

XIII Congreso SESPAS

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

COMUNICACIONES ORALES I

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

Evaluación en atención primaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FISCAM.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Financiación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

COMUNICACIONES ORALES II

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

Intersectorialidad y acción local en salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UGC Polígono Norte.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMUNICACIONES ORALES III

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

Evaluación de tecnologías e intervenciones sanitarias

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

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

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

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

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

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

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

O-014. HERRAMIENTA DE PRIORIZACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS OBSOLETAS

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

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

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

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

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

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

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

Financiación. Plan de Calidad del MSC.

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

P. Plans, et al

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

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

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

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

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

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

COMUNICACIONES ORALES IV

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

Investigación en servicios de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

Financiación. FIS01/0184.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicio Andaluz de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba.

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

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

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

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

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

COMUNICACIONES ORALES V

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

Lesiones por tráfico: morbimortalidad y conductas de riesgo

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

J. Ferrando, K. Pérez, et al

CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

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

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

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

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

Financiación. Ministerio de Sanidad y Consumo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMUNICACIONES ORALES VI

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

Medioambiente y salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Financiación. Ref: SEPY 1453/07.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Financiación. FIS N° 02/974.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMUNICACIONES ORALES VII

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

Infecciones nosocomiales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicio Andaluz de Salud - Servicio de Protocolos Asistenciales.

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

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

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

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

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

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

Servicio Andaluz de Salud - Servicio de Protocolos Asistenciales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMUNICACIONES ORALES VIII

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

Salud sexual y reproductiva

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

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

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

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

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

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

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

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

Financiación. AETS PI07/90050.

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

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

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

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

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

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

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

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

Financiación. AETS PI07/90050 y CIBERESP.

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

E. Méndez, R. Fernández, et al

Asociación Salud y Familia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O-048. EDUCANDO EN AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD

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

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

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

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

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

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

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

COMUNICACIONES ORALES IX

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

Atención primaria y salud pública

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicio Andaluz de Salud.

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

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

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

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

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

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

Escuela Andaluza de Salud Pública.

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

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

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

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

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

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

M. Urquía García, M. Romero Vallecillos, et al

CS Zaidín Centro; Escuela de Salud Pública.

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

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

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

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

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

COMUNICACIONES ORALES X

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

Promoción y acción local en salud en poblaciones desfavorecidas

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

C. Fuertes, E. Díez, G. Pérez, C. Borrell, M. Pasarín, L. Artazcoz, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Delegación Provincial Salud Jaén; EASP.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J.J. Paredes Carbonell, A. Aviñó Juan-Ulpiano, R. Peiró Pérez, et al
Centre de Salut Pública de València; Associació Vincles Salut; Centre de Salut Pública d'Alzira.

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

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

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

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

COMUNICACIONES ORALES XI

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

Acceso y uso de servicios sanitarios por la población inmigrante

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Financiación. Servicio Andaluz de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMUNICACIONES ORALES XII

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

Cribado de cáncer de mama y colorrectal

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

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

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

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

Métodos: Se analizan los datos de cribado mamográfico del RAFP 4.804.032 cribados. Se realiza un análisis descriptivo comparando la tasa de FP de la valoración adicional (VA), tasa de FP de pruebas invasivas (PI), tasas de detección y valor predictivo (VP) de VA y PI en mujeres entre los 45-49 años, 50-54 años. Se ha diferenciado si el cribado ha sido inicial (prevalente) o sucesivo (incidente). Se ha realizado el test de χ^2 para valorar la relación de dependencia.

Resultados: En el cribado inicial tenemos 442.876 cribados entre 45-49 años y 483.404 entre 50-54 años. La tasa de FP de IVA es del 11,07% para el grupo más joven y 7,44% para el de 50-54, siendo la tasa de FP para las PI del 1,09% y de 0,98%. La tasa de detección es de 3,2 y 3,7 por mil mujeres en cada grupo con un VP de VA de 2,64 y 4,40 y un VP de la PI de 20,75 y 25,33 en las dos cohortes. En el cribado sucesivo 307.873 cribados son del grupo de edad de 45-49 y 753.175 del de 50-54 años. La tasa de FP de VA es 7,61% y 4,73% siendo la tasa de FP para PI del 0,41% y 0,31% con una tasa de detección de 2,4 por mil estudios en ambas cohortes, siendo esta la única diferencia estadísticamente no significativa. El VP de VA es de 2,91 y 4,61 y el VP de las PI es del 34,29 y 41,10 respectivamente.

Conclusiones: El principal efecto adverso del cribado es la tasa de FP para PI, las diferencias entre ambos grupos son pequeñas. El beneficio esperado depende de la tasa de detección y ésta es muy similar en ambos grupos. La mayor diferencia observada entre grupos, tanto en cribado inicial como en sucesivo es la tasa de FP de las PNI. Es importante analizar este efecto como probabilidad acumulada de FP para ver si en el tiempo estas diferencias se profundizan o disminuyen.

Financiación. FIS.

O-068. CONCORDANCIA INTER E INTRA RADÍÓLOGO EN LA LECTURA DE MAMOGRAFÍAS DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

A. Redondo, M. Comas, F. Macià, X. Castells, E. Molins, M. Casamitjana, R. Carlos, F. Ferrer, et al

Hospital del Mar-IMIM (SAEC); IDIMAS-CRC-Mar; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB; Universidad de Michigan; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La mamografía es la prueba diagnóstica utilizada en los programas de detección precoz de cáncer de mama. La fiabilidad de esta prueba depende entre otros factores, de las variaciones de interpretación inter e intraobservador. El objetivo del estudio es analizar la concordancia inter e intra radiólogo en diferentes aspectos de la lectura mamográfica.

Métodos: Se realizaron, durante un periodo de tres años, 33.435 mamografías analógicas a mujeres de 50 a 64 años asintomáticas que participaron en un programa de cribado de cáncer de mama de Barcelona. Se seleccionó una muestra de conveniencia de 100 mamografías.

grafías que cumplían los requisitos mínimos de calidad de la imagen y que incluían los posibles resultados de un programa de cribado. Éstas fueron leídas de manera independiente y consecutiva por 21 radiólogos expertos en lectura mamográfica de las unidades radiológicas de cribado de Cataluña. Además, cada mamografía fue leída dos veces por cada radiólogo con un periodo de blanqueamiento de 6 meses. El resultado de las lecturas se informaba siguiendo el sistema descriptivo BIRADS obteniendo información sobre las variables resultado (positivo si el BIRADS era III, 0, IV o V y que conlleva pruebas adicionales para la mujer, y negativo para BIRADS I y II) y densidad de la mama con las categorías: grasa, fibroglandular, heterogénea y densa. Se calculó el porcentaje de concordancia y el índice kappa (κ) ponderado inter e intra radiólogo para cada variable de interés.

Resultados: Se obtuvo para la variable resultado un porcentaje de concordancia inter radiólogo de 55,7% y un $\kappa = 0,58$ (IC95% 0,57-0,59) al comparar las 6 categorías de BIRADS. Al comparar BIRADS I-II con BIRADS III-0-IV-V el porcentaje de concordancia fue de 77,2% y el $\kappa = 0,53$ (IC95% 0,52-0,54). El porcentaje de concordancia y el índice kappa intra radiólogo para las dos comparaciones fue de 66,7% y $\kappa = 0,72$ (IC95% 0,69-0,75) y 83,7% y $\kappa = 0,66$ (IC95% 0,63-0,70) respectivamente. Las discordancias entre las categorías que generan cambios en la decisión clínica fueron: I-II/III (28,6%), I-II/0 (24,7%) y I-II/IV-V (12,9%). Para la variable densidad de la mama el porcentaje de concordancia y el κ inter e intra radiólogo fue de 61,4% $\kappa = 0,73$ (IC95% 0,72-0,74) y 57,1% $\kappa = 0,69$ (IC95% 0,68-0,70) respectivamente.

Conclusiones: El grado de acuerdo inter e intra radiólogo en la interpretación mamográfica de las variables resultado y densidad de la mama ha sido aceptable. Sin embargo sería importante conocer qué factores generan las discordancias encontradas, puesto que influyen en la decisión clínica.

O-069. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE PARTICIPACIÓN, CAPTACIÓN, DERIVACIÓN HOSPITALARIA Y DETECCIÓN EN EL PDPCM EN EL DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA SUR

M. Farouk Allam, M.S. Arroyo Oteros, J. González Lama, J.M. Caballero Lanzas, et al

Distrito Sanitario Córdoba Sur.

Antecedentes/Objetivos: El Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) se implantó en el Distrito Sanitario Córdoba Sur finales del año 1999. El objetivo de este estudio es conocer la evolución de las tasas de participación, captación, derivación hospitalaria y detección a lo largo de 4 ediciones del programa.

Métodos: Estudio descriptivo. Se calcularon tasas de participación (mujeres exploradas/población elegible), tasas de captación (mujer que acuden/ población elegible) y tasas de derivación hospitalaria en porcentaje, además de tasas de detección (número de mujeres diagnosticadas de tumor maligno $\times 10^3$ /número de mujeres mamografiadas) en el Distrito Sanitario Córdoba Sur y por Zonas Básicas de Salud.

Resultados: La población elegible fue de 17.058, 16.423, 18.101 y 20.493 para las 4 ediciones, respectivamente. Las tasas de participación del Distrito fueron de 73,9% (primera edición), 77% (segunda edición), 76,2% (tercera edición) y 76,2% (cuarta edición), sin ninguna diferencia significativa. Las tasas de captación del Distrito fueron de 82% (primera edición), 78,8% (segunda edición), 78,2% (tercera edición) y 77,9% (cuarta edición), sin ninguna diferencia significativa. Las tasas de derivación hospitalaria del Distrito fueron de 7,8% (primera edición), 4,4% (segunda edición), 6,3% (tercera edición) y 6,7% (cuarta edición). Las tasas de detección del Distrito fueron de 4,68 (primera edición), 2,21 (segunda edición), 2,97 (tercera edición) y 1,47 (cuarta edición). Desde que comenzó el programa (octubre de 1999) se han detectado 162 tu-

moreos malignos con una tasa de detección global del 7,13 por 10^3 mujeres mamografiadas.

Conclusiones: El PDPCM en el Distrito Sanitario Córdoba Sur ha obtenido unas tasas de participación y de captación más altas de las marcadas por la Conserjería de Salud de Andalucía. Esto ha permitido el diagnóstico temprano de 162 mujeres con tumores malignos, lo que supone una mejora en el pronóstico y la calidad de vida de las pacientes. Se recomienda llevar a cabo un estudio para valorar la disminución de la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres sometidas a detección precoz, en comparación con las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, en el mismo periodo, que no participaron en el programa.

O-070. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES QUE ACEDEN A LA UNIDAD DE MAMA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Roldán, A. Ramos, E. Sánchez-Cantalejo, R. López, J. De León, M. Conde, et al

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La Unidad de Mama de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (HHUUVR) fue la que más cánceres de mama intervino de Andalucía en 2005 y 2006. A ella se accede fundamentalmente a través de dos vías, el Programa de Detección Precoz (PDP) y el Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PAI). Objetivo: describir y realizar un análisis comparativo de las características de las mujeres procedentes del Registro Hospitalario de cáncer de mama del PDP y de las incorporadas a través del PAI en los HHUUVR en 2006.

Métodos: Estudio de diseño transversal cuyo ámbito de estudio es la Unidad de Mama de los HHUUVR. Se estudiaron aquellas mujeres derivadas en el año 2006 desde el PDP o PAI a la Unidad de Mama de dicho hospital diagnosticadas de cáncer de mama para ser intervenidas quirúrgicamente. Las principales variables recogidas fueron las características de las mujeres (edad, origen de derivación) y de los tumores diagnosticados en ambos grupos (detección, tipo histológico, tamaño, estadio, tipo de intervención quirúrgica) a partir de los datos extraídos de las Historias Clínicas y del Registro Hospitalario. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS. Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias para las variables cualitativas y de medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. Para el análisis bivariable se utilizó el test de chi-cuadrado, con cálculo de la fuerza de asociación mediante OR y cuando fue posible se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados: El número total de mujeres derivadas a la Unidad de Mama en 2006 fue de 265, procedentes 118 del PDP y 147 del PAI. El porcentaje de detección de cáncer de mama fue del 64,4% para el PDP y 31,5% para el PAI (OR 0,25). El diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue el carcinoma invasor (80,3% PDP, 91,1% PAI). Fueron detectados con un tamaño inferior a 2 cm el 73,5% de los tumores del PDP frente al 34,3% del PAI (OR 0,078), y con un estadio local 82,9% y 56,3% respectivamente (OR 0,26). Se realizó intervención conservadora en el 77,6% de mujeres del PDP y en el 51,1% del PAI (OR 3,3). El análisis multivariante no aportó información relevante por el reducido tamaño de la muestra.

Conclusiones: En el PDP se detectó una mayor proporción de cáncer que en el PAI pero con un mejor pronóstico. Esto se observó al detectar la mayoría de los tumores en un estadio local, con un tamaño menor de 2 cm y la presencia de RP positivos, y se reflejó en la realización de intervenciones quirúrgicas más conservadoras.

O-071. ADHERENCIA AL PROGRAMA POBLACIONAL DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL EN CATALUÑA

M. García, N. Díaz-Milà, G. Binefa, M. Navarro, M. Peris, J.M. Borràs, et al

Servicio de Prevención y Control del Cáncer, Instituto Catalán de Oncología; Plan Director de Cáncer de Cataluña, Departamento de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El beneficio y la efectividad de cualquier programa de cribado dependen en gran medida de la aceptación de la población al programa. Por tanto, es esencial una participación elevada y de forma continuada durante todo el periodo de cribado. El objetivo del estudio fue analizar los factores asociados con la participación sucesiva de un programa de cribado de cáncer colorrectal basado en la prueba de detección de sangre oculta en heces, y dirigido a hombres y mujeres entre 50 y 69 años.

Métodos: Estudio de seguimiento de los participantes del programa de detección precoz de cáncer colorrectal de Hospitalet de Llobregat en el año 2004 (ronda basal) y que fueron invitados de nuevo en el 2006. Se excluyeron para el análisis a los hombres y mujeres de 50 a 69 años cuyo resultado en la prueba de cribado en el 2004 había sido positivo. Se analizó la asociación de los siguientes factores: reclutamiento basal (participación en el año 2004 tras el envío de la primera invitación, participación tras el envío de un recordatorio), resultado en la ronda basal (resultado incompleto, resultado negativo), número de kits de sangre oculta en heces realizados en la ronda basal (≥ 2 kits, 1 kit), experiencia previa de cribado colorrectal (no, sí), área básica de salud, sexo y edad (continua). Respecto al análisis, se estimó la odds ratio (OR) e intervalo de confianza (IC) del 95% de la adherencia al programa de cribado mediante modelos de regresión logística.

Resultados: El 87,0% de los participantes del programa de cribado de cáncer colorrectal en el 2004 realizaron de nuevo la prueba a los dos años. Entre las variables asociadas con la adherencia, destacamos la experiencia previa (anterior al 2004) en el cribado de cáncer colorrectal (OR = 3,18; IC95: 2,88-4,11), haber finalizado el proceso de cribado en la ronda basal (OR = 4,20; IC95%: 3,46-5,09), haber utilizado un único kit de sangre oculta en heces (OR = 1,24; IC95%: 1,04-1,47) y haber participado en la ronda basal tras la primera invitación (OR = 2,06; IC95%: 1,83-2,30).

Conclusiones: La adherencia al programa es un indicador de la satisfacción de los usuarios, que en nuestro caso consideramos adecuada. Por tanto, los esfuerzos deberían centrarse en desarrollar estrategias dirigidas a promover y aumentar la participación inicial en el programa de cribado de cáncer colorrectal.

Financiación. Red Temática de Investigación Cooperativa en Cáncer (RD/06/0020/0089).

O-072. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE CÁNCER COLORRECTAL DETECTADOS EN UNA POBLACIÓN CON UN PROGRAMA DE CRIBADO

G. Binefa, M. Navarro, M. Vanaclocha, F. Losa, E. Fernández, M. Peris, et al

Servicio de Prevención y Control del Cáncer, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona; Hospital General de L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer colorrectal (CCR) es un importante problema de salud pública dada su alta incidencia y mortalidad. Aunque el CCR cumple con los criterios establecidos por la OMS para ser objeto de cribado, se ha demostrado ampliamente la eficacia del cribado mediante la prueba de detección de sangre ocu-

ta en heces y la Unión Europea ha recomendado la implementación de programas de cribado, en España aún son pocas las CCAA que lo ofrecen. Cataluña fue la primera en iniciar el cribado de CCR en el año 2000 en el municipio de l'Hospitalet de Llobregat. Conocer las características de los casos de CCR detectados y no detectados mediante dicho programa puede ayudar a analizar los beneficios que el cribado de CCR podría tener sobre la población. Objetivo: identificar los CCR diagnosticados en l'Hospitalet de Llobregat y determinar las características de aquellos detectados dentro del programa de cribado.

Métodos: Incluimos en el estudio los pacientes con 50-69 años diagnosticados de adenocarcinoma primario de colon y recto entre los años 2000-2005, periodo durante el cual se llevaron a cabo dos rondas dentro del Programa de Cribado. La identificación se realizó a través del registro de cáncer de los 2 hospitales que cubren la población. Según la participación en el programa, los pacientes se clasificaron en A) no participantes; B) diagnosticados mediante cribado; C) participantes con resultado negativo y D) participantes sin finalizar el proceso. Los carcinomas intramucosos (pTis) se etiquetaron como estadio 0. Se denominó cánceres de intervalo a los detectados después de un resultado del test negativo y antes de un cribado posterior.

Resultados: Se diagnosticaron 510 CCR de los cuales, el 88% habían sido invitados al programa de cribado. El número de pacientes según los diferentes grupos fue: A) 350 (77,9%), B) 58 (12,9%), C) 29 (6,5%) y D) 12 (2,7%). Observamos en el grupo de cribado una mayor proporción de casos localizados en el colon (89,7% vs 66,2%, $p < 0,001$), asintomáticos (63,8% vs 5,3%, $p < 0,001$) y en estadios precoces (75,9% vs 42,9%, $p < 0,001$).

Conclusiones: Las características de los CCR identificados en el programa de detección precoz de CCR de l'Hospitalet de Llobregat, frente a los diagnosticados clínicamente, pone de manifiesto el beneficio de un cribado poblacional, de manera que el cribado detecta mayor proporción de pacientes en estadios precoces. Son necesarias políticas sanitarias que potencien la extensión y participación informada en programas de cribado de CCR.

COMUNICACIONES ORALES XIII

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

Intervenciones para la prevención de accidentes de tráfico

O-073. EL IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN DE LA SEGURIDAD VIAL EN LA AGENDA POLÍTICA EN ESPAÑA. DIFERENCIAS SEGÚN ÁMBITO DE LA VÍA, DÍA DE LA SEMANA Y HORA DEL DÍA

A.M. Novoa, K. Pérez, E. Santamariña-Rubio, A. Álvaro, J. Ferrando, M. Marí-Dell'Olmo, R. Peiró, A. Tobías, P. Zori, C. Borrell, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Doctorado en Ciencias de la Salud y de la Vida, UPF; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Ministerio de Sanidad y Consumo; Centro de Salud Pública de Alzira; Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; Dirección General de Tráfico.

Antecedentes/Objetivos: Con la finalidad de reducir la morbilidad por colisiones de tráfico, en España se estableció la seguridad vial como una prioridad política en el año 2004 y se plasmó en el Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008. En un estudio previo se demostró la reducción global en el número de lesionados y fallecidos por colisiones de tráfico en España atribuibles a la

implementación del Plan. El objetivo de este estudio es analizar el impacto diferencial según ámbito de la vía, día de la semana y hora del día.

