud pública, efectividad y multisectorialidad. Los documentos sobre intervenciones eran revisiones de su efectividad o recomendaciones para la acción. Las intervenciones identificadas generalmente eran multisectoriales. Entre ellas, las que han demostrado mayor efectividad para reducir factores de riesgo o fortalecer factores protectores fueron visitas a domicilio, educación de padres y programas de prevención del abuso sexual infantil. Además de éstas, el análisis de efectividad mostraba como intervenciones prometedoras la prevención de traumatismos craneales y las intervenciones multicomponente. PAPPS y AAP recomiendan programas de seguimiento del embarazo, visitas domiciliarias al recién nacido en riesgo psicosocial, educación anticipada de padres y programas comunitarios. Las recomendaciones para la detección del maltrato se articulaban sobre identificación de factores de riesgo, señales de alerta, indicadores de maltrato y el reconocimiento de factores que condicionan la falta de detección y notificación.

Conclusiones: La prevención del maltrato requiere implicación de servicios sanitarios y otros sectores, reconocimiento de factores de riesgo a través de actividades sanitarias regladas, y promoción de factores protectores y buen trato mediante la educación. La prevención secundaria (en familias de alta prioridad) es considerada la estrategia más realista, y existen intervenciones eficaces para prevenir el maltrato y reducir factores de riesgo. La sensibilización y

formación de los profesionales sanitarios es clave para la detección precoz.