Métodos: El diseño consistió en un estudio de evaluación antes-después con series temporales mensuales. La población de estudio fueron los lesionados y fallecidos por tráfico entre enero del 2000 y diciembre del 2006 en España. La fuente de información fue el registro de lesionados y accidentes de tráfico de la Dirección General de Tráfico. La variable dependiente fue el número de lesionados de tráfico. Las variables de estratificación fueron sexo, tipo de usuario (peatón, usuario de turismo, de motocicleta o de ciclomotor), gravedad (leves, graves y muertos según la valoración de la policía), ámbito (zona urbana, carretera), día de la semana (laborable, fin de semana) y hora del día (horario diurno o nocturno). La variable independiente (intervención) comparó el periodo posterior a la intervención (enero 2004-diciembre 2006) con el periodo anterior (enero 2000-diciembre 2003). Se estimaron los riesgos relativos (RR) con sus intervalos de confianza al 95% mediante el ajuste de modelos de regresión de Poisson, ajustando los componentes de tendencia lineal y estacionalidad.

Resultados: En el periodo posterior a la intervención, la disminución del riesgo de lesión en hombres usuarios de turismo fue mayor en carretera (RR = 0,85 [0,79-0,91]) que en zona urbana (RR = 0,90 [0,84-0,97]), del mismo modo que en mujeres usuarias de turismo (RR = 0,83 [0,77-0,90] y RR = 0,89 [0,83-0,96], respectivamente). En usuarios de motocicleta, de ciclomotor y en peatones la reducción en el número de lesionados también fue mayor en carretera. No se observaron diferencias según día de la semana y hora del día.

Conclusiones: Se ha observado un mayor impacto del Plan Estratégico de Seguridad Vial en la reducción de los lesionados en carretera. Probablemente ello es debido a que la mayoría de las intervenciones se han implementado en este tipo de vías.

Financiación. AETS-PI07/90157.

O-074. EL IMPACTO DEL PERMISO POR PUNTOS EN EL NÚMERO DE LESIONADOS DE TRÁFICO EN ESPAÑA

A.M. Novoa, K. Pérez, E. Santamariña-Rubio, A. Álvaro, J. Ferrando, M. Marí-Dell'Olmo, R. Peiró, A. Tobías, P. Zori, C. Borrell, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Doctorado en Biomedicina, UPF; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Ministerio de Sanidad y Consumo; Centro de Salud Pública de Alzira; Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; Dirección General de Tráfico.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar el impacto del permiso de conducir por puntos en el número de lesionados y fallecidos por colisión de tráfico en España.

Métodos: El diseño consistió en un estudio de evaluación antes-después con series temporales mensuales. La población de estudio fueron los lesionados y fallecidos por tráfico entre enero 2000 y diciembre 2007 en España. La fuente de información fue el registro de lesionados y accidentes de tráfico de la Dirección General de Tráfico. La variable dependiente fue el número de lesionados de tráfico. Las variables de estratificación fueron sexo, tipo de usuario (peatón, usuario de turismo, de motocicleta o de ciclomotor), gravedad (leves, graves y muertos según valoración policial) y ámbito (zona urbana, carretera). La variable independiente (intervención) compara el periodo posterior a la intervención (julio 2006-diciembre 2007) con el periodo anterior (enero 2000-junio 2006). Se estimaron los riesgos relativos (RR) con sus intervalos de confianza al 95% mediante el ajuste de modelos de regresión de Poisson, ajustando la tendencia lineal y la estacionalidad.

Resultados: Para el total de lesionados, no se observaron diferencias en el riesgo de lesionarse entre los periodos previo y posterior a

la introducción del permiso por puntos. Sin embargo, en el periodo posterior, se observó una disminución del riesgo para lesionados graves tanto en hombres (RR = 0,93 [0,89-0,98]) como en mujeres (RR = 0,88 [0,83-0,93]), y para muertos (RR = 0,88 [0,83-0,94] y RR = 0,87 [0,78-0,98], respectivamente). Según tipo de usuario, se observó una disminución del riesgo ($p < 0,001$) para los lesionados graves usuarios de turismo en hombres (19%) y en mujeres (18%). Sin embargo, no se observó una disminución del riesgo en peatones ni en usuarios de motocicletas ni ciclomotores. Finalmente, disminuyó el riesgo ($p < 0,001$) para los lesionados graves en carretera (10% tanto en hombres como en mujeres), pero no en zona urbana.

Conclusiones: Ajustando por la tendencia decreciente que ya llevaba la serie, se constata que la introducción del permiso por puntos ha supuesto una disminución del número de lesionados por colisión de tráfico, en graves y muertos. Esto es consistente con el tipo de medidas implementadas –la mayoría de las cuales se aplican en carretera–, tal y como aquellas orientadas a disminuir el exceso de velocidad o la conducción bajo los efectos del alcohol.

Financiación. AETS-PI07/90157.

O-075. MUERTES EVITADAS EN 15 AÑOS POR EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY DEL USO DEL CASCO EN MOTORISTAS

K. Pérez, E. Santamariña-Rubio, C. Borrell, M. Haro, M. Navarro, J. Castellà, A. Tobías, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Àrea de Prevenció, Seguretat i Mobilitat Ajuntament de Barcelona; Institut de Medicina Legal de Catalunya; Escuela Nacional de Sanidad (ISCIII).

Antecedentes/Objetivos: En 1992 se estableció la obligatoriedad de utilizar el casco de seguridad en todos los vehículos de dos ruedas a motor. Desde entonces la Guardia Urbana de Barcelona adoptó la estrategia de sancionar al usuario si no llevaba casco y de inmovilizar el vehículo. En los últimos años la utilización de motocicletas ha aumentado de forma notable, aumentando el parque de motocicletas en Barcelona un 23,8% de 2004 a 2007. Se plantea como objetivo estimar el número de muertes evitadas en usuarios de dos ruedas a motor en Barcelona des 1992 a 2007 teniendo en cuenta el aumento de la exposición.

Métodos: Estudio de evaluación pre-post con series temporales. La población de estudio son las personas usuarias de vehículo de dos ruedas a motor fallecidas en Barcelona. La fuente de información es el registro del Institut de Medicina Legal de Cataluña. La variable dependiente es el número fallecidos usuarios de motocicleta o ciclomotor por accidente de tráfico. La variable independiente, intervención, comprende el periodo pre-intervención de 1985 a 1991 y el periodo post intervención de 1992 a 2007. Se han utilizado como denominadores el censo de motocicletas y ciclomotores, y la población residente en Barcelona. Se han calculado riesgos relativos (RR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), mediante el ajuste de modelos de regresión de Poisson. Se estima el número de fallecidos esperados a partir de 1992 a partir del periodo pre-intervención y se calcula diferencia entre observados y esperados.

Resultados: En 15 años de aplicación de la ley que obliga la utilización del casco se estima que, utilizando como denominador de exposición el censo de vehículos, se han evitado 343 muertes (IC95%: -13, -673). Utilizando como denominador de exposición el censo de habitantes se estima que se han evitado 286 muertes (IC95% 26, -596).

Conclusiones: Aunque no se dispone de buenos indicadores de exposición de utilización de vehículos de dos ruedas a motor, estos resultados sugieren que una estrategia de cumplimiento estricto de la normativa de utilización del casco conlleva evitar muertes prematuras.

O-076. 15 AÑOS DE SEGURIDAD VIAL EN UNA GRAN CIUDAD: EXPERIENCIAS Y RESULTADOS

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

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); Àrea de Prevenció, Seguretat i Mobilitat Ajuntament de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Este trabajo tiene como objetivo describir las estrategias e intervenciones desarrolladas en la ciudad de Barcelona desde principios de los años 90 y describir la efectividad en la reducción de lesiones por tráfico de las intervenciones que han podido ser evaluadas.

Métodos: Se revisan las intervenciones realizadas a partir de 1992 y las evaluaciones desarrolladas, a través de publicaciones e informes internos. Para evaluar las intervenciones se ha utilizado el Registro de víctimas de Guardia Urbana con datos disponibles a partir de 2002. Se han incluido datos de diferentes periodos según el momento de la evaluación y se han usado diferentes metodologías, como series temporales y regresión de Poisson. Se describe mediante el porcentaje de reducción en el número de lesionados de tráfico a partir del modelo estadístico correspondiente.

Resultados: A principios de los años 90 se pone en marcha un Sistema de Información de Lesiones y Accidentes y se inician actividades de formación y sanción. Posteriormente se firma el Pacto por la Movilidad en 1998, y se desarrolla el primer Plan de Seguridad Vial (2000-2003). Entre las intervenciones dirigidas a modificar el comportamiento se incluyen: campañas en los medios de comunicación, charlas a colectivos específicos, consejo desde servicios de pediatría, urgencias y farmacias, jornadas científicas, y medidas de cumplimiento de normativa. Éstas han incidido especialmente en el uso del casco y cinturón de seguridad, el control de la velocidad y de consumo de alcohol y drogas. Las intervenciones dirigidas a modificación de infraestructuras incluyen: pacificación del tráfico con la introducción de zonas 30 Km/h, aumento de zonas peatonales e instalación de radares; mejoras del entorno de puntos de mayor concentración de accidentes; medidas para la reducción del uso de coche como aumento de zonas verdes de aparcamiento, implantación del programa público de bicicletas y extensión del horario del metro a 24h los sábados. Desde el año 2002 se ha reducido un 5,1% los accidentes con lesionados, un 35% los lesionados graves y un 14,9% los peatones atropellados. Los lesionados usuarios de ciclomotor han disminuido un 22,5% y los de motocicleta han aumentado un 51,6%. La obligatoriedad de uso del casco comportó una reducción del 25% de los motoristas fallecidos, la instalación de radares una reducción del 27% en los lesionados y del 7% la aplicación del permiso por puntos.

Conclusiones: La prioridad política, la planificación, la participación multisectorial, la investigación y la evaluación han sido elementos claves para mejora de la seguridad vial en un ámbito urbano de elevada densidad y aumento constante de la movilidad.

O-077. PARTICIPACIÓN LOCAL EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁFICO DIRIGIDOS A JÓVENES, CON UN ABORDAJE INTERSECTORIAL

A. Mercado, C. Pérez, M.I. Sillero, A. Viedma, E. Guerrero, M. Martín, B. Hermoso, J.D. Ramírez, et al

Delegación Provincial Salud de Jaén; Jefatura Provincial Tráfico; EASP.

Antecedentes/Objetivos: Los accidentes de tráfico constituyen la primera causa de mortalidad en jóvenes. Son un problema de alto coste en muertes evitables y años potenciales de vida perdidos. No obstante, es reducible, utilizando las estrategias adecuadas para su control. En 2002, se constituye la Mesa Intersectorial para la prevención de accidentes de tráfico en jóvenes de Jaén. La necesidad de

descentralizar las actuaciones para trabajar más activamente en las zonas de mayor riesgo, potencia los programas locales (de ayuntamientos, asociaciones y centros educativos) que se adecuan a los hábitos de cada población, rentabilizando los recursos locales.

Métodos: La Mesa se compone de 26 miembros, con dos comisiones: técnica y de participación. Se han identificado las poblaciones de especial riesgo según las tasas de accidentes y mortalidad registradas por la DGT y las atenciones en urgencias y hospitalizaciones, por edad y sexo, del CMBD hospitalario en la provincia. Los proyectos locales se desarrollan a partir de la convocatoria de subvenciones específicas de la Consejería de Salud y por programas dinamizados por la Mesa Intersectorial, con recursos humanos propios y de otras administraciones y con apoyo económico de la Consejería de Salud, priorizándolos por tasas de accidentes. Jaén tiene 96 municipios, con 187.719 jóvenes de 15 a 34 años. En 2007 se realizaron 5.184 atenciones en Urgencias hospitalarias a este colectivo, con 233 ingresos, que supone el 51,2% de todos los motivos de ingreso.

Resultados: La Mesa Intersectorial ha supuesto un instrumento básico para implantar acciones en el ámbito local y para ampliar las iniciativas ya en marcha. Desde 2003 se han establecido programas en 28 municipios. Los equipos han contado con técnicos de Ayuntamientos, de Centros de información juvenil, de la Red municipal de Ciudades ante las drogas, de Policía Local, de ONGs, de Centros educativos y en algunos, de autoescuelas. Las actividades se han desarrollado en espacios frecuentados por los jóvenes: escuelas y centros de ocio, eventos y encuentros (ferias, conciertos, actividades deportivas) y fundamentalmente en su tiempo libre. El análisis de los ingresos por accidentes de jóvenes en Jaén muestra desde 2003 un ligero descenso, ya que de los 283 ingresos en 2004 se ha pasado a 233 en 2007, que contrasta con el aumento del 20% de las urgencias para el mismo periodo.

Conclusiones: Desde la instauración de la Mesa intersectorial se ha visto la necesidad de la implicación local como estrategia más cercana y rentable en la prevención de los accidentes de tráfico en jóvenes. Su papel facilitador y armonizador de acciones y recursos ha sido altamente favorable.

O-078. AL COLEGIO DE FORMA SEGURA SALUDABLE Y SOSTENIBLE

R. Peiró, A. Llavador, P. Pérez, P. López, J. Matamoros, J. López, M.J. Camarasa, S. Pastor, R. Sanz, et al

CSP Alzira. DGSP. G. Valenciana; CIBERESP. Madrid; CEFIRE Alzira; Agencia Energetica de la Ribera; Ribera Salud. Departamento 11.; Col·legi Públic Benimuslem; Emili LLuna. Alginet.

Antecedentes/Objetivos: En el departamento 11 en el año 2006 se inició un nuevo abordaje en prevención de lesiones en la escuela mediante intervención sobre determinantes y actuales globales. Se incluye en la red local de escuelas promotoras salud.

Métodos: Se identificó la agencia energética de la ribera como un nuevo aliado para el grupo intersectorial (GI). Se inició un proceso de trabajo conjunto dirigido a construir un lenguaje común, discutir una propuesta y como se podía llevar a cabo. Al curso siguiente se convocó a los directores de colegios y se les propuso participar en un proyecto de movilidad segura saludable y sostenible. Tenía que haber compromiso de la dirección y un grupo del profesorado. Nuestro compromiso era de apoyo en las actividades, formación y seguimiento, que serían valoradas como un curso experimental, formación acreditada y certificada por educación (forma parte del GI). Consistió en sesiones con profesores para discutir y planificar objetivos, actividades y evaluación y formación sobre ello. Posteriormente tenían que llevar a cabo esta propuesta en el colegio, hubo seguimientos específicos a demanda y una sesión de evaluación y difusión. También se podía contar para ello con algunos policías locales y los servicios de atención primaria también en el GI.

Resultados: El GI incorporó sostenibilidad, movilidad y observatorio de la movilidad sostenible a la selección previa. A la propuesta respondieron 5 colegios, iniciaron las sesiones de planificación 3, con 9 y 1 docente, el tercero con 2, (no pudo ponerlo en práctica). Se identificó como objetivo general que los niños fueran andando al colegio de forma segura pero para ello había que realizar actividades de sensibilización y seguridad en infraestructura previa. Se les propuso que planificaran objetivos y actividades como identificar las calles por donde iban al colegio, dibujar las diferentes rutas que les llevarían y que junto con la policía local y los niños identificaran la seguridad. Los resultados más importantes fueron que un colegio consiguió señalar la zona como escolar y sensibilizar al ayuntamiento el otro dibujar en el pueblo una ruta del colegio al ayuntamiento, pintarla e involucrar al ayuntamiento y los medios de comunicación. Ambos colegios hicieron actividad de difusión en las radios locales y prensa y participaron en las jornadas que se realizaron para intercambiar experiencias sobre este tipo de proyectos.

Conclusiones: Queda mucho por hacer para conseguir el objetivo general pero se ha iniciado el proceso y actualmente hay más colegios motivados.

COMUNICACIONES ORALES XIV

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

Estudios de mortalidad y sus causas

O-079. MORTALIDAD Y FACTORES DE RIESGO. ESTUDIO DIETA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA (DRECE)

A. Gómez de la Cámara, P. Cancelas Navia, D. Lora Pablos, J.A. Gutiérrez Fuentes, J.A. Gómez Gerique, M.A. Rubio Herrera, C. Jurado Valenzuela, P. Magán Tapia, en representación del Grupo DRECE, et al

Unidad Epidemiología Clínica. CIBERESP; Instituto DRECE.

Antecedentes/Objetivos: Analizar tras 15 años de seguimiento de la cohorte DRECE, la mortalidad general, la distribución de la mortalidad por causas y los principales factores de riesgo asociados.

Métodos: Estudio observacional analítico tipo cohorte histórica. Los sujetos son una muestra representativa de la población general española y se compone de 4.783 sujetos seguidos desde 1991 hasta 2006, el rango de edad al final se extiende desde los 18 a 73 años. Se sometieron a un examen médico, analítico y cuestionario sobre nutrición validado. Su estatus vital y causa de muerte han sido proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística. Las tasas de mortalidad se calcularon mediante regresión de Poisson y la identificación de factores de riesgo mediante la regresión de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: En el periodo 1991-2006 fallecieron 158 sujetos, lo que se corresponde con una tasa de mortalidad total de 2,09 por 1.000 habitantes, 113 (71,5%) hombres y 45 (28,5%) mujeres, con tasas de 3,07 y 1,16 por 1.000 habitantes/año respectivamente. La distribución por causa de muerte fue: cáncer 68 personas (43,03%), 48 hombres y 20 mujeres; 37 (23,41%) por causas circulatorias, de las cuales 26 fueron cardiovasculares. La distribución por sexo por causas circulatorias fue 26 hombres y 11 mujeres. Los 53 restantes (31,64%) se englobaron dentro de la categoría CIE 10 de "Otras", (fueron 39 hombres y 14 mujeres). La edad media de la cohorte al inicio y al final del estudio fue de 30,48 años y 46,28 años respectivamente. La edad media en cada grupo de causa de muerte fue de 57,75 años para la mortalidad por todas las causas; de 59,50 años para cáncer; de 59,89 años para circulatorias y de 54,02 años para el grupo de "Otras" causas. Para la

mortalidad total las variables independientes asociadas fueron: sexo masculino Hazard ratio (HR) 1,99 (IC95%: 1,31-3,02); edad HR 1,09 (IC95%: 1,07-1,11); tabaco HR 1,34 (IC 95%: 0,95-1,90); TAS HR 1,02 (IC 95%: 1,01-1,03); glucemia basal, HR 1,01 (IC 95%: 1,00-1,01) y creatinina, 2,39 (IC 95%: 0,91-6,26). No se observó asociación con ningún componente de la dieta ni patrón nutricional.

Conclusiones: Se obtiene un patrón de mortalidad en el que predomina el cáncer como principal causa de muerte. Para todas las causas de mortalidad siempre es mayor la tasa de mortalidad en hombres que en mujeres. La diabetes (creatinina-glucemia) emerge como un factor de riesgo importante junto con factores de riesgo clásicos. No se encontró asociación con la dieta.

Financiación. SOS Cuétara.

O-080. VALIDACIÓN DE LA FUNCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR SCORE EUROPEA EN UNA COHORTE NATURAL REPRESENTATIVA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

A. Gómez de la Cámara, P. Ferrando Vivas, P. Cancelas Navia, M.A. Rubio Herrera, J.A. Gutiérrez Fuentes, J.A. Gómez Gerique, C. Jurado Valenzuela, P. Magán Tapia, en representación del Grupo DRECE, et al

Unidad Epidemiología Clínica. Hospital 12 de Octubre. CIBERESP; Instituto DRECE.

Antecedentes/Objetivos: La estimación del riesgo cardiovascular es un elemento habitual en la toma de decisiones sanitarias y clínicas. Existen varias funciones de riesgo cardiovascular y persisten discrepancias sobre su validez en población española. El objetivo del presente estudio es validar la función de SCORE sobre una cohorte de población general, natural y representativa de la población española y comprobar la exactitud, capacidad discriminativa y valor predictivo del modelo sobre la mortalidad cardiovascular.

Métodos: DRECE es un estudio observacional, analítico tipo cohorte histórica, se compone de 4.783 sujetos seguidos desde 1991 hasta 2006 representativos de la población general española. El estatus vital y causa de muerte han sido proporcionadas por el INE. Se estimó el riesgo cardiovascular a los diez años según la función original de SCORE. Para evaluar y cuantificar la capacidad de discriminación de supervivencia de este modelo basado en la distribución de Weibull, se determinó para cada paciente el valor del riesgo a los diez años estimado por el modelo y se calculó el área del polígono o curva ROC. La precisión de las estimaciones se reforzó con técnicas de re-muestreo bootstrap, obteniendo sus intervalos de confianza corregidos.

Resultados: El rango de edad de la cohorte en 2006 es de 20-75 años. El 51,38% son mujeres. La tensión arterial sistólica, la concentración de colesterol y el porcentaje de fumadores son 121,19 mmHg, 5,40 mmol/L, 22,75% en mujeres y de 125,05 mmHg, 5,60 mmol/L y 53,32% en hombres respectivamente. En el periodo de seguimiento se han producido 24 casos de muerte por causas cardiovasculares. El riesgo medio de la función de SCORE es de 0,40%, 0,59% en vivos y 1,9% en muertos. El área bajo la curva para el SCORE de bajo riesgo es de 0,80 (IC95% 0,70-0,89), los intervalos de confianza Bootstrap fueron de 0,7 y 0,9. En hombres el riesgo medio a los 10 años en los grupos de edad de 55 a 59 y 60 a 65 fue de 2,20% y 3,47%, siendo la mortalidad observada de 3,37% y 5,88%. En las mujeres de 50 a 54 y 55 a 60 de 0,06% y 0,72% y de 0,58% y 1,07% la observada. Para un riesgo del 3% la sensibilidad es 25% (IC95% 9,7-46,7), especificidad 96,8 (IC95% 96,0-97,5), V. Predictivo positivo 7,86 (IC95% 98,7-99,5), V. Predictivo negativo 99,1 (IC95% 98,7-99,5).

Conclusiones: El rendimiento predictivo de la función de SCORE en los datos analizados muestra parámetros atípicos con una interpretación controvertida. Se necesitan estudios diseñados específicamente para construir una función de riesgo cardiovascular propia.

Financiación. SOS Cuétara. FFMM 2008/88.

O-081. MORTALIDAD E INCIDENCIA DE CÁNCER EN LA ZONA DEL POLO QUÍMICO DE TARRAGONA

E. Rovira, A. Cuadras, J. Galcerán, et al

Observatori de Salut i Medi Ambient del Camp de Tarragona. Servei Regional al Camp de Tarragona de l'Agència de Protecció de la Salut. Departament de Salut; Registre de Càncer de Tarragona. Fundació Llaga per a la Investigació i Prevenció del Càncer.

Antecedentes/Objetivos: En la ciudad de Tarragona confluyen un radio de 10 kilómetros uno de los polos químicos más importantes de Europa, un puerto, una incineradora de residuos urbanos, una incineradora de residuos industriales y dos centrales de ciclo combinado. Se ha iniciado un estudio para conocer los riesgos y el impacto de las actividades industriales en la salud de la población de la comarca del Tarragonès. **Objetivos:** 1) Comparar la mortalidad por cáncer de la comarca del Tarragonès con la de Catalunya. 2) Comparar la incidencia de cáncer por sexo y localización tumoral de la comarca del Tarragonès con la de los otros registros de cáncer del Estado español.

Métodos: A partir de las defunciones por tumores malignos de la comarca del Tarragonès proporcionadas por el Registro de Mortalidad de Catalunya, se calcula: 1) El índice de mortalidad por cáncer estandarizado (IME) con su intervalo de confianza (IC) del 95% en el periodo 1999-2003. 2) La evolución de la tasa anual estandarizada de mortalidad por tumores malignos por el método directo en el periodo 1983-2003 de la comarca del Tarragonès y de Catalunya. A partir de los casos nuevos de cáncer de la comarca recogidos por el Registro de Cáncer de Tarragona en el periodo 1998-2001, se calculan las tasas ajustadas a la población mundial estándar por sexo y tipo tumoral. Se comparan con las tasas publicadas en el volumen IX de Cancer Incidence in Five Continents (IARC).

Resultados: No existen diferencias significativas en la mortalidad por todos tumores (IME: 96, IC: 92-100) ni por ninguna localización tumoral específica. La evolución de las tasas de mortalidad por todos los tumores es paralela a la de Catalunya. La tasa ajustada de incidencia de todas las localizaciones excepto piel no melanoma es de 330,8 y 216,8 casos por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, respectivamente. Por localizaciones tumorales únicamente destaca el cáncer de vejiga urinaria en el sexo masculino (tasa ajustada: 43,6 casos por 100.000 habitantes).

Conclusiones: En la comarca del Tarragonès no existe una mortalidad superior por cáncer ni ha habido una evolución diferente a la del conjunto de Catalunya. La tasa de incidencia de cáncer es parecida a la de otras zonas del Estado español de similar nivel socioeconómico. La incidencia más elevada de cáncer de vejiga urinaria podría ser atribuida bien a diferentes criterios de codificación de este tumor por los registros, bien a una prevalencia más elevada de fumadores, bien a la mayor exposición profesional a productos de refino del petróleo o bien a otras exposiciones profesionales y/o ambientales.

O-082. ANÁLISIS DEL EXCESO DE MORTALIDAD EN LA COMARCA DEL BAIX CAMP (CATALUNYA)

E. Rovira, A. Puigdefàbregas, R. Gispert, et al

Observatori de Salut i Medi Ambient del Camp de Tarragona. Servei Regional al Camp de Tarragona de l'Agència de Protecció de la Salut. Departament de Salut; Registre de Mortalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Antecedentes/Objetivos: La comarca del Baix Camp está situada en el sur de Catalunya, tiene una superficie de 697 km² y una población de 180.196 habitantes en el año 2007. El análisis estandarizado de las defunciones de la comarca entre los años 2001 y 2006 muestra repetidamente una mortalidad superior a la del conjunto de Catalunya. **Objetivos:** 1) Analizar la mortalidad de la comarca por muni-

cipios; 2) Analizar la mortalidad del municipio de Reus (capital de la comarca, 104.835 habitantes en 2007) por áreas básicas de salud.

Métodos: Se ha obtenido del Instituto de Estadística de Catalunya el total de defunciones de más de 24 horas de vida del periodo 1999-2004 de los residentes en los municipios de la comarca. Partiendo de la relación de domicilios (calle y número) de las defunciones de residentes en el municipio de Reus del mismo periodo, se ha asignado a cada uno de ellos el área básica de salud al que pertenece y se ha obtenido del Registro de Mortalidad de Catalunya las defunciones de Reus agrupadas por área básica. De la misma fuente y periodo se han obtenido las defunciones de Catalunya por grupo de edad y sexo. Se ha calculado el índice de mortalidad estandarizado (IME) por el método indirecto con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC) para cada municipio y área básica de salud. Se ha utilizado como denominador la población del Censo del año 2001.

Resultados: La mortalidad es superior a la del conjunto de Catalunya en los municipios de Cambrils (IME: 154, IC: 146-162) y de Reus (IME: 110, IC: 107-113). En el municipio de Cambrils el exceso de defunciones se concentra en el sexo femenino y en los grupos de edad a partir de 75 años. Ha sido posible adjudicar el área básica de salud al 95% de las defunciones de residentes en Reus. La mortalidad en este municipio es superior en las áreas básicas de salud del centro (IME: 124, IC: 116-132) y de la zona este (IME: 112, IC: 104-120).

Conclusiones: El exceso de mortalidad de la comarca es atribuible al exceso de defunciones de los municipios de Cambrils y de Reus. En el municipio de Cambrils la explicación podría encontrarse en la existencia de un número muy importante de plazas de residencias socio sanitarias que ocupan pacientes de fuera de la comarca y del extranjero. En el caso de Reus se debería profundizar en el estudio de las desigualdades en salud ya que las áreas con mortalidad superior corresponden a las zonas más deprimidas de la ciudad desde el punto de vista socioeconómico.

O-083. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS EN LA BAHÍA DE ALGECIRAS: PERIODO 2001-2005

C. Cruz-Rojo, M. Almisas, D.J. López, J. García, M. Moguer, L. Guillén, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Sevilla; Consejería de Educación; Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda.

Antecedentes/Objetivos: En la Bahía de Algeciras se ha producido una alta concentración industrial, especialmente petroquímica y eléctrica, con un alto riesgo, entre otros, de contaminación atmosférica. A esta situación se añade el denso tráfico rodado y marítimo, en torno al puerto de Algeciras y a sus numerosas empresas, que contribuye a la grave problemática ambiental que padece.

Métodos: El área estudiada comprende los términos municipales de Algeciras, Los Barrios, San Roque y La Línea. Los datos de emisión e inmisión atmosféricas se han recogido del informe EPER-Andalucía y del Informe del CSIC sobre el Diagnóstico de la situación ambiental del Campo de Gibraltar. Se han calculado tasas promedios anuales de mortalidad y de Años Potenciales de Vida Perdidos de 1 a 70 años ajustadas por edad (método directo) en ambos géneros y por los más frecuentes grupos de causas. Se calculan los riesgos relativos (RR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95% utilizando la propuesta de Miettinen y el riesgo atribuible (RA) mediante la aproximación de la distribución de Poisson a una normal.

Resultados: Sobre los niveles atmosféricos en la Bahía de Algeciras, destacan los valores de emisión de PM₁₀, SO₂ y NO_x de origen industrial y los valores de inmisión de SO₄²⁻, NO₃⁻ y la mayoría de los metales. Los varones de la Bahía de Algeciras presentan un mayor riesgo de mortalidad estadísticamente significativa en el conjunto de causas cuando lo comparamos con los de Andalucía (RR = 1,15; IC: 1,11-1,19

y RA = 134,30 por 100.000 habitantes) y con el Estado español (RR = 1,33; IC: 1,28-1,38 y RA = 258,86 por 100.000 habitantes). Por causas destacan las enfermedades infecciosas y parasitarias, respiratorias, tumores malignos, circulatorias y mal definidas. Las mujeres también presentan un exceso de mortalidad significativo en el conjunto de causas cuando lo comparamos con Andalucía (RR = 1,13; IC: 1,09-1,17 y RA = 68,01 por 100.000 habitantes) y con el Estado español (RR = 1,34, IC: 1,29-1,39 y RA = 151,23 habitantes). Por causas destacan las enfermedades respiratorias, infecciosas y parasitarias, tumores malignos, y mal definidas. En ambos géneros se ha observado también una sobremortalidad prematura por las mismas causas y por enfermedades del sistema nervioso, ojo y oído.

Conclusiones: Estos resultados plantean la necesidad de nuevas investigaciones específicas sobre los determinantes de este mayor riesgo de mortalidad y de actuaciones concretas y planificadas sobre uno de los posibles orígenes del problema, minimizando la concentración industrial y promoviendo un desarrollo económico sostenible para su población.

O-084. REPRESENTACIÓN DE LA MORTALIDAD CON MODELOS CONTINUOS

P. Sánchez Villegas, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Hasta el presente se ha popularizado el estudio de patrones geográficos de mortalidad en áreas pequeñas. Estos estudios representan la mortalidad en mapas con información agregada en regiones, municipios o secciones censales. Frecuentemente esta información agregada se suaviza con modelos bayesianos, teniendo en cuenta lo que pasa alrededor de una unidad geográfica determinada y su variabilidad. Como resultado de esto se tiene un valor o tasa de mortalidad para cada unidad geográfica. El objetivo de este trabajo es conseguir una representación de la mortalidad continua en el plano, es decir, que una sola función continua represente la mortalidad de todas las unidades geográficas.

Métodos: La propuesta de este trabajo consiste en localizar cada defunción, no como un punto en el plano, sino como una función dependiente de su localización en el plano. Esta función se construye como una distribución normal bivariante centrada en las coordenadas de localización de la defunción. La función de mortalidad global se define como la suma de todas las funciones de mortalidad individuales. Del mismo modo se puede definir la función de censo global. Con el cociente entre las funciones mortalidad global y censo global se calcula la función tasa de mortalidad global. Por la manera de ser definidas las funciones, éstas son continuas, derivables e integrables, con lo que con la integral de la función mortalidad global se obtiene el número de defunciones en un área determinada. Del mismo modo se calculan el número de habitantes global y la tasa de mortalidad global. Por problemas de confidencialidad, los datos tanto de mortalidad como censales están disponibles a nivel municipal, por lo que se hace una aproximación asignando estos valores a los centroides de los municipios.

Resultados: Tras aplicar el método propuesto para el cálculo de las tasas específicas de mortalidad por todas las causas en Andalucía en 2001, se observa que los mapas tridimensionales obtenidos son análogos a los obtenidos con otros métodos (se tomaron como referencia los mapas del proyecto AIMA).

Conclusiones: Este tipo de representaciones es desde un enfoque determinista. La propuesta descrita obtiene resultados análogos a los obtenidos con otras metodologías, con la ventaja de que el coste computacional es mucho menor. Además, las metodologías que utilizan datos agregados son un caso particular de esta propuesta, de carácter más general. El hecho de representar la mortalidad de forma continua hace que se pueda cruzar ésta con funciones análogas (como

son los mapas de isolíneas de contaminación), pudiendo buscar entre ellas una relación funcional.

COMUNICACIONES ORALES XV

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

Dependencia/salud de las personas mayores

O-085. FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA EN PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA

E. Sánchez-Cantalejo, E. Gonzalo, C. Valero, A. Millán, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El progresivo envejecimiento de las poblaciones es una tendencia en los países desarrollados y España no es una excepción. Según el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2006 el 14,7% de la población andaluza era mayor de 65 años y el 3,4% mayor de 80 años. Es en estos grupos de edad donde es más frecuente la morbilidad y donde las personas presentan más grado de dependencia. El objetivo de este estudio es la identificación de factores sociodemográficos y de salud asociados a la dependencia de las personas mayores en Andalucía.

Métodos: La población de estudio son las personas mayores de 65 no institucionalizadas residentes en Andalucía. Mediante un muestreo probabilístico polietápico por conglomerados se eligieron 4.215 personas mayores de 65 años, 1.731 hombres y 2.484 mujeres, a los que se les pasó una encuesta multidimensional sobre características sociodemográficas, percepción del estado de salud, situación cognitiva, apoyo social, percepción de la calidad de vida y capacidad funcional para las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales. Para la identificación de los factores asociados a la dependencia se utilizaron modelos de regresión logística.

Resultados: El 57,8% de los entrevistados necesitan ayuda para realizar al menos una actividad de la vida diaria. En el modelo multivariante construido para la dependencia ya sea básica y/o instrumental se ponen en evidencia diferencias según sexo (OR = 1,2, IC95% = 1,02-1,4), edad, (OR = 3,9, IC95% = 3,2-4,7), tamaño del hábitat, salud percibida (OR = 3,2, IC95% = 2,8-3,8) y calidad de vida autopercibida (OR = 1,9, IC95% = 1,6-2,2). Los resultados para los distintos tipos de dependencia son similares.

Conclusiones: Los resultados de este estudio ponen de manifiesto un perfil de persona dependiente como el de una mujer, mayor de 80 años que habita en el medio urbano y que tiene una mala percepción tanto de su salud como de su calidad de vida.

O-086. VIVENCIAS DE PADRES Y MADRES DE NIÑOS/AS CON PARÁLISIS CEREBRAL ATENDIDOS EN LA PROVINCIA DE SEVILLA

C. Salamanca, Á. Morillo, I. Mateo, R. López, M. Rodríguez-Piñero, M. Conde, et al

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La parálisis cerebral infantil (PCI) es la discapacidad pediátrica más común. En España afecta al 2 por mil de la población, siendo los familiares de primer grado quienes llevan el peso de la atención y cuidados a los afectados. Padres y madres de niños/as con PCI se enfrentan a dificultades y exigencias que repercuten en la evolución del niño/a. Objetivo: explorar expe-

riencias, necesidades y expectativas de padres y madres de niños/as con PCI en la provincia de Sevilla y recoger propuestas de mejora a los problemas.

Métodos: Diseño cualitativo. Variables de segmentación: severidad de daño cerebral, parentesco, tipo asistencia, y grado de cuidado ejercido. Se realizaron veinte entrevistas semiestructuradas con guión de preguntas abiertas, grabadas con consentimiento informado y transcritas literalmente. Se realizó un análisis de contenido según categorías: calidad de vida, roles, repercusiones, ayudas para padres, necesidades sentidas, percepción de ayuda recibida por Sistema Sanitario, Servicios Sociales y Sistema Educativo, apoyo recibido del entorno y sugerencias de mejora. Para ello se utilizó el programa informático NUDIST Vivo.

Resultados: Padres y madres coinciden al relacionar la situación de salud y la calidad de vida de sus hijos/as, no tanto con las minusvalías que tienen, como con su felicidad. Ambos consideran escasas las ayudas recibidas para el cuidado de sus hijos. Tras el diagnóstico de PCI, hay una desestructuración familiar, los roles cambian y las madres asumen más responsabilidades. De los padres, los cuidadores principales opinan que el cuidado del niño/a es tarea del matrimonio, mientras que los secundarios reconocen el duro trabajo ejercido por sus esposas en el cuidado diario. Ellos superan mejor el trauma inicial, sintiéndose más fuertes para afrontar el problema. En una segunda etapa las repercusiones son físicas, especialmente para las madres. Se demanda un trato personal y cercano de los profesionales en los sistemas formales de ayuda, que son valorados positivamente, aunque destaquen la falta de recursos humanos existente.

Conclusiones: Las sugerencias aportadas se centran en mejorar las ayudas económicas, pero también humanas y de infraestructura. Las repercusiones más notorias son en el ámbito emocional y económico, por lo que parece necesario incorporar apoyo psicológico en la unidad de PCI del hospital para ayudar a la familia a afrontar la enfermedad, así como fomentar la colaboración entre hospitales y las asociaciones de padres de niños afectados u otras asociaciones benéficas.

O-087. CAÍDAS EN MAYORES DE 65 AÑOS: SITUACIÓN ACTUAL Y APLICABILIDAD DE INTERVENCIONES

B. Lumbreras, L. Donat, N. Gómez, I. Hernández-Aguado, et al

Departamento de Salud Pública, Historia de la ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las caídas accidentales afectan principalmente a los mayores de 65 años y son la 5ª causa de mortalidad en este grupo. Esto supone un reto para la salud pública, que debe proponer intervenciones de eficiencia contrastada. Existen investigaciones sobre las caídas en ancianos, pero no existe información conjunta de frecuencia, consecuencias y factores asociados a caídas en nuestro entorno. Las investigaciones aportan datos empíricos, pero no analizan la calidad, ni su aplicabilidad a nuestro entorno socio-sanitario. Nuestro objetivo es analizar el conocimiento empírico existente sobre: frecuencia, consecuencias y factores asociados e identificar y evaluar intervenciones preventivas efectivas. Así como valorar la utilidad y el impacto de estas en nuestro entorno.

Métodos: Se realizaron revisiones sistemáticas en las bases de datos MedLine, Cochrane, EMBASE, datos del INE y de las sociedades científicas. Se obtuvieron datos referentes a frecuencia, consecuencias de las caídas en ancianos, factores de riesgo asociados e intervenciones preventivas desarrolladas a nivel nacional como internacional. Se valoró la aplicabilidad de las intervenciones analizadas al modelo del sistema sanitario español.

Resultados: La frecuencia de caídas según el INE en mayores de 65 años va de 51%-67%. La frecuencia en estudios nacionales va de 26%-35%. En estudios internacionales es de 33%-41%. Consecuencias como

luxaciones o contusiones están entre el 60%-70% según el INE. La literatura española aporta datos de 36%-63%. La literatura internacional del 53%-80%. Según el INE entre 22% y 23% refieren fracturas o heridas profundas, siendo de 8%-11% en estudios nacionales, y entre 5%-30% en estudios extranjeros. Los factores de riesgo descritos en España son: edad avanzada, caídas previas, o pluripatología (f. intrínsecos). Fármacos o uso incorrecto de ayudas para deambular (f. extrínsecos). A nivel internacional: caídas previas, edad avanzada o limitaciones físicas (intrínsecos) y psicofármacos, factores ambientales, y uso incorrecto de ayudas para deambular (extrínsecos). En nuestro entorno hay pocos estudios de intervención y ninguno analiza su impacto. En la literatura extranjera hallamos diversidad de intervenciones cuyo impacto es analizado, siendo no efectiva en 9 estudios (50%), efectiva en 8 (44%) y 1 no concluyente (6%).

Conclusiones: Existe información de frecuencia, consecuencias y factores de riesgo asociados a caídas, pero los estudios de prevención son escasos en nuestro entorno, no es así fuera dónde hay numerosos estudios de prevención, siendo efectivos un 44% de ellos. Son necesarias estrategias de prevención adaptadas a nuestro entorno y estudios que evalúen su impacto.

Financiación. Fundación MAPFRE. Instituto de Prevención, Salud y Medio ambiente.

O-088. ESTUDIO SOBRE LA ASOCIACIÓN ENTRE LAS CAÍDAS Y ESTILO DE VIDA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN ESPAÑA

N. García-Arenzana, M. Sáinz, M. Fuentes, C. Martínez, M. Rumayor, J. Sánchez, E. Jiménez, I. Viúdez, J. Fereres, et al

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La epidemiología de las caídas en personas mayores en nuestro país ha sido poco estudiada a pesar de ser un importante problema de salud pública debido al envejecimiento de la población y a que diversos estudios estiman que entre un 25 y un 33% de los mayores de 65 años han sufrido una caída en el último año. Los factores que se han relacionado con un mayor riesgo de presentar caídas son: edad, sexo femenino, viudedad, ausencia de estudios, dificultad en la movilidad, consumo de fármacos y percepción baja del estado de salud. El objetivo de este trabajo es conocer los estilos de vida que se asocian con más frecuencia a las caídas en personas mayores de 65 años en España.

Métodos: Estudio transversal de base poblacional realizado entre noviembre de 2007 y enero de 2008 en 13 provincias que representaban el 50,5% de la población española > 65 años. La recogida de datos se hizo mediante un cuestionario telefónico basado en el cuestionario de la OMS para el estudio de caídas en la persona mayor y en la Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística. Se obtuvieron 1.619 encuestas que cumplían los criterios de inclusión (personas > 65 años y no institucionalizadas). La variable dependiente es la historia referida de caída/s en el último año. Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias y la edad con media y desviación estándar. La asociación entre variables se evaluó con el test Ji-cuadrado de Pearson o el exacto de Fisher. Se asumió un error alfa de 5% para todos los contrastes de hipótesis.

Resultados: Un 24,4% de las mujeres sufrieron alguna caída en los últimos 12 meses frente a 9,7% de los hombres ($p < 0,001$). 19,2% de las personas mayores sin estudios se cayeron en el último año, significativamente más que las que tenían estudios medios (8,8%) o superiores (15,5%) ($p < 0,05$). Las personas que vivían solas refirieron un mayor nivel de caídas, 25,3% que las no vivían solas, un 12,9% ($p < 0,001$). 25,0% de los solteros se cayeron, significativamente más que todos los demás estados civiles ($p < 0,05$). No practicar ningún deporte también se asoció con un mayor nivel de caídas (18,6%) que los que practicaban algún deporte (13,6%) ($p = 0,011$).

Conclusiones: Los factores que se asociaron significativamente con una mayor frecuencia de caída/s en el último año fueron la edad, el sexo femenino, ser soltero/a, vivir solo, no tener estudios y no practicar deporte.

O-089. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE INDICACIÓN DE LA DENSITOMETRÍA ÓSEA EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA

C. Tebe, L. Casas, S. Di Gregorio, E. Sánchez, M. Espallargues, et al

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM); CETIR Centre Mèdic; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La osteoporosis es un trastorno esquelético caracterizado por una disminución de la densidad mineral ósea (DMO) que predispone al individuo a un aumento del riesgo de fracturas. En España, afecta aproximadamente a 3,5 millones de personas y son consideradas osteoporóticas 100 mil fracturas al año. En 2004 en la AATRM se elaboró una guía de práctica clínica para la indicación de la densitometría ósea (DO) que, tras revisar la evidencia científica disponible, clasificó como riesgo elevado de fractura osteoporótica los siguientes factores: edad > 70 años, bajo peso corporal IMC < 25 kg/m², sedentarismo, fármacos y/o antecedentes patológicos que aceleran la pérdida de DMO y fractura osteoporótica previa; como riesgo moderado: consumo de tabaco, antecedentes familiares de fractura osteoporótica, baja ingesta de calcio < 500 mg/día, artritis reumatoide y en las mujeres no haber amamantado a sus hijos y sin riesgo la nuliparidad. El objetivo del presente estudio es analizar la asociación de estos factores de riesgo con un diagnóstico de osteoporosis resultado de una DO.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal a partir de una base de datos de mujeres de 30 o más años con una primera indicación de DO con evaluación de cadera y/o columna en el centro médico CETIR entre 1992 y 2008, a las que se había realizado una entrevista estructurada. La variable principal del estudio fue la DMO categorizada según normal (t-score > -1), osteopenia (t-score entre -1 y -2,5) y osteoporosis (t-score < -2,5). Para determinar la asociación entre la variable principal y los factores de riesgo se calculó la razón de prevalencia (RP) y su intervalo de confianza (IC) al 95%, comparando el grupo de mujeres con osteoporosis con el resto.

Resultados: Se incluyeron 162.434 mujeres, con una media de edad de 58 años (DE 10). Al valorar el resultado de la DO, se obtuvo un 29% de mujeres con osteoporosis, un 50% con osteopenia y un 21% con DMO normal. Los cuatro factores que presentaron una RP más elevada fueron: edad > 70 años (2,2; IC95% 2,0-2,3), antecedentes de fractura osteoporótica (1,85; IC95% 1,8-1,9), artritis reumatoide (1,39; IC95% 1,31-1,48) y bajo peso corporal (1,37; IC95% 1,35-1,39). La nuliparidad (1,22; IC95% 1,20-1,25) fue otro factor relevante.

Conclusiones: Todos los factores de riesgo identificados como de riesgo en la guía presentaron un mayor o menor grado de asociación con un diagnóstico de osteoporosis resultado de una DO. El riesgo identificado para las mujeres nulíparas puede responder a una sobreestimación debida a un sesgo de selección al tratarse de mujeres con una indicación de DO y por tanto con una sospecha de osteoporosis.

O-090. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS POR POBLACIÓN MAYOR SOCIALMENTE ACTIVA

E. Rubio, T. Martínez, R. Magallón, J. Viela, et al

Facultad de Medicina; IACS; Concejalía de Acción Social.

Antecedentes/Objetivos: La calidad de los años de vida ganados toma más importancia que la esperanza de vida y "añadir vida a los años" es concepto clave de la gerontología actual. Participar en actividades sociales promueve la calidad de vida, la salud física y mental,

disminuye el riesgo de dependencia y discapacidad en el futuro. Objetivos: 1. Cuantificar el uso de servicios sociales, necesarios para mantener la independencia del mayor. 2. Evaluar si los servicios se agrupan en un conjunto más parsimonioso y analizar sus características.

Métodos. Estudio transversal. Población diana: 53.632 personas. Tamaño muestral: 380. Muestreo bietápico (nivel de confianza: 95%; potencia 90%). Variables: sociodemográficas y servicios utilizados, del cuestionario OARS validado y adaptado, mediante entrevista personal. Los servicios han sido analizados de forma independiente y agrupada. Análisis estadístico: chi-cuadrado. Análisis factorial. Odds Ratio con IC del 95%; p < 0,05.

Resultados. El 94,2% utiliza algún servicio, hacer viajes organizados (39,3%) y actividades (38,9%) son los más frecuentes. Las mujeres hacen ejercicio físico (29,2%), reciben orientación personal (15,1%), toman psicotrópicos (27,6%) y disponen de ayuda diaria (21,5%) (p < 0,05). Los mayores de 74 años disponen de cuidados personales (24,4%), ejercicios de rehabilitación (14,5%), ayuda doméstica (43,9%) y preparación de comidas (33,5%) (p < 0,05). Los jóvenes viajan más (47,3%), hacen ejercicio físico (27,2%) y asisten a cursos (21,7%) (p < 0,05). El análisis factorial agrupa los servicios en 5 factores que explican el 59,1% de la varianza. F1: "cuidados personales" (servicios de cuidados personales, preparación de comidas, ayuda doméstica y cuidados de fisioterapia) pertenecen los más mayores (OR = 1,9), mala salud percibida (OR = 1,9); bajo nivel de estudios (OR = 2,0) y conviven con hijos (OR = 2,2) (p < 0,05). F2: "mantenimiento personal" (participar en actividades, deportes y cursos) incluye los que perciben buena salud (OR = 0,5), mayor nivel de estudios (OR = 0,3) y viven en pareja (OR = 2,3) o con hijos (OR = 2,1) (p < 0,05). F3: "orientación psicosocial" (problemas personales, consumo de psicotrópicos) lo forman mujeres (OR = 2,7), con mala salud percibida (OR = 3,6) (p < 0,05). F4: "ocio y relación" (viajes, control personal y asesoramiento administrativo) pertenecen las mujeres (OR = 1,8) (p < 0,05). F5: "bienestar personal" (cuidados de enfermería y acondicionamiento de vivienda) se reparte de forma homogénea.

Conclusiones. 1. El 94,2% utiliza algún servicio, participar en viajes y actividades organizadas son los más frecuentes. 2. Los servicios han quedado agrupado en 5 factores: "cuidados personales", "mantenimiento personal", "orientación psicosocial", "ocio y relación" y "bienestar personal", que explican el 59,1% de la varianza.

Financiación. Diputación General de Aragón Proyecto S42.

COMUNICACIONES ORALES XVI

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

Cuestionarios e instrumentos de medición del estado de salud

O-091. VALIDACIÓN DEL "WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE, WHODAS-II"

O. Garín, M. Nieto-Moreno, J. Almansa, G. Vilagut, E. Villalonga-Olives, J. Alonso, J.M. Valderas, J.L. Ayuso, M. Ferrer, et al

IMIM-Hospital del Mar, Barcelona; CIBERESP; Universidad Autónoma de Madrid; University of Manchester.

Antecedentes/Objetivos: El WHODAS-II es un instrumento para evaluar discapacidad, desarrollado por la OMS a partir del modelo conceptual de la Clasificación Internacional de Funcionamiento. Presenta 7 dimensiones (Comprensión y comunicación, Moverse en el entorno, Cuidado personal, Relaciones interpersonales, Actividades domésticas, Trabajo fuera del hogar y Participación social) y una puntuación global. En total tiene 36 ítems y su puntuación global es de

0-100 (valores altos, mayor discapacidad). El objetivo de este estudio es evaluar las propiedades métricas del WHODAS-II en varias muestras clínicas (pertenecientes al estudio europeo MHADIE).

Métodos: Se reclutaron 1020 pacientes con 13 patologías crónicas diferentes, procedentes de 8 centros europeos. El WHODAS-II fue administrado junto al SF-36 en la evaluación inicial y a las 6 semanas y 3 meses de la misma. Según el cambio en la escala de gravedad de cada patología, se seleccionaron a los pacientes estables (para estimar la reproducibilidad) o con mejoría (para estimar la sensibilidad al cambio). A nivel de fiabilidad se estudió: la consistencia interna (alfa de Cronbach) y la reproducibilidad (coeficiente de correlación intraclase [CCI]). La validez de constructo se estudió con las puntuaciones según la gravedad y las correlaciones con las dimensiones del SF-36. La sensibilidad al cambio se analizó con el tamaño del efecto (TE = media del cambio/DE basal). Con análisis factorial exploratorio (rotación varimax) y confirmatorio se evaluó la validez estructural del WHODAS; suponiendo un factor global de segundo orden.

Resultados: 0,8 en todas El alfa de Cronbach fue $\geq 0,7$, excepto para 2 dimensiones (moverse en el las puntuaciones, y el CCI \geq entorno y Cuidado personal). Las puntuaciones del WHODAS mostraron diferencias según la gravedad ($p < 0,001$), así como correlaciones moderadas-altas con las dimensiones del SF-36 planteadas a priori (0,7-0,4). Los cambios observados en la mayoría de las dimensiones del WHODAS-II fueron moderados (0,3-0,6) y en algunos casos superiores a los presentados por las dimensiones del SF-36. El análisis factorial confirmó la estructura de 7 dimensiones y una puntuación global - CFI (0,959), TLI (0,988) y RMSEA (0,085). Sin embargo, los índices de modificación sugieren que la dimensión 6 (Participación social) sólo es relevante como parte de la global.

Conclusiones: El WHODAS-II ha mostrado unas adecuadas propiedades métricas en muestras clínicas europeas. Estos resultados respaldan su uso para la evaluación de la discapacidad en pacientes con enfermedades crónicas.

Financiación. CE SP24-CT-2004-513708 (MHADIE), ISCIII PIO61579, DURSI-GENCAT (2005-SGR-00491); AGAUR (2008FIC 00335).

O-092. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL PICKER PATIENT EXPERIENCE QUESTIONNAIRE - 15 (PPE-15)

P. Simón Lorda, I.M. Barrio Cantalejo, M.I. Tamayo Velázquez, A. Molina Ruiz, C. Sánchez Rodríguez, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Distrito Sanitario de Atención Primaria de Granada; Fundación de Investigación Biomédica de Andalucía Oriental

Antecedentes/Objetivos: Realizar una adaptación transcultural y validación del cuestionario PPE-15 (Picker Patient Experience Questionnaire - 15) al español (PPE-33) para describir las experiencias de los pacientes hospitalizados Incorporar nuevas dimensiones no recogidas por el PPE-15, pero relevantes para pacientes españoles, configurando una encuesta en castellano sobre esta materia.

Métodos: Diseño: adaptación transcultural, validación y ampliación del cuestionario PPE-15 Población: en la etapa final del estudio transversal participaron 275 pacientes adultos que, tras haber estado hospitalizados al menos 48 horas, llevaran de alta menos de 31 días. Características de la experiencia y diseño de la intervención. Etapa 1: Traducción de la versión original del cuestionario PPE-15 por 2 bilingües hispano-ingleses. Evaluación gramatical, lingüística y semántica del texto por 5 expertos. Etapa 2: Validez de contenido. Se construyó el cuestionario PPE-33, añadieron nuevas dimensiones a explorar y se midió legibilidad gramatical del texto usando la fórmula de perspicuidad de Szigriszt. Etapa 3: Aceptabilidad y viabilidad del cuestionario PPE-33. Pilotaje y exploración de la variabilidad de los resultados del cuestionario con o sin llamada previa. Etapa 4: Evalua-

ción de propiedades psicométricas: validez de constructo, fiabilidad y consistencia interna. Se realizó un estudio descriptivo transversal telefónico. Tamaño muestral 385 sujetos (participación 71,43%), nivel de confianza 95% y error del 5%.

Resultados: Validez de contenido: alto grado de concordancia. Índice de Kappa (0,872) Alto grado de estabilidad temporal (test McNemar $p > 0,05$) Alto grado de consistencia interna (alfa de Cronbach para todo el cuestionario 0.792); levemente inferior, a la mostrada en otros países por cuestionarios parecidos que también incluyen las preguntas del PPE-15, Reino Unido (0,86), Suiza (0,83), Suecia (0,80), Alemania (0,85) o Estados Unidos (0,87). La correlación entre los ítems que exploran la misma dimensión se estudió con el Rho Spearman Brown dando resultados muy buenos. La validez de constructo del cuestionario también es satisfactoria.

Conclusiones: El PPE-33 es un instrumento fiable que mide satisfacción (información clínica durante ingreso y alta, participación en decisiones y percepción de trato respetuoso) de pacientes que han tenido un ingreso hospitalario. Es el único instrumento diseñado y validado específicamente para medir estas dimensiones en castellano. Permite hacer comparaciones internacionales. Su alta replicabilidad permitirá a centros hospitalarios o servicios clínicos explorar estas dimensiones.

Financiación. Boja Nº 8, 11 Enero 2007. Nº de Expediente 0019/2006. Consejería de Salud, 2007. 8700 Euros.

O-093. PROPIEDADES MÉTRICAS EN ADOLESCENTES DEL ROLAND MORRIS, UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE DOLOR LUMBAR

A. Pont, Y. Pardo, F. Pellisé, F. Balagué, L. Rajmil, C. Cedraschi, C.G. Fontecha, M. Pasarín, M. Ferrer, et al

Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona; Hospital Vall de Hebron, Barcelona; Hôpital Cantonal, Fribourg (Suiza); Agència per la Qualitat, Recerca i Assessorament en Salut, Barcelona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona; Hôpitaux Universitaires Genève, (Suiza); Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La alta prevalencia del dolor lumbar en adolescentes (entre un 30% y un 70% según los diferentes estudios) ha constituido un tema de interés en la literatura reciente. Los cuestionarios específicos para evaluar el impacto del dolor lumbar sobre la capacidad funcional, como el Roland-Morris Questionnaire (RMQ) o el Oswestry entre los más utilizados, fueron desarrollados para adultos. No se dispone de estudios en adolescentes que valoren las características métricas. El objetivo de esta investigación es evaluar las propiedades métricas del RMQ en adolescentes.

Métodos: Estudio transversal en una muestra representativa de las escuelas de secundaria de dos ciudades europeas: Fribourg y Barcelona. De los 1470 participantes, se seleccionó una submuestra de 585 (39,8%) adolescentes que reportaron dolor lumbar en el último mes: 212 de Fribourg y 375 de Barcelona. El RMQ se compone de 24 ítems de respuesta sí/no, que valoran las limitaciones en diferentes actividades habituales debidas al dolor lumbar. Se obtiene una puntuación total de 0 a 24 puntos (0 es la mejor puntuación). Se estudió la fiabilidad de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach y la validez de constructo relacionando las puntuaciones con características clínicas del dolor lumbar (número de días, escala visual analógica de intensidad y duración de los episodios) mediante correlaciones (Pearson) y test de ANOVA para evaluar la tendencia lineal entre grupos.

Resultados: Un 46,3% eran chicos, con una media de edad de 14,62 (DE = 1,16). La consistencia interna del RMQ fue adecuada (alfa de Cronbach = 0,80). No se observó efecto techo y el efecto suelo fue moderado (22,3%). El estudio de validez mostró correlaciones mode-

radas con el número de días ($r = 0,40$) y con la intensidad del dolor lumbar ($r = 0,40$). La puntuación del RMQ aumentó de forma significativa con la duración de los episodios: la media del RMQ en los adolescentes que reportaron dolor durante menos de 12 horas, de 12 a 24 horas, de 1 a 7 días, o dolor de más de 7 días fue de 1,65, 2,93, 2,40, y 4,68, respectivamente; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los resultados indican que el RMQ es un instrumento válido y fiable para la evaluación del dolor lumbar en adolescentes. Investigaciones posteriores sobre la sensibilidad serán de utilidad para comprobar la aplicabilidad del RMQ en estudios longitudinales.

Financiación. Contrato de apoyo a la investigación en el Sistema Nacional de Salud. Instituto Nacional Carlos III. CA06/0081.

O-094. OAKHQOL, UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CALIDAD DE VIDA PARA ARTROSIS DE CADERA O RODILLA

M. González Sáenz de Tejada, A. Escobar, L. García, C. Herrera, C. Sarasqueta, et al

Hospital de Basurto; Dirección del Servicio Canario de la Salud; Hospital Virgen de las Nieves; Hospital Donostia.

Antecedentes/Objetivos: La medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es importante para evaluar los resultados de las intervenciones sanitarias. El objetivo del estudio fue la adaptación de un cuestionario de CVRS específico para artrosis (OA) de cadera o rodilla; Osteoarthritis of Hip and Knee Quality of Life Scale (OAKHQOL). Se presentan datos de validez aparente y fiabilidad.

Métodos: OAHKQOL es autoadministrado y consta de 43 ítems y 5 dimensiones; actividad física (16), salud mental (13), dolor (4), apoyo social (4) y actividades sociales (3); hay 3 ítems independientes; actividad sexual, vida profesional y relación con la pareja. La puntuación va de 0 (peor) a 100 (mejor estado) La traducción del francés se llevó a cabo por dos traductores (un reumatólogo y una traductora profesional) cuya lengua materna era el castellano. Realizaron dos traducciones independientes, se compararon las traducciones y junto al equipo investigador se decidió una traducción provisional. La retrotraducción al francés fue realizada por dos traductores cuyo lenguaje nativo era el francés. Realizaron dos traducciones se compararon ambas y se llegó a un consenso final. Se desarrolló un estudio piloto en el con la traducción final del cuestionario en 17 pacientes valorando la comprensión, aceptabilidad y factibilidad del cuestionario. Estudiamos la fiabilidad test-retest por el coeficiente de correlación intraclase; el alfa de Cronbach para estudiar la consistencia interna.

Resultados: Los reumatólogos y traumatólogos encontraron una buena validez aparente. Los participantes en el estudio piloto tardaron una media de 16 minutos en cumplimentar el cuestionario. En cuanto a la comprensión, algunos pacientes consideraban algunas palabras o expresiones difíciles de entender (“dosificar actividad”, “me siento incómodo en mi vida familiar). Finalmente, encontraban confusos los términos de las opciones de respuesta: “totalmente en desacuerdo-totalmente de acuerdo”. En cuanto a los análisis de fiabilidad, el cuestionario cumplimentado por 750 pacientes estables al de 2 semanas del primer envío por correo, presentaban los siguientes valores del alfa de Cronbach: 0,60 (actividades sociales), 0,78 (apoyo social), 0,83 (dolor), 0,91 (salud mental) y 0,93 (actividad física). En el test-retest, hallamos CCI mayores de 0,7 en todas las dimensiones, exceptuando las dos dimensiones sociales.

Conclusiones: Estos hallazgos provisionales apoyan el uso de la versión española del OAKHQOL como un instrumento de medida CVRS en pacientes con OA de cadera o rodilla.

Financiación. FISPI06/90351. CIBERESP.

O-095. COMPARACIÓN DE MODELOS PARA ANALIZAR EL ÍNDICE EQ-5D

O. Cunillera, G. Vilagut, A. Medina, R. Tresserra, M. Herdman, Y. Pardo, J. Alonso, M. Ferrer, M. Sáez, et al

Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del IMM-Hospital del Mar; Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Grup de Recerca en Estadística, Economia i Salut de la Universitat de Girona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El cuestionario EQ-5D es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la salud percibida. El EQ-5D es un índice de valores de preferencias en el que 1 sería el mejor estado de salud posible y 0, la muerte. La distribución de esta variable es claramente asimétrica, concentrándose en el valor 1 una gran proporción de los individuos, por lo que se ha extendido el uso del modelo Tobit para su análisis. Sin embargo, en algunos estudios se ha señalado el incumplimiento de los supuestos del modelo Tobit para el análisis del índice EQ-5D. Nuestro objetivo fue comparar el Modelo Tobit con los Modelos de Regresión Lineal y de Selección Muestral (Heckit) para el análisis del índice EQ-5D.

Métodos: Los datos provienen de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) del 2006 que recogió información de una muestra representativa de la población general ($n = 15.926$). Mientras que la Regresión lineal asume distribución normal de la variable observada, el Modelo Tobit asume una variable latente normal, con posibles valores > 1 , que se observan censurados. Los Modelos Heckit consideran que tan solo hemos observado valores menores a 1. Para la evaluación de los modelos se utilizarán los siguientes criterios: cumplimiento de los supuestos (normalidad de los residuos y homocedasticidad) y comparación de índices de ajuste de los modelos –error cuadrático medio (ECM) y error absoluto medio de predicción (EAM)–.

Resultados: La normalidad de los residuos resultó gráficamente aceptable para el modelo lineal y el modelo Heckit. El test de Breusch-Pagan rechazó la homocedasticidad de los tres modelos. El modelo lineal presentó menor ECM (0,026 comparada con 0,029 del modelo Heckit y 0,031 del Tobit) y el modelo Tobit presentó mejores resultados en EAM (0,103, siendo 0,113 para el modelo lineal y 0,122 el Heckit).

Conclusiones: La heterocedasticidad observada en los tres modelos indica un posible sesgo en la estimación de los coeficientes. El modelo lineal y el modelo Tobit presentaron mejor ajuste a los datos, evaluado con el ECM y el EAM. Sin embargo, tanto los indicadores de ajuste (ECM y EAM) como los de heterocedasticidad clásicos utilizados, podrían no ser adecuados para comparar estos modelos.

Financiación. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; DURSI-GENCAT(2005-SGR-00491);CIBERESP.

O-096. ANÁLISIS ERGONÓMICO INTEGRAL DE CALIDAD DE VIDA

V.M. Soto, M. Delgado, M.C. Gatto-Cardia, P. Tercedor, A.B. Fernández-Revelles, J.M. Heredia, P.A. Latorre, J. Dafos, V.A. Aparicio, et al

Universidad de Granada; Universidad de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: La mejora de la calidad de vida requiere un abordaje multidisciplinar ya que hay múltiples factores que la condicionan. En este estudio pretendemos desarrollar un sistema ergonómico que permite evaluar de forma integral la calidad de vida relacionada con la salud, permitiendo detectar las interrelaciones existentes entre ellos, interpretando y dirigiendo las estrategias de intervención más adecuadas de forma individualizada. El sistema permite obtener un informe individualizado, el cual incluye un novedoso “índice global” de calidad de vida.

Métodos: Se han analizado 38 trabajadores (15 hombres, 23 mujeres) de la "Escuela Andaluza de Salud Pública" (EASP). Se aplicó un protocolo multidisciplinar que abarca muy diversos factores relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud, el cual integra tecnologías y metodologías procedentes de distintas áreas: protocolos Biomédicos (anamnesis, evaluación cardio-ventilatoria, composición corporal, hábitos alimentarios, antropometría), Psicosociales (salud percibida, hábitos de descanso, estrés, autoeficacia, nivel de actividad física), Posturales (biomecánica y fisioterapia), Condición Física (resistencia, fuerza, velocidad, equilibrio, flexibilidad, agilidad, coordinación), Hábitos (cuestionarios), Locomoción (biomecánica-ergonomía de marcha y carrera).

Resultados: Hemos desarrollado un novedoso algoritmo que permite integrar toda la información obtenida en un único "índice global" de calidad de vida cuyo valor oscila entre 0 y 10, correspondiéndole las siguientes categorías: muy deficiente, deficiente, aceptable, bien, muy bien. Se han procesado más de 700 variables por sujeto, las cuales han sido subdivididas en los siguientes 4 bloques: Biomédico, Condición Física, Locomoción-Postural, Psicosocial. La muestra analizada ha obtenido los siguientes valores: en cuanto al índice global de calidad de vida el valor medio ha sido 5.9 (DE: 0,7, Máx: 7,2, Mín: 4,1), componente Biomédico 6,1 (3,0, 9,7, 0,6), Condición Física 5,3 (3,6, 10,0, 0,0), Locomoción y Postural 5,7 (0,8, 7,6, 3,3), Psicosocial 7,6 (1,2, 8,9, 4,2).

Conclusiones: Cada sujeto evaluado recibió un informe individualizado, el cual fue explicado en reuniones individuales. Dicho informe contenía valores numéricos, gráficos, interpretación y recomendaciones para la mejora de su calidad de vida. La muestra mostró un elevado interés en este informe. La muestra analizada ha obtenido un índice global "aceptable" ya que son trabajadores de una entidad (EASP) muy concienciada con la salud y la calidad de vida, en la que se practican políticas internas de promoción de salud, lo cual es un ejemplo para otras entidades públicas y privadas del sector empresarial.

Financiación. CTS-545. Universidad de Granada. Proyecto en colaboración con la EASP.

COMUNICACIONES ORALES XVII

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

Violencia y riesgos para la salud mental en niños y jóvenes

O-097. FACTORES ASOCIADOS AL ACOSO ESCOLAR EN ESCOLARES DE 2º ESO DE LA CIUDAD DE BARCELONA

X. Garcia, A. Pérez, E. Teixidó, C. Ariza, M. Nebot, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona. Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La violencia y el acoso escolar conforman un importante problema social y de salud que ha generado una creciente alarma social en los últimos años. Diversos estudios muestran prevalencias elevadas de comportamientos violentos y maltratos y refieren las proporciones más elevadas de acoso escolar a adolescentes de 11 a 14 años. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de acoso escolar en estudiantes de 2º ESO, así como los posibles factores asociados con el mismo.

Métodos: Estudio transversal. Se administró el FRESC 2008 (Factores de riesgo en escolares de Barcelona), encuesta autocontestada y administrada de forma periódica desde 1987, a una muestra representativa de 1230 escolares de 2º ESO de la ciudad de Barcelona. Se estudió el acoso desde las vertientes del agresor y la víctima, que se definieron operativamente como haber maltratado o haber sido maltratado mediante insultos, golpes o amenazas o rechazo social 4 o más veces o

alguna vez en los 3 casos en los últimos 12 meses, respectivamente. Se realizó un análisis descriptivo y se utilizó el análisis de regresión logística bivariada seguida de la multivariada para estudiar la asociación entre el acoso escolar y diversos factores relacionados.

Resultados: Un 9,5% de los chicos padecía acoso, un 7,6% maltrataba a otros escolares y un 3,6% era agresor a la vez que víctima. Entre las chicas, un 8,1% fue víctima, un 5,1% agresor y un 1,5% víctima y agresor. En ambos sexos, se asoció tener sobrepeso con ser víctima de acoso escolar (chicos: OR = 3,5; IC95%: 1,8-6,7; y chicas: OR = 2,3; IC95%: 1,1-4,6) y, en chicos, también se asoció el hecho de ver menos televisión (OR = 0,4; IC95%: 0,2-0,8). En chicos, los factores asociados al rol de agresor fueron el consumo de sustancias ilegales (excepto cannabis) (OR = 3,9; IC95%: 1,1-14,1), una conducta antisocial (OR = 2,3; IC95%: 1,2-4,7) y no leer libros a menudo (OR = 0,4; IC95%: 0,2-0,8). El consumo regular de tabaco (OR = 3,2; IC95%: 1,0-10,1) y haberse emborrachado alguna vez (OR = 2,8; IC95%: 1,1-6,7) fueron factores que se relacionaron con chicas agresoras. Además, se obtuvo asociación entre presentar un estado de ánimo negativo y ser tanto víctima como agresor.

Conclusiones: La prevalencia de acoso en escolares de 2º ESO es alta y además existen grandes diferencias, en cuanto a factores personales, sociales y de estilos de vida, entre víctimas, agresores y los que no están implicados en el acoso. No obstante, los problemas de salud mental están presentes en mayor proporción tanto en agresores como en víctimas, hecho que debería ser objeto de futuros estudios para la implementación de intervenciones preventivas apropiadas.

O-098. ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: PREVALENCIA Y TIPOLOGÍA EN MUJERES QUE SOLICITAN ATENCIÓN PSICOLÓGICA

I. Fernández, S. López, E. Pujol, L. Lopetegui, C. Pipó, M. Sentís, X. Pujols, C. Faro, et al

IMAS; ICS. Fundació Gol i Gurina; Ayuntamiento de Sant Andreu de la Barca.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la prevalencia y describir las características del abuso sexual infantil y adolescente (ASI) y analizar su relación con las variables sociodemográficas, socioeconómicas y la percepción de salud, en una muestra de mujeres adultas que solicitan atención psicológica en el Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR) de Catalunya.

Métodos: Diseño: Estudio multicéntrico, descriptivo transversal. Ámbito: 24 centros con PASSIR de Catalunya. Participantes: Mujeres > 18 años, atendidas en visita psicológica sucesiva, seleccionadas mediante muestreo consecutivo, que comprendían el idioma y aceptaron participar (n = 503). Se excluyeron si se encontraban en situación de crisis aguda o presentaban trastorno mental severo. Medidas: Cuestionario estructurado autoadministrado y anónimo con 41 preguntas, diseñadas ad hoc o adoptadas del test de Wyatt y Dubé (para definir la tipología de abuso). Se han recogido los antecedentes de ASI y sus características, variables sociodemográficas y salud autopercibida.

Resultados: Media de edad de las participantes 41,2 años (desviación típica = 11,4). Refirieron haber sufrido algún tipo de ASI 182 mujeres (36,2%): tocamientos 34,3% (n = 167), fueron obligadas a tocar 17,3% (n = 81), intentaron tener con ellas una relación sexual con penetración un 18,1% (n = 87) y sufrieron penetración no consentida un 10,5% (n = 48). Explicaron los hechos el 28,8% (n = 47) (30 a la madre, 19 a amigos y 7 a profesionales), de las cuales fueron apoyadas por la familia 24/47 y alejadas del agresor 31/47. Los ASI fueron más frecuentes entre las mujeres inmigrantes comparadas con las autóctonas (53,6% y 33,8% respectivamente; p = 0,04) y según estado civil (solteras 34,7%, casadas o viudas 31,3%, separadas o divorciadas 42,3% y parejas de hecho 50%; p = 0,03). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de ASI según instrucción y situación laboral. Las mu-

jeres con antecedente de ASI refirieron peor autopercepción de salud actual (el 50% y 83% de las mujeres que declaraban salud mala o muy mala, habían padecido ASI y entre las que declaraban salud excelente, ninguna las había padecido; $p = 0,003$).

Conclusiones: En la muestra estudiada, 1/3 de las mujeres refirieron haber padecido algún tipo de ASI y 2 de cada 10 sufrieron ASI graves. La prevalencia de ASI fue notablemente superior en las mujeres inmigrantes. Pocas mujeres explicaron esta situación y solo la mitad recibieron apoyo familiar. La experiencia de ASI se relaciona con una peor autopercepción de salud en el momento actual.

Financiación. Premi Ferran i Salsas. Beca Institut Català de les Dones y Francesca Bonnemaison de la Diputació de Barcelona.

O-099. ABUSO SEXUAL INFANTIL Y DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES QUE RECIBEN ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (PASSIR) DE CATALUNYA

C. Faro, X. Pujols, E. Pujol, L. Lopetegui, I. Fernández, M. Sentis, C. Pipó, S. López, et al

IMAS; Ayuntamiento de Sant Andreu de la Barca; ICS; Fundació Gol i Gurina.

Antecedentes/Objetivos: El abuso sexual en la infancia y adolescencia (ASI) está asociado al incremento de la problemática sexual y de pareja. Presentamos los resultados preliminares de una investigación más amplia para valorar la asociación existente entre el abuso sexual infantil, las disfunciones sexuales, la satisfacción sexual percibida y aspectos relativos a las relaciones de pareja.

Métodos: Estudio: multicéntrico, descriptivo transversal. Muestra: 503 mujeres mayores de edad, atendidas en visita psicológica sucesiva, seleccionadas a través de muestreo, que no se encontraban en situación de crisis aguda, ni sufrían trastorno mental severo. Variables: socio demográficas, de respuesta sexual, satisfacción en las relaciones afectivo-sexuales y antecedentes de ASI. Instrumento de medida: cuestionario estructurado auto administrado y anónimo de 41 preguntas diseñadas adhoc. Análisis estadístico: Programa SPSS para Windows versión 15.0. Se han calculado los intervalos de confianza del 95% de las estimaciones. Nivel de significación estadística del 5% para contrastes de hipótesis bilaterales.

Resultados: Refieren que han sufrido tocamientos (Grupo 1) un 34,3% ($n = 167$), que fueron obligadas a tocar (Grupo 2) un 17,3% ($n = 81$), que intentaron tener con ellas una relación sexual con penetración (Grupo 3) un 18,1% ($n = 87$), y que sufrieron penetración no consentida (Grupo 4) un 10,5% ($n = 48$). Se encuentran diferencias significativas con las mujeres que no han sufrido ASI en la frecuencia de deseo sexual, tanto en el grupo 2 ($p = 0,01$), como en el 3 ($p = 0,01$) y el 4 ($p = 0,005$). En excitación sexual hay diferencias significativas en las mujeres del grupo 3 ($p = 0,002$) y 4 ($p = 0,005$). En capacidad orgásmica se detectan en el grupo 1 ($p = 0,015$) y 3 ($p = 0,005$). En aversión sexual se encuentran en el grupo 1 ($p = 0,007$), 3 ($p = 0,006$) y 4 ($p = 0,013$). No se encuentran diferencias significativas en satisfacción sexual percibida, en satisfacción afectiva y comunicación con la pareja. El ASI se asocia a una menor confianza, con diferencias significativas en el grupo 3 ($p = 0,017$).

Conclusiones: El ASI afecta a la sexualidad de las mujeres estudiadas, con mayor frecuencia, en aversión sexual, seguida de dificultades de excitación y orgasmo. El ASI se relaciona con la polarización (siempre-nunca) de la vivencia del deseo sexual. La mayor presencia de disfunciones no se corresponde con la satisfacción sexual percibida. El ASI no imposibilita lograr un buen vínculo afectivo con la pareja y tener una buena comunicación. Puede verse incrementada la desconfianza, especialmente, si las mujeres han sufrido intentos de penetración.

Financiación. Premi Ferran i Salsas. Beca Institut Català de les Dones y Francesca Bonnemaison de la Diputació de Barcelona.

O-100. TELEVISIÓN Y TRASTORNOS MENTALES EN LOS JÓVENES CATALANES

E. Calciati, M. Rodríguez Sanz, L. Rajmil, et al

Agencia de Salud Pública de Barcelona; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB; CIBERESP, Ciber de Epidemiología y Salud Pública; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

Antecedentes/Objetivos: La utilización de televisión se ha relacionado con efectos adversos para la salud mental de los jóvenes. Por primera vez, la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA) del 2006 permite estudiar este fenómeno en España a nivel poblacional. El objetivo es analizar la asociación entre un excesivo consumo de televisión y un amplio abanico de trastornos mentales, afectivos y relacionales, en la población juvenil catalana.

Métodos: Se realizó un estudio transversal. La población de estudio son los menores de 4 a 14 años, residentes en Cataluña y no institucionalizados ($N = 1804$). La ESCA incluye el test de salud mental Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), que consta de 6 escalas tipo Likert, referentes a los problemas emocionales, conductuales y relacionales, a la hiperactividad, al comportamiento prosocial y a las dificultades totales. La variable dependiente es la probabilidad de trastorno mental, que se construye a partir de la puntuación de cada escala, a la que se aplican los puntos de corte propios del test que permiten clasificarla como normal o anormal. La variable explicativa es la utilización diaria de TV (1 hora o menos, y más de 1 hora), y las variables de ajuste son el sexo, la edad, la salud percibida, el nivel de estudios de la madre y la estructura familiar (biparental o no). Se estiman las prevalencias de trastorno mental en cada escala y se realiza un análisis bivariado mediante pruebas de chi cuadrado. Se construyen modelos multivariados de regresión binomial para estimar las razones de prevalencias (RP) y los intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: El 30% de los menores ve más de 1 hora la TV, porcentaje que aumenta con la edad y al disminuir el nivel de estudios materno. El 13,8% tiene un probable trastorno mental en la escala de dificultades del SDQ. Esta proporción aumenta en los menores que ven más de 1 hora al día la TV (RP = 1,7, IC95% = 1,3-2,1), en los menores con madres de menor nivel educativo (RP = 2,2, IC95% = 1,5-3,3 estudios primarios versus universitarios), y en los de familias monoparentales (RP = 1,8, IC 95% = 1,4-2,3). Todas estas asociaciones se observan en cada escala del SDQ, excepto en la prosocial.

Conclusiones: La excesiva utilización de TV es un importante factor de riesgo de mala salud mental en los jóvenes, además del nivel socioeconómico desfavorecido y de la pertenencia a familias monoparentales. Es fundamental fomentar un debate sobre estos riesgos para aplicar medidas de protección de la salud con enfoque integral, en el ámbito familiar, médico-sanitario, educativo, así como en los propios medios de comunicación.

O-101. FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL EN CHICOS/AS: MODELOS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES

E. Villalonga Olives, A. Maydeu-Olivares, J. Palacio-Vieira, J.M. Valderas, L. Rajmil, J. Alonso, et al

CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-Hospital del Mar) Barcelona; Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament psicològic de la Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona; National Primary Care Research Centre, Manchester University; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM), Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Un gran número de factores de riesgo han sido implicados en el desarrollo de problemas mentales en adolescentes, siendo la salud mental de la madre el considerado más importante. Nuestro objetivo fue contrastar un modelo teórico donde se integran diferentes factores de riesgo y evaluar su importancia.

Métodos: Se elaboró un modelo conceptual a partir de la revisión y especificación de modelos anteriores. Se utilizaron variables del estudio Kidscreen Seguimiento donde se evaluó la salud de chicos/as españoles (8-18 años) y uno de sus padres (2 evaluaciones, 3 años de diferencia). La salud mental de los chicos/as fue evaluada con el Strengths and Difficulties Questionnaire combinando las puntuaciones de padres y chicos/as (recodificadas en probables trastorno mental y no-trastorno). Se usaron modelos de ecuaciones estructurales para evaluar la influencia de las siguientes variables: 1. Causales: la salud mental de los padres (CIDI-SF) y los acontecimientos vitales negativos en el chico/a (CLES) y 2. Mediadores: relación con los padres, el soporte social y relación con los compañeros y los recursos económicos (Kidscreen). Se utilizó un modelo estructural probit (variable dependiente ordenada) cuyos coeficientes finales se transformaron en efectos marginales.

Resultados: Se evaluaron 840 chicos/as, de los cuales 454 (54%) participaron en el seguimiento. El 20% de los chicos/as y el 25% de los padres fueron considerados probables caso de trastorno mental. Un incremento en la probabilidad de trastorno mental de los padres implicó una probabilidad de 7,98% de sufrir trastornos en el chico/a; la experiencia de al menos un acontecimiento vital en el chico/a incrementó un 3,2% la probabilidad de trastorno. Entre los factores mediadores, el factor más importante resultó ser el soporte social y la relación con los compañeros. (CFI: 0,93; TLI: 0,90 y RMSEA: 0,03).

Conclusiones: El modelo conceptual confirma que los trastornos mentales de los padres y los acontecimientos vitales negativos son los dos factores más importantes para la salud mental de chicos/as y ha puesto en evidencia la importancia de factores mediadores.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III: FIS Expte PI042315 y DURSI-GENCAT (2005-SGR-00491).

O-102. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR EN NIÑOS/ ADOLESCENTES ESPAÑOLES

J.A. Palacio-Vieira, E. Villalonga-Olives, J. Alonso, L. Rajmil, et al

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona; Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que incluye la percepción individual sobre aspectos físicos, psicológicos y sociales. En niños/adolescentes la CVRS está influenciada, entre otros factores, por la capacidad de adaptación ante eventos familiares adversos. El objetivo fue analizar los cambios en la estructura familiar durante un período de seguimiento de 3 años y sus efectos sobre la CVRS en una muestra de niños/adolescentes españoles.

Métodos: En 2003 el estudio KIDSCREEN seleccionó una muestra representativa de niños/adolescentes (8-18 años) y sus familias en 13 países europeos, entre ellos España (n = 840). En 2006 (3 años después) la muestra española fue re-evaluada a través de una segunda encuesta postal. Los cambios en la estructura familiar fueron analizados según variables sociodemográficas (edad, sexo, estatus económico familiar y máximo nivel educativo de los padres). La variable dependiente fue el cambio en las puntuaciones en el cuestionario KIDSCREEN, medido mediante el Tamaño del Efecto (ES), y la variable independiente fue el cambio en la estructura familiar declarado por la madre/padre y categorizada como “no cambio”, “cambio positivo/

neuro” (estudiar fuera, nacimiento del un hermano) y “cambio negativo” (fallecimiento de un miembro de la familia, separación/divorcio de los padres, etc.).

Resultados: La participación en el seguimiento fue de 54% (n = 454). El 82% de los padres/madres participantes reportaron que la estructura familiar no había cambiado en los 3 años del seguimiento, 9% declararon un cambio “positivo neutro” y un 5% declararon un “cambio negativo”. No se observó relación entre las variables sociodemográficas y el cambio en la composición familiar. Los chicos/adolescentes en la categoría de “cambios negativos” presentaron peores puntuaciones en 7 de las 10 dimensiones del KIDSCREEN (ejemplo: Bienestar físico (ES = 0,45); Bienestar psicológico (ES = 0,52)). En contraste, en los que presentaron “cambios positivos/neutros” se observaron mejores puntuaciones en 4 de las 10 dimensiones del KIDSCREEN (ejemplo: Auto-percepción; (ES = 0,22); Relación con los padres; ES = 0,12)), comparados con los otros grupos.

Conclusiones: El presente estudio longitudinal resalta la importancia de tener en cuenta los cambios en la estructura familiar en la prevención del deterioro de la CVRS en niños y adolescentes.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III, Expedientes. PI042504 y PI042315.

COMUNICACIONES ORALES XVIII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Violencia de género: situación actual, factores asociados y precipitantes

O-103. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO EN ESPAÑA

C. Vives-Cases, C. Álvarez-Dardet, D. Gil-González, J. Torrubiano-Domínguez, I. Rohlfes, V. Escribà-Agüir, et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. España; CIBER de Epidemiología y Políticas Públicas (CIBERESP). España; Observatorio de Políticas Públicas y Salud; Unitat de Planificació, Serveis Territorials, Departament de Salut, CATSALUT, Generalitat de Catalunya, Girona. España; Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES). Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La inclusión de preguntas sobre agresiones o malos tratos en el cuestionario de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (ENS-06) permite por primera vez en España, en el contexto de una encuesta nacional de salud, conocer y distinguir la violencia del compañero íntimo contra las mujeres (VCI) de otro tipo de agresiones. El objetivo de este estudio determinar la prevalencia de la violencia del compañero íntimo (VCI) y analizar las características sociodemográficas de las mujeres afectadas por la VCI.

Métodos: estudio transversal basado en la Encuesta Nacional de Salud de España de 2006 (ENS-06). La muestra son las 14.047 mujeres dispuestas a responder las preguntas sobre malos tratos (93,5% del total de entrevistadas) formuladas. Se realizó un análisis bivariado y multivariado, siendo la variable dependiente la VCI declarada y las independientes: nivel de estudios, empleo, estado civil, situación de convivencia con la pareja o análogo, número de menores en el hogar, nacionalidad (españolas vs extranjeras) y edad.

Resultados: La VCI afecta al 1% (n = 128) de la muestra. Son las mujeres con estudios primarios o sin estudios (OR 3,61 [1,89-6,90]), con 3 o más menores en hogar (OR 3,42 [1,73-6,75]) y separadas o divorciadas (OR 2,83 [1,60-5,02]) las que mayor riesgo de VCI regis-

tran, una vez controlado el efecto del resto de variables. El riesgo de VCI también es mayor entre las mujeres nacidas fuera de España (OR 2,89 [1,90-4,38]).

Conclusiones: La VCI parece manifestarse de manera desigual entre mujeres españolas y extranjeras. El nivel educativo, el número de menores en el hogar y el estado civil son las características de estas mujeres que más se asocian al riesgo de VCI. Sería pertinente reflexionar sobre la sensibilidad de las medidas existentes contra la VCI en relación a las necesidades de las mujeres afectadas.

Financiación. Patrocinio del Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Consumo.

O-104. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LA PAREJA. UN ESTUDIO DE PREVALENCIA NACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Ruiz Pérez, J. Plazaola Castaño, E. Jiménez Gutiérrez, G6 Violencia Género, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La violencia contra las mujeres ejercida por sus parejas o ex-parejas es actualmente reconocida como un problema de salud pública y una violación de los derechos fundamentales de las mujeres. El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de este tipo de violencia en nuestro país, tanto de carácter físico como no físico.

Métodos: Encuesta transversal autoadministrada con representatividad nacional y por Comunidades Autónomas, que incluye mujeres entre 18 y 70 años que acudieron entre mayo de 2006 y mayo de 2008 a consultas de atención primaria de todo el estado español, por cualquier motivo de consulta. Los cuestionarios fueron entregados por el/la médico/a a las mujeres tras la consulta y, una vez completados eran devueltos dentro de un sobre cerrado, garantizando así el anonimato y confidencialidad de las respuestas. La violencia en el último año se recogió a través de la versión española del Index of Spouse Abuse y la violencia previamente al último año a través de unas cuestiones desarrolladas específicamente para este estudio. Se recogieron también la edad de comienzo de los malos tratos y la duración de los mismos. Se calcularon los estadísticos descriptivos habituales.

Resultados: La muestra de este estudio está formada por 10.322 mujeres que afirmaron haber tenido pareja alguna vez en la vida (tasa de respuesta de 72,7%). La prevalencia de maltrato en el último año fue 15,2%, previamente al último año 14,5% y alguna vez en la vida 24,5%, siendo la violencia no física superior a la física. El 12,4% de las mujeres refirieron haber sufrido maltrato físico y no físico alguna vez en la vida. La severidad y frecuencia del maltrato fueron además superiores en estas mujeres que refirieron haber sufrido los dos tipos de maltrato, en comparación con aquellas que refirieron haber sufrido un único tipo de violencia. La edad media de comienzo de los malos tratos fue 26 años, y el 30,9% de las mujeres maltratadas refirieron haber sufrido el maltrato durante más de 11 años.

Conclusiones: Sólo recientemente han empezado a recogerse en diferentes países datos con representatividad nacional sobre este problema. Los resultados de este estudio son consistentes con lo encontrado en otros países europeos (20-29%). La alta prevalencia, y el hecho de que los malos tratos suelen prolongarse durante años, cuestiona la eficacia de las actuales estrategias de prevención e intervención del problema, adoptadas en nuestro país. Igualmente, esta prevalencia en mujeres que acuden a atención primaria subraya la importancia del sector sanitario en el abordaje de este problema.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria.

O-105. ESTUDIO DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIAS DE GRANADA

A.M. Tavora Rivero, E. Aguayo de Hoyos, M. Fabregat, et al

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: Según distintos estudios poblacionales conocemos que entre un 10 y un 69% de las mujeres de todo el mundo refieren maltrato por parte de sus parejas, y que el 60% de ellas tienen problemas psicológicos moderados o graves. En España no contamos con estudios suficientes, en el ámbito de la Salud Mental, que nos permitan conocer la prevalencia de este problema en las mujeres que consultan por Trastornos Mentales Comunes o Trastornos Mentales Graves. El objetivo principal de nuestro trabajo es medir la prevalencia de maltrato por la pareja en las mujeres que consultan a alguno de las 9 Unidades de Salud Mental Comunitaria de Granada y provincia, así como conocer si existe mayor morbilidad para los problemas de salud mental en las mujeres que están en situación de violencia.

Métodos: Diseño transversal y prospectivo, en el que se incluyen las 9 Unidades de Salud Mental Comunitarias con una muestra total de 1000 pacientes. Para llevar a cabo el estudio hemos empleado variables sociodemográficas, clínicas, un cuestionario sobre maltrato y otro que explora la importancia del amor de pareja para las mujeres.

Resultados: Con el análisis preliminar descriptivo de 676 mujeres encuestadas que han consultado en 6 de las 9 Unidades de Salud Mental Comunitaria podemos adelantar que un 23,5% de las mujeres consideran que su pareja respeta sus sentimientos solo de forma ocasional, que en un 22,8% son insultadas, que un 14% se sienten siempre controladas por su pareja y que en el 8,1% han recibido agresiones físicas. Que el 11,5% considera que sufre maltrato en la actualidad, pero que si se tiene en cuenta a las parejas anteriores el porcentaje es del 40,7%. Que en el 69,7% no han referido este problema en la Unidad donde la atienden. En relación con el cuestionario sobre la importancia del amor de pareja el 72% de las mujeres incluidas considera que para una mujer lo más importante es que la quiera su pareja.

Conclusiones: Los resultados provisionales obtenidos muestran la necesidad de seguir profundizando en la importancia de violencia por la pareja como factor de riesgo para padecer un Trastorno Mental. Así mismo evidencian que las dificultades en las relaciones de pareja son una causa de sufrimiento para las mujeres que consultan a las Unidades aunque no se hayan producido agresiones físicas. Se confirma, de acuerdo con otros estudios, que la mayoría de las mujeres no refieren este problema en la consulta y que los profesionales de estas Unidades no preguntan directamente sobre la existencia o no de maltrato. La falta de información, por parte del profesional, sobre la situación de violencia para influir negativamente tanto en la prescripción de tratamiento como en el diagnóstico clínico.

Financiación. PI07/90670 Instituto de Salud Carlos III.

O-106. ¿QUÉ FACTORES PREDICEN LA VIOLENCIA DE PAREJA DURANTE EL EMBARAZO?

V. Escrivà-Agüir, M. Royo-Marqués, C. Pacheco, M. Tàrrega, J. Asensi, A. Tejedor, E. Síscar, P. García, M.P. García, et al

Servei de Promoció de la Salut. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; CIBERESP; Agència Valenciana de Salut.

Antecedentes/Objetivos: Identificar si existen diferencias entre los factores de riesgo de la violencia de pareja (VP) de tipo físico y de tipo no físico (emocional o sexual) por parte del compañero íntimo en mujeres embarazadas.

Métodos: Se ha incluido una muestra de 492 mujeres mayores de 15 años captadas en 11 centros públicos de atención primaria (provincia de Alicante y Valencia) que acudían a la primera visita de control del embarazo durante 2008. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático. La recogida de información se obtuvo por medio de un cuestionario autocumplimentado entregado a la mujer por la matrona. La variable respuesta es la VP de tipo físico y no físico, medido con la versión validada del instrumento "Index of Spouse Abuse". Las variables explicativas son: a) el apoyo social de tipo tangible valorado según el método Blake; b) acontecimientos vitales desfavorables; c) consumo de alcohol o drogas por algún miembro familiar (algún miembro de la familia, pareja o expareja), d) país de origen, y factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios y estatuto de empleo). Se han calculado las OR ajustadas y sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados: La prevalencia de VP durante el embarazo es de 2,4% de tipo físico y de 4,2% la VP de tipo no físico. Por edades son las menores de 30 años quienes presentan mayores porcentajes: 3,8% y 6,1%, respectivamente. La falta de apoyo social tangible aumenta la probabilidad de la VP física y no física (OR: 15,03; IC95% = 2,13-106,38 y OR: 14,87; IC95% = 2,39-92,76, respectivamente); así como la presencia de acontecimientos vitales desfavorables (OR: 3,44; IC95% = 0,64-18,45, OR: 8,70; IC95% = 2,41-31,39, respectivamente). El consumo de drogas y alcohol por parte de algún familiar, aumenta la probabilidad de presentar VP no física (OR: 4,26; IC95% = 1,34-13,61). Sin embargo, la probabilidad de presentar VP física es mayor cuando hay problemas de consumo de drogas o alcohol en la pareja o expareja (OR: 19,30; IC95% = 4,53-82,27). Las mujeres extranjeras tienen mayor riesgo de sufrir VP física (OR: 9,97; IC95% = 1,87-53,01), pero no se relaciona con la VP no física. No se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la edad, nivel de estudios, estado civil y estatuto de empleo y la VP física y no física.

Conclusiones: Se observa un patrón diferencial en los factores de riesgo que afectan la VP de tipo físico y no físico que ocurre durante el embarazo.

Financiación. FIS (PI061565) y Conselleria de Sanitat (070/2008).

O-107. EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS DE CATALUÑA. SITUACIÓN ACTUAL

E. Valls, J. Jou, C. Fernández, L. Segura, J. Colom, et al

Subdirección General de Drogodependencias. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: El consumo abusivo de alcohol y de otras sustancias y la violencia de género en la pareja han sido reconocidos como graves problemas psicosociales, sanitarios y jurídicos. Las opiniones de los profesionales que trabajan con las dos problemáticas sugieren que existe una relación entre los dos fenómenos. El consumo de alcohol o drogas, tanto en sus efectos agudos como en sus patrones más crónicos se asocia a la violencia en las relaciones afectivas y aumentaría la probabilidad tanto de ejercerla como de sufrirla. El objetivo de este estudio es presentar la percepción que sobre el tema tienen los centros de atención y seguimiento a los drogodependencias de Catalunya.

Métodos: Se envió a todos los centros un cuestionario diseñado con el objetivo de conocer mejor el alcance de la problemática de la violencia de género e intrafamiliar entre los pacientes de los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias y las actuaciones preventivas y asistenciales que se estaban llevando a cabo. El cuestionario estaba organizado en diferentes apartados: la detección, el diagnóstico, la intervención, la organización y el registro, y la opinión, las propuestas y necesidades por parte de los centros.

Resultados: Un total de 35 centros respondieron el cuestionario. El 77,1% de los centros consensuaron en equipo las respuestas al cuestionario. La detección de posibles víctimas de violencia, sólo se hace

habitualmente en 31,4% de los centros y la de personas que ejercen violencia sólo en una cuarta parte de ellos. Un 82,9% de los centros dicen no disponer de un sistema de detección en primera visita y el 65,7% consideran que menos de un 20% de sus pacientes ejercen este tipo de violencia. 48,6% disponen de un protocolo de actuación y en 85,7% se registran en la historia clínica los diagnósticos de los pacientes relacionados con la violencia de género o intrafamiliar. Un 48,6% consideran muy importante la adquisición de habilidades para la detección y la intervención.

Conclusiones: En los centros de drogodependencias ni la detección de las víctimas ni de los agresores es habitual y el tratamiento no es frecuente. El abordaje, si se hace, es individual. No está establecido un sistema de detección consensuado para la exploración que se realiza en la primera visita, pero los datos quedan registrados a la historia clínica del paciente. Se detecta una elevada sensibilización hacia el tema por parte de los profesionales. Se considera necesario crear un protocolo de actuación específico y formar a los profesionales en habilidades, recursos y sobre aspectos jurídico-legales.

O-108. EL EFECTO DE IMITACIÓN DE LAS NOTICIAS DE VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO EN TELEVISIÓN

C. Vives-Cases, J. Torrubiano-Domínguez, C. Álvarez-Dardet, et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España; Observatorio de Políticas Públicas y Salud.

Antecedentes/Objetivos: La presencia de la violencia del compañero íntimo contra las mujeres (VCI) como tema de noticia es una tendencia creciente en diferentes países. La preocupación por el efecto de la violencia en la programación televisiva sobre la conducta ha promovido el desarrollo de un importante cuerpo de estudios que coinciden en identificar la exposición continuada de la violencia mediática como un factor de riesgo potencial, sobre todo, para algunos colectivos como los niños. Aún no se han realizado estudios para responder a la pregunta de si la cobertura televisiva de la VCI puede a través del efecto de imitación incrementar el riesgo de muerte para las mujeres. Se plantea este estudio con el objetivo de explorar si existe un efecto de imitación en las muertes por VCI y si su aparición en las noticias de televisión incrementa el riesgo de mortalidad por esta causa.

Métodos: Estudio ecológico basado en los datos de muertes por VCI y las noticias de televisión relacionadas con este tema emitidas en España en cadenas de audiencia nacional entre 2003 y 2007. Se construyó la variable diferencia entre el número de muertes ocurridas en un periodo anterior y posterior a la aparición de cada noticia. Se agruparon los crecimientos y decrecimientos en la mortalidad por contenidos de noticias y se estimó el efecto en la mortalidad de la emisión por tipos de noticias.

Resultados: Ocurrieron 340 muertes y aparecieron 3,733 noticias sobre VCI durante el periodo de estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el incremento de la mortalidad después de la aparición del tema en televisión. En el análisis de días sin noticias frente a días con noticias se observó un efecto protector en la mortalidad por VCI (RR = 0,835, IC95% = 0,755-0,923). Este efecto protector es más fuerte en el caso de la difusión de información sobre muertes (RR = 0,785, IC95% = 0,737-0,999) y medidas (RR = 0,862, IC95% = 0,761-0,976).

Conclusiones: Se descarta la presencia de un efecto de imitación promovido por la cobertura en televisión de la VCI. No hay razón para limitar la aparición en televisión de noticias sobre VCI. Al contrario, la presencia del tema en televisión parece mostrar un efecto protector que podría ser útil para el desarrollo de estrategias preventivas.

Financiación. Financiación del Instituto Carlos III y el Ministerio de Sanidad y Consumo al proyecto titulado "Violencia de género, medios de comunicación y el efecto de imitación".

O-109. COBERTURA MEDIÁTICA COMO DETERMINANTE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

J. Torrubiano-Domínguez, C. Vives-Cases, C. Álvarez-Dardet, et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Durante los últimos años se ha producido un incremento de la cobertura mediática de la violencia de género (VG). De igual forma, se ha gestado cierta preocupación por la posible presencia de un efecto de imitación entre los femicidas ante la aparición de estas noticias, como ocurre con los suicidios. Este estudio se plantea explorar el impacto de la información que se difunde en los medios de comunicación cuando ocurren muertes por VG.

Métodos: Estudio ecológico basado en las muertes de mujeres por VG y las noticias sobre éstas en la prensa de mayor tirada nacional (El País, El Mundo y ABC) y los programas de no ficción de las principales televisiones públicas y privadas de ámbito nacional (TV1, Tele5, La2, Cuatro, Canal+, La sexta) entre 2003 y 2007. Se construyó una variable diferencia entre el número de muertes ocurridas en un periodo anterior y posterior a la aparición de una noticia con el fin de registrar los momentos de incremento y descenso. Las noticias sobre muertes por VG se clasificaron según si eran sobre el relato de un suceso, estadísticas de muertes, medidas tomadas ante los casos de muerte o la mortalidad por VG en general o una combinación de estos tipos (relato-estadísticas, relato-medidas, estadísticas-medidas, relato-estadísticas-medidas). Se compararon los días sin noticias con cada tipo de noticia (exposición) y su efecto sobre los momentos de incremento (resultado) vs decrecimiento en la mortalidad por VG mediante el cálculo de odds ratios.

Resultados: Entre 2003 y 2007 ocurrieron 340 muertes y aparecieron 397 noticias de prensa y 1890 de televisión. No se ha observado un efecto de imitación promovido por los tipos de noticias sobre mortalidad por VG ni en prensa ni en televisión. Por el contrario, se observó un efecto de protector en la aparición de noticias en prensa y televisión en comparación con los días sin noticias (OR = 0,75[0,62-0,90]). Por tipos de noticias, la aparición de noticias de televisión con exclusivamente estadísticas de mortalidad por VG (OR = 0,71[0,52-0,98]) y la combinación relato-estadísticas-medidas (OR = 0,60[0,40-0,91]) también parece tener un impacto protector frente a los días sin noticias sobre el tema.

Conclusiones: No parece que la cobertura mediática en torno a la mortalidad por VG haya generado, en España, un efecto imitación por parte de los hombres que asesinan a sus parejas. Los medios de comunicación españoles no sólo han contribuido a la construcción social de la VG, sino también parecen tener un impacto positivo. Estos hallazgos, de confirmarse en otros países, podrían contribuir en el diseño de estrategias de prevención apoyadas en la disponibilidad de espacio impreso para difundir información detallada y la magnitud de la audiencia televisiva.

Financiación. Fondo de Investigaciones Sanitarias en su convocatorio de proyectos de metodologías complementarias. Ministerio de Sanidad y Consumo.

O-110. ¿LEYES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO SOLUCIÓN PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO? UNA REVISIÓN DE LA LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

G.M. Ortiz-Barreda, C. Vives-Cases, D. Gil-González, C. Álvarez-Dardet, et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante-España; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) España; Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS).

Antecedentes/Objetivos: La violencia de género (VG) ha sido incluida en la agenda política de los gobiernos, aunque en cada país se

plantean acciones diferentes. Este estudio tiene como finalidad describir la legislación internacional sobre el tema y examinar el grado de sensibilidad de estas leyes hacia los colectivos de especial vulnerabilidad ante la VG.

Métodos: Análisis de contenido cuantitativo de documentación legislativa sobre VG desde 1974 hasta 2007. Búsqueda sistemática en las bases de datos de la Annual Review of Law of the Harvard University, la WHO-International Digest of Health Legislation y el Centro Reina Sofía de España. Se diseñó un cuestionario "ad hoc". Variables: tipo de legislación (categoría excluyente: ley, enmienda de ley, enmienda del código penal), país, concepto clave en el enunciado (categoría excluyente: violencia familiar, violencia doméstica, violencia de género, violencia contra la mujer, violencia contra la mujer y familia, violencia intrafamiliar, violencia conyugal y otros), tipología del maltrato (categoría no excluyente: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual y violencia económica), mención de colectivos de especial vulnerabilidad ante la VG (categoría no excluyente: etnia, nivel socioeconómico, edad y discapacidad). Se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: Se recuperaron 96 documentos legislativos correspondientes a 70 países, de los que el 61,5% (n = 59) son leyes que abordan la violencia contra las mujeres perpetrada por sus parejas. De éstas, el 68% se decretaron como leyes de violencia doméstica (n = 40). En el 98% (n = 58) de las leyes se reconoce la violencia física, y se reconoce la violencia económica en el 38,9% (n = 23). En el 23,7% (n = 14) de las leyes se hace referencia a mujeres con discapacidad en situación de maltrato, en el 15,3% (n = 9) a colectivos de edad especiales -muy mayores o muy jóvenes-, y en el 11% (n = 7) se hace referencia a la etnia.

Conclusiones: A pesar de la complejidad que entrama la VG, persiste la escasez de criterios para establecer adecuadas definiciones del problema y para reconocer todas las formas en que se manifiesta. Por otra parte, aún es incipiente el reconocimiento de las leyes de colectivos de mujeres de especial vulnerabilidad ante la VG. La efectividad de las medidas planteadas en las leyes puede verse comprometida por esta problemática.

COMUNICACIONES ORALES XIX

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Vigilancia y protección de la salud

O-111. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE INTERVENCIÓN EN LAS ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS DE ANDALUCÍA

Z. Herrador Ortiz, M.D. Márquez Cruz, J. Guillén Enríquez, et al

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, Consejería de Salud; Servicio de Medicina Preventiva, H.U. Reina Sofía, Córdoba; Servicio de Medicina Preventiva, H.U. Puerta del Mar, Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: La valoración de los informes finales de las alertas es un indicador de calidad que se mide de forma sistemática desde el año 2000. Se plantea como objetivo evaluar la calidad de los informes finales y de la intervención ante las alertas del año 2007 en Andalucía.

Métodos: Estudio descriptivo trasversal; la fuente de información fueron los informes finales de alertas por brotes del año 2007 recibidos en el Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Evaluación (SVEA) hasta febrero de 2008, excluyéndose los brotes por toxi-infección alimentaria (T.I.A.) y tuberculosis que fueran domiciliarios, T.I.A. de ámbito público de menos de 4 afectados, alertas por infestación, brotes por exposición a tóxicos o por reacciones postvacunales, y alertas

no investigadas o no confirmadas. Para la valoración de los informes se empleó una encuesta elaborada por el SVEA con escala de 0 a 10 distribuida en 4 criterios representados por 12 ítems. Los criterios son: formato del informe (resumen, definición de caso, gráfico incidencia y concordancia con ficha técnica), tiempo de respuesta (detección temprana e intervención en primeras 24 horas), metodología de investigación (búsqueda casos/expuestos, datos de tiempo-lugar-persona, encuesta y estudio caso-control y determinación de agente-fuente-transmisión) y medidas adoptadas (control-prevención y conclusiones/recomendaciones). La valoración fue realizada por dos evaluadores externos al SVEA. Tras pilotaje previo se realizó doble lectura de los informes y revisión conjunta ante discrepancia de ± 1 punto. Se efectuó análisis por provincias y enfermedades.

Resultados: De 339 informes recibidos, se analizaron 111. La puntuación global de Andalucía fue de 6,6, superior a 2005 (4,2), pero menor que 2006 (7,2). Todas las provincias superaron los 5 puntos. La provincia mejor puntuada fue Jaén, con un 8,1, y la peor Sevilla (5,9). El ítem mejor valorado fue el resumen inicial con 8,8, mientras que la recogida de datos de tiempo-lugar-persona con 4,0 fue el peor. El criterio mejor valorado fue el formato (7,2), y el peor la metodología de investigación (5,8). Por enfermedades los informes de brotes de origen hídrico obtuvieron la puntuación media más alta (8,8), y las alertas por brucelosis la más baja (4,9).

Conclusiones: Este sistema de evaluación ha contribuido a la mejora y homogenización de la calidad de actuación ante las alertas epidemiológicas en Andalucía, como muestra la tendencia al alza de la valoración global desde el año 2000, hecho que justifica la continuidad de esta evaluación.

O-112. INNOVACIÓN EN LA ELABORACIÓN DEL CATÁLOGO DE SERVICIOS DE LA AGENCIA DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE CATALUÑA

C. Chacón Villanueva, X. Llebaria Samper, A. Plasència Taradach, et al
Agència de Protecció de la Salut; DG de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Como un paso más en la reforma de la salud pública en Cataluña, la ley 7/2003 creó la Agencia de Protección de la Salud (APSCAT), esta ley también determina que se debe disponer de un catálogo donde se especifique la relación de actividades y servicios que puedan proveer incluidos los servicios mínimos de competencia local. Esta necesidad fue planteada por la dirección como una clara oportunidad de mejora e innovación organizativa. El objetivo consistía en determinar qué servicios eran necesarios y por qué debían ser prestados, respetando lo que se debe hacer como organización sanitaria, es decir, conocer la salud de la población y sus determinantes, diseñar intervenciones que mejoren la salud y garantizar la prestación de los servicios con calidad y equidad.

Métodos: Para la elaboración del catálogo se diseñó un proyecto con dos líneas estratégicas, una de participación interna, con la creación de un grupo de trabajo (impulsor) con miembros de todos los niveles de la organización central y territorial, y otra de participación externa, con la realización de una jornada de intercambio de experiencias con administraciones, organizaciones y profesionales. Las fases del proyecto fueron: 1. Discusión y análisis del modelo con asesoramiento técnico externo al grupo impulsor y jornada de participación externa. 2. Diseño de la tipología y estructura, tomando como base las funciones y servicios esenciales de salud pública de las administraciones según el Institute of Medicine y United States Dep. of Health Human Services, así como las competencias de la APSCAT. 3. Determinación, valoración y discusión de los servicios que debían incluirse. 4. Elaboración del documento final y aprobación por la Dirección General de Salud Pública y el Consejo Rector de APSCAT. 5. Edición, presentación y difusión interna y social.

Resultados: El Catálogo tiene 47 servicios básicos desglosados en otros más específicos, todos ellos agrupados en siete grupos según su función principal: 1. Gestión de riesgos sanitarios. 2. Evaluación de riesgos sanitarios. 3. Servicios analíticos: laboratorios de salud alimentaria y ambiental. 4. Información sanitaria. 5. Comunicación, fomento y soporte. 6. Coordinación, cooperación, colaboración sanitaria y enlace. 7. Docencia e investigación.

Conclusiones: –Primer catálogo de servicios de protección de la salud del Estado. –Diseñado de forma innovadora y participativa integrando las funciones que deben cumplir las administraciones sanitarias y los principios técnicos y científicos de las políticas de protección. –Es el documento de referencia para la elaboración de convenios de prestación de servicios con las administraciones locales.

O-113. EL PANGENOMA DE LEGIONELLA PNEUMOPHILA: ÉNFASIS SOBRE LA CEPA DE ALCOY

G. D'Auria, N. Jiménez, F. Peris-Bondia, C. Pelaz, P. López-García, A. Latorre, A. Moya, et al

ICBBE, Universidad de Valencia; CIBEResp; Hospital General Universitario de Elche; CSISP, Valencia; Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Legionella pneumophila subespecie pneumophila, microorganismo causante de la legionelosis, una enfermedad multisistémica severa que incluye neumonía, es un patógeno que de forma esporádica o recurrente es presente en España. No obstante la legionelosis tiene incidencia media o baja, durante los últimos años ha cobrado interés creciente al presentarse brotes epidémicos, en ocasiones de gran magnitud. Por ejemplo, los detectados en Alcoy en 1999 y 2000, o en Murcia en 2001. Aunque la identificación de la fuente de infección es complicada, se sabe que el patógeno crece en torres de refrigeración o sistemas de abastecimiento de agua. En Octubre de 1999 se aisló de un paciente afectado de legionelosis, la que denominamos como cepa Alcoy. Se trata de una cepa particularmente virulenta y recurrente en brotes posteriores. Fue referenciada en el Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III (Majadahonda, Madrid, España) como 2300/99 e identificada como L. pneumophila serogrupo 1, Pontiac (Knoxville). Aquí presentamos el genoma completo de esta cepa, además de análisis comparativos con otras cepas ya secuenciadas procedentes de Estados Unidos, Francia y Alemania.

Métodos: La secuenciación de la cepa Alcoy se ha llevado a cabo generando alrededor de 70.000 secuencias (método Sanger), y alrededor de 250.000 secuencias obtenidas por pirosecuenciación. Estas secuencias junto con el diseño de cebadores específicos, ha permitido completar el ensamblaje del cromosoma principal. La identificación tanto de genes compartidos por los cinco genomas como los que son específicos de cada una de ellas ha permitido determinar el pangenoma.

Resultados: Todos los marcadores filogenéticos utilizados (16S, ITS, MLSTs), muestran que los genomas tienen una gran similitud. No obstante, también se han identificado regiones específicas de cepa. En concreto en la cepa Alcoy se han identificado genes relacionados con varios factores de virulencia que, aunque también presentes en las otras, pueden tener diferente efecto. También se han identificado proteínas de adhesión relacionadas con la infección, sistemas de resistencia a fagos, sistema de resistencias a metales pesados, etc.

Conclusiones: Durante los últimos años la Comunidad Valenciana registra brotes estacionales de legionelosis. El análisis del genoma de Legionella p. de la cepa Alcoy nos va a proporcionar datos importantes para la localización de dianas que permitirán seguir la propagación anual de la misma. Por otro lado el análisis del pangenoma nos permitirá identificar factores de virulencia que sean específicos de esa cepa y que probablemente la hagan tan patogénica.

Financiación. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad del Gobierno Valenciano.

O-114. CONTROL DEL RIESGO DE ASMA POR POLVO DE HABA DE SOJA: EVALUACIÓN CONTINUA

J.R. Villalbí, D. Carrascal, J.M. Pintó, M.J. Cruz, J.A. Caylà, P. Rodríguez, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Hospital de la Vall d'Hebron-ICS; Autoritat Portuària de Barcelona; Envirotec.

Antecedentes/Objetivos: Las emisiones de polvo durante la descarga de haba de soja en el puerto de Barcelona se asociaron a la aparición de brotes de asma asfíctico en la ciudad, el último de los cuales se produjo en 1996. Este episodio comportó la adopción de fuertes limitaciones a esta actividad para la protección de la salud, que se mantuvieron hasta que en 1999 se implantaron nuevas acciones de control del riesgo que permiten normalizar esta actividad. En esta comunicación se presenta la evaluación de estas acciones a través de diversos indicadores.

Métodos: El dispositivo de control cuenta con indicadores de emisión, de inmisión de alérgeno, y de salud. Se realizan estudios periódicos de emisión de alérgeno en las tres plantas que manipulan soja en el puerto. La inmisión de alérgeno en la ciudad, se mide diariamente. Se cuenta con un panel de enfermos por asma que permiten realizar una valoración de la situación clínica de los pacientes sensibilizados. Los hospitales participan en un sistema de vigilancia del asma.

Resultados: Los estudios de emisión en las plantas permiten apreciar el mantenimiento de los niveles de emisión definidos para cada foco, y contribuyen a identificar focos que precisan intervenciones. Los niveles de inmisión son bajos. Los niveles medios en días con descarga son similares a los de los días sin descarga. Se producen variaciones, y a lo largo de este periodo de 9 años se identifican 66 días con niveles superiores al nivel definido como guía. Buena parte se relacionan con condiciones meteorológicas adversas, pero también con problemas en el control de emisiones que requirieron cambios. Actualmente, las mayores fuentes de emisión se derivan de la actividad industrial y no de las descargas de haba de soja. Se identificó un periodo breve de exceso de emisiones a lo largo de estos años, que comportó acciones de corrección. No se detectaron efectos en la salud en el panel de pacientes, ni se identificaron días epidémicos por asma de soja.

Conclusiones: El sistema de control diseñado ha demostrado su utilidad. A lo largo de los años, se producen incidencias en los dispositivos, que se detectan gracias al sistema de control y se corrigen. La experiencia acumulada permite identificar opciones de mejora, que pueden abordarse mediante la planificación a largo plazo.

O-115. EVALUACIÓN DEL RIESGO POR EXPOSICIÓN A SULFITOS EN VINOS BLANCOS JÓVENES DEL CONDADO DE HUELVA

J.F. Hidalgo Contioso, M.N. Mosquera Adels, E.J. Forjan Lozano, P. Martín Olmedo, et al

Distrito APS Condado-Campiña; Distrito APS Huelva-Costa; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El Condado de Huelva es una comarca agrícola dedicada a la elaboración de vinos blancos. Durante el proceso de sulfitado se le adiciona anhídrido sulfuroso como conservante de los caracteres organolépticos, constituyendo una fuente de exposición para las personas que lo consumen. El sulfito puede producir reacciones adversas en salud cuando ingresan en el organismo humano. Un pequeño porcentaje de los asmáticos (3-8%) son sensibles a los sulfitos por tener niveles plasmáticos reducidos de

sulfito-oxidasa, insuficientes para metabolizar sobrecargas exógenas. Los objetivos son cuantificar la concentración media de sulfito en vinos blancos jóvenes del Condado de Huelva durante la cosecha 2006-2007 y aproximar una evaluación del riesgo en salud pública por exposición a sulfitos en la población adulta consumidora de vinos blancos jóvenes del Condado de Huelva.

Métodos: Se parte de un total de 138 muestras tomadas en distintas zonas de producción del Condado de Huelva, a las que se les determinaron los niveles de sulfito por el método de Ripper. Utilizamos la metodología de la evaluación de riesgos, para ello evaluamos la exposición al sulfito y la comparamos con dosis de referencia toxicológicas, aproximándonos a la estimación del riesgo por consumo de vinos blancos jóvenes del Condado de Huelva durante la cosecha 2006-2007 para una población adulta comprendida entre 40 y 65 años y peso medio de 70 Kg.

Resultados: De las 138 muestras analizadas, 8 dieron resultados superiores al límite establecido (210 mg/l) para el sulfito y 130 muestras resultaron normales. El valor medio de sulfito fue de 131,34 mg/l, valor calculado por la exposición media razonable con un intervalo de confianza del 95%. La dosis de exposición a sulfitos por consumo de vino blanco joven del condado de Huelva fue calculada para consumidores medios y consumidores extremos, siendo de 0,181 y 0,545 mg/Kg de peso corporal/día, respectivamente. El coeficiente de riesgo para el consumidor medio fue inferior a la unidad y para el consumidor extremo superior a la unidad.

Conclusiones: 1. De las 138 muestras analizadas, el 5,8% superaron los límites máximos establecidos para sulfitos en vinos (210 mg/l). 2. Para un consumidor medio (100 ml de vino) no existe probabilidad de riesgo para la salud. 3. Para un consumidor extremo (300 ml de vino) existe probabilidad de que se den efectos adversos en salud a lo largo de su vida. 4. El consumidor extremo tendría que reducir la ingesta diaria de vino a 150 ml para que no haya probabilidad de producir efectos adversos en salud. 5. El consumidor extremo tendría que consumir durante una semana lo que consume durante dos días.

O-116. NIVEL DE ADECUACIÓN A LA NORMATIVA EUROPEA DE SEGURIDAD EN PARQUES INFANTILES DE LOS CENTROS DE EDUCACIÓN INFANTIL DE ANDALUCÍA

E. Hernández Aparicio, E. Fernández Rodríguez, et al

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: Identificar y evaluar el grado de cumplimiento de la Normativa Europea de Seguridad en las áreas de juego situadas en los Centros de Educación Infantil de la Comunidad Autónoma de Andalucía, aportando nuevos datos y recomendaciones a la comunidad escolar.

Métodos: Se llevaron a cabo inspecciones in-situ de 281 elementos fijos y móviles de los parques infantiles de 50 centros de Educación Infantil en Andalucía. Se rellenaron 50 fichas de inspección funcional de equipo (UNE-1176). Se tomaron 1700 fotografías, se respondieron a más de 1000 preguntas de los cuestionarios y se realizaron 1500 medidas.

Resultados: La razón principal de inseguridad en los parques evaluados ha sido el gran desgaste observado, con maderas rotas o podridas en el 92%, aristas vivas en el 86%, presentando daños por vandalismo en el 84%, asientos rotos en el 74% y pintadas en el 66%. La principal causa de lesiones es la altura de caída, siendo el tobogán el elemento más peligroso que, además de presentar una gran altura, carece de los requisitos mínimos de seguridad en el 77%. Asimismo, ningún columpio cumplió con toda la Normativa de Seguridad.

Conclusiones: Ninguno de los parques presentes en los Centros de Educación Infantil evaluados en esta investigación, reunieron los requisitos mínimos establecidos en las normas europeas de seguridad e instalaciones de áreas de juego recogidas en la serie UNE-1176, y de obligado cumplimiento en la Comunidad Autónoma de Andalu-

lucía desde el año 2006, una vez agotado el periodo de adecuación desde la entrada en vigor del Real Decreto 127/2001, de 5 de junio, sobre medidas de seguridad en los parques infantiles, publicado en el BOJA. Basados en los resultados obtenidos en este estudio podemos presentar las siguientes recomendaciones: (1) tanto los fabricantes como los propietarios de los parques infantiles deben aplicar la ley existente en materia de seguridad, (2) las áreas de juego deben seguir un programa de mantenimiento e inspección más regular y severo, (3) los alumnos, padres y profesores, deberían ser formados en aspectos relativos a la seguridad en parques infantiles, y (4) es frecuente observar que los niños pueden, a través de su imaginación y fantasía, modificar los usos convencionales de los equipos, y es un dato que debe ser tomado en consideración por los diseñadores, no privándoles por ello, de la finalidad más importante, que no es otra, que el desarrollo integral del niño.

O-117. ELEVADA PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS EN LA POBLACIÓN GENERAL

R. Morilla, V. Friaza, N. Respaldiza, A.C. Medrano, R.M. Yang, L. Rivero, J.M. Varela, E.J. Calderón, F.J. Medrano, et al

CIBER de Epidemiología y Salud Pública, H. U. Virgen del Rocío, Sevilla; UGC Utrera Sur, Sevilla; Servicio de Epidemiología y Medicina Preventiva. H. U. Puerto Real, Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: El conocimiento sobre la epidemiología de la infección humana por *Pneumocystis jirovecii* es aún muy limitado, y no están bien establecidos cuáles son sus reservorios y fuentes de transmisión. En un estudio preliminar realizado recientemente en España se demostró la presencia del patógeno en el árbol respiratorio de sujetos adultos sanos inmunocompetentes. Sin embargo, en el momento actual la magnitud y relevancia de este fenómeno es desconocida. El OBJETIVO del presente estudio fue conocer la prevalencia de la colonización por *P. jirovecii* en un grupo de población general del sur de España.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de base poblacional en el que se incluyeron de forma consecutiva 132 adultos y niños no seleccionados de un área rural de Sevilla (El Coronil), que acudieron a su centro de salud para exámenes rutinarios de salud (controles de tensión arterial o glucemia capilar, extracción de analítica), programas de salud (niño sano) o trámites administrativos. Tras consentimiento informado por escrito de los participantes se realizó una valoración clínico-epidemiológica estandarizada, que incluyó analítica básica y perfil inmunológico, y se obtuvieron muestras de lavado orofaríngeo para la identificación de fragmentos de la región mtLSURRNA de *P. jirovecii* mediante nested PCR (cebadores pAZ102-E/-H y AZ102-X/-Y). La colonización se definió como detección de ADN de *P. jirovecii* en el árbol respiratorio en un sujeto sin síntomas o signos de neumonía.

Resultados: Se incluyeron 95 hombres (72%) y 37 mujeres (28%) con una edad media de $52,9 \pm 21,6$ años (límites 3-88). La prevalencia de colonización por *P. jirovecii* fue del 10.6% (14/132). Todos los sujetos colonizados eran adultos y tenían un recuento normal de leucocitos y linfocitos en sangre periférica. Uno de los sujetos colonizados había sido diagnosticado de cáncer y estaba tomando esteroides en el momento del estudio. Los 13 restantes se encontraban asintomáticos, y ninguno de ellos estaba inmunodeprimido o tenía enfermedad pulmonar subyacente. La edad media de los sujetos colonizados fue mayor que la de los no-colonizados ($66,6 \pm 17,3$ vs $51,2 \pm 21,5$; $p = 0,01$). No se observaron diferencias en cuanto a distribución por sexo y consumo de tabaco entre colonizados y no-colonizados.

Conclusiones: Este estudio confirma la existencia de una elevada prevalencia de colonización por *P. jirovecii* en adultos inmunocompetentes concordante con la hipótesis de que la población general podría ser un importante reservorio y fuente de transmisión de esta infección.

Financiación. ERA-NET Pneumocystis-PathoGenoMics y Consejería de Salud de Andalucía 70/04 y 0391/07.

O-118. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SIDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.A. Fernández-Sierra, M.M. Rodríguez del Águila, M. Velasco-Rodríguez, A. Cambra-Solans, C.M. Sánchez-Rodríguez, M.T. Rueda-Domingo, et al

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Antecedentes/Objetivos: Existe una normativa internacional, para la vigilancia de un determinado número de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), que en Andalucía toma forma en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Andaluz (SVEA); asimismo en el II Plan de Calidad de la Consejería de Salud se contempla impulsar la calidad de las políticas de vigilancia de la salud mediante el desarrollo de una red de alerta de salud pública de calidad, sensible a las demandas sociales y que de respuesta adecuada, urgente y continua a este sistema. El Hospital Virgen de las Nieves (HVN), está incorporado al SVEA desde su desarrollo. Una de las EDO a declarar es el SIDA, por lo que el objetivo es la descripción de las características de estos pacientes declarados por el HVN.

Métodos: Se han utilizado dos bases de datos, con todos los casos nuevos declarados desde 1980 que fueron registrados retrospectivamente y otra con los casos nuevos declarados desde 2000 e informados prospectivamente. Se describirá la población total de pacientes con SIDA (género, edad, y fechas de detección de VIH, de SIDA y exitus si lo hubiere) y específicamente en la cohorte prospectiva de determinados prácticas de riesgo y frecuencia de enfermedad indicativa. Se aplicó Chi-cuadrado y riesgo relativo para variables cualitativas y test log-rank para comparar supervivencia entre grupos.

Resultados: Desde 1988 hasta agosto de 2008 se registraron 534 casos incidentes, con una edad media en la detección de VIH de 31 ± 11 años, correspondiendo el 82% a hombres. Las enfermedades indicativas más frecuente fueron tuberculosis, 33,9% y neumonía por *pneumocystis*, 17,2%. Se observó un 33% de éxitus, teniendo los hombres más riesgo de fallecer que las mujeres $RR = 1,9$ (1,13, 3,22). La supervivencia desde la detección del VIH fue significativamente menor en los mayores de 30 años respecto a los menores, no encontrándose diferencias entre géneros. Las prácticas de riesgo fueron: UDVP 47%, heterosexuales 19%, otras 11%, desconocidas 23%. Se confirma en la cohorte prospectiva la misma frecuencia de enfermedades indicativas. En otras enfermedades la mayor frecuencia es de hepatitis B.

Conclusiones: Durante los años de estudio ambas bases de datos han presentado cifras similares en cuanto a las variables analizadas, consolidando el sistema de vigilancia epidemiológica. Es necesario determinar la relación con otros parámetros de interés que completen el sistema antes mencionado.

COMUNICACIONES ORALES XX

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Políticas de salud/participación ciudadana

O-119. SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA EL 2010 INCLUIDOS EN LOS PLANES DE SALUD DE CATALUÑA

A. Buron, M. Rodríguez-Sanz, G. Pérez, J. Salvador, C. Borrell, et al

Unitat Docent IMAS-UPF-ASPB, Barcelona; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Los planes de salud autonómicos constituyen la estrategia del Gobierno autonómico en materia de salud. En Cataluña, la agenda política en este sentido se resume en la consecución de cara al 2010 de determinados objetivos de salud (OS2010). A su vez, los diferentes Gobiernos Territoriales de Salud concretan objetivos operacionales que se van modificando en cada plan. El objetivo de este estudio es monitorizar los indicadores de los OS2010 en la ciudad de Barcelona, valorando su evolución y estimando la posibilidad de cumplimiento en el 2010.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo a partir de estadísticas vitales, registros de enfermedades de declaración obligatoria y encuestas de salud. Se describen los valores actuales de los indicadores de los OS2010 y su evolución desde 1995, y se ajustan tendencias lineales a partir del 2000, estimando el valor para el 2010. A partir del valor estimado se valora la consecución en el año 2010, clasificando los objetivos en "asequibles" si la tendencia es favorable y se prevé alcanzar el objetivo; "asequible con esfuerzos" si la tendencia es estable o favorable y el cambio estimado es como mínimo el 50% del necesario para alcanzar el objetivo; "difícilmente asequible" si el cambio estimado es menor al 50% del necesario; "pendiente" si se trata de un indicador para el que aun se necesitan datos; y "no valorable" si son objetivos que no aplican o cuya información no está disponible.

Resultados: De los 148 OS2010 que estudiamos, 49 (33%) se consideran asequibles, 22 (15%) asequibles con esfuerzos, 17 (11%) difícilmente asequibles, 34 (23%) no valorables y 26 (18%) pendientes. Presentamos ejemplos de cada tipo, discutiendo los resultados, las intervenciones o factores que han podido influir, y la adecuación de los indicadores. Son objetivos asequibles la disminución en un 50% de la mortalidad por lesiones de tráfico en la mayoría de grupos de población y el logro de una proporción de abandono de tabaquismo del 35%. La disminución en un 20% de casos nuevos de sida en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y la reducción en un 5% de la mortalidad por cánceres relacionados con el tabaco en mujeres son asequibles con esfuerzos. El mantenimiento por debajo de 7 por 100 nacidos vivos de nacimientos pretérmino es difícilmente asequible. Queda pendiente incrementar en un 50% la proporción de personas hipertensas que están bien controladas.

Conclusiones: El seguimiento de los objetivos de salud es una herramienta importante para valorar los resultados de las intervenciones que se realizan y poder actuar en consecuencia. Es necesario tener en cuenta estos resultados en la elaboración de futuros planes de salud.

O-120. DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL III PLAN ANDALUZ DE SALUD (2003-2008)

J. Ruiz, C. Monte, M. Picó, M. Rodríguez, R. Baras, et al

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

Antecedentes/Objetivos: Dada la amplitud de población y territorio de Andalucía, uno de los grandes retos de los responsables de la Salud de la comunidad es, no ya llegar a todo el territorio, sino hacerlo de acuerdo a las especificidades sociales que esta amplitud genera. Para responder a estas especificidades, a partir del III Plan Andaluz de Salud (PAS) (2003-2008) hemos iniciado un proceso de descentralización con tres objetivos principales: -Actuar en cada provincia según sus problemas prevalentes. -Propiciar la participación de los "actores de salud" del territorio, desde las instituciones públicas a la ciudadanía. -Impulsar un proceso de acercamiento al ciudadano que debe culminar en el ámbito local.

Métodos: Hemos elaborado un Plan de Salud diferenciado para cada provincia, en el que hemos definido sus prioridades y establecido unos objetivos y estrategias para incidir en ellas. Para ello, hemos

contado con la participación de organizaciones ciudadanas y de instituciones con competencias relacionadas con la Salud, considerando la interesectorialidad y la participación estrategias transversales claves del proceso. El análisis de los recursos disponibles y necesarios para la consecución de los objetivos ha dado lugar a un importante programa de formación profesional. Para la evaluación, en cada provincia se ha constituido una Mesa Técnica Provincial y una Comisión Provincial de Coordinación, reflejo de la Comisión Técnica de Seguimiento y Evaluación y de la Comisión Autonómica de Seguimiento.

Resultados: Se pueden centrar en tres áreas: -Se han adaptado las actuaciones en Salud y los recursos materiales y humanos disponibles a las necesidades específicas de cada provincia. -Se ha impulsado la participación ciudadana y la de otros sectores institucionales con competencias relacionadas. -Se ha avanzado en el objetivo último de la descentralización, cual es llevar las actuaciones de salud al ámbito local.

Conclusiones: Hemos logrado un Plan de Salud más próximo a la realidad y a la sostenibilidad en su ejecución y que propicia, por su metodología de elaboración, la participación ciudadana y corresponsabilidad con otros sectores. Apostamos ahora por un IV PAS innovador y "posible", que identifique la integración de todas las competencias, no sólo sectoriales sino de superposición territorial (desde los compromisos internacionales hasta el nivel más cercano a la ciudadanía) y que promueva un desarrollo social basado en la gobernanza, que posibilite políticas que faciliten al ciudadano elecciones saludables y conviertan los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud.

O-121. PARTICIPACIÓN DE STAKEHOLDERS EN LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD PARA LAS MUJERES 2004-07. CANTABRIA

M. Pla, A. Cabria, R. Crespo, M. Mena, et al

Cátedra de Investigación Cualitativa; Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación del Plan de Actuación: Salud para las mujeres (2004-07) de Cantabria se ha realizado desde una perspectiva integral y participativa y se ha caracterizado por ser formativa y sumativa, ex post facto y "externa facilitada". Además, se ha centrado en el diseño y la ejecución del Plan, por lo que también se han evaluado procesos, recursos y resultados. Objetivo: Presentar las estrategias participativas de inclusión de stakeholders en la evaluación del Plan de Actuación de Salud para las Mujeres 2004-2007.

Métodos: Se ha utilizado una estrategia multimétodo que ha consistido en: 1) Creación de una comisión técnica de seguimiento multinivel y multisectorial; 2) Incorporación de las necesidades informativas de los diferentes actores implicados en la evaluación, a partir de 34 entrevistas en profundidad (representantes políticos, gerentes, profesionales, asociaciones y usuarias), 6 entrevistas grupales (profesionales, usuarias y asociaciones) y 4 grupos triangulares con profesionales; 3) Elección de criterios de evaluación y fuentes de verificación (primarias y secundarias) en un grupo de trabajo creado a tal efecto con representación externa e interna del Plan; 4) Realización de un taller orientado a la interpretación de resultados y la construcción conjunta de conclusiones y recomendaciones de cambio.

Resultados: El número de participantes en la evaluación ha sido un total de 111 personas elegidas a partir de los siguientes criterios: a) ámbito de actuación en la cual la persona participó en el Plan (diseño/ejecución, b) temporalidad en cuanto al periodo de implicación y c) el nivel de compromiso respecto al plan. Esta orientación ha permitido: a) examinar la realidad desde diferentes perspectivas, centrándose en analizar los procesos de aplicación de las políticas públicas y no exclusivamente sus resultados; b) la prueba de validez en

cuanto a los resultados generados se ha basado en la asunción de los resultados por los actores implicados (fiabilidad justificada) y c) se ha asumido el proceso como un aprendizaje compartido entre aquellos que participan en la gestión del programa generando las transformaciones necesarias para la mejora del mismo.

Conclusiones: Aunque algunas voces ya señalan las limitaciones de los modelos de evaluación utilizados en Salud Pública que no saben abordar la complejidad de sus componentes, estamos ante una visible evolución de la evaluación de programas y políticas públicas en la dirección de la propuesta que se presenta.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria MDO7/00169.

O-122. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN PLANIFICACIÓN SANITARIA-EL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA MUJER DE GALICIA

P. Fernández Romero, J.L. Aboal Viñas, M.J. Cruces Artero, M.D. Martínez Romero, F. Martínez Varela, B. Vega Vázquez, J.L. Doval Conde, et al

Consellería de Sanidade de Galicia; Servicio Gallego de Salud; Aplica Asociados.

Antecedentes/Objetivos: En junio de 2006 la Consellería de Sanidade de Galicia fija como objetivo estratégico la inclusión de la perspectiva de género en el sistema sanitario público gallego. Para cumplir este objetivo se realizó un diagnóstico de la situación sanitaria de la mujer gallega y un proyecto para la elaboración de un Plan de Atención Integral a la salud de la mujer. Teniendo presente que una de las directrices estratégicas del equipo directivo de la Consellería es la participación, se diseñó todo un proceso participativo para elaborar este plan. La innovación de este proceso fue la incorporación de las partes interesadas desde el inicio del mismo.

Métodos: Se diseñaron 4 estrategias de participación social para la identificación de forma previa de los requisitos que las partes interesadas desearían incluir en el Plan. La primera fue la realización de entrevistas de asociaciones o sociedades con interés en el tema con la Conselleira de Sanidade. La segunda fue la creación de una página web específica donde cualquier persona podía enviar sus opiniones sobre el tema. La tercera fue la celebración de mesas de trabajo con representantes de asociaciones y colectivos, profesionales del sistema sanitario y gestores para identificar los requisitos a incluir en el plan. Y la cuarta estrategia fue la presentación del proyecto por parte de la Conselleira en las 7 grandes ciudades de Galicia. Además para animar la participación se publicaron varios artículos en prensa escrita relacionados con el tema de la salud de la mujer.

Resultados: La Conselleira tuvo entrevistas con asociaciones y presentó el proyecto en las 7 ciudades con una participación de más de 500 personas. Llegaron más de 100 comentarios a la web que fueron analizados para su incorporación al plan. Se celebraron 6 mesas redondas en las que participaron 90 personas procedentes de 21 asociaciones o sociedades, 9 sindicatos/asociaciones profesionales, 12 entidades u organismos relacionados con la atención a la salud de la mujer y del sistema sanitario (36 profesionales). Toda la información recibida se transmitió a las personas encargadas de elaborar el Plan.

Conclusiones: La información recabada sirvió para identificar y priorizar los 32 proyectos que componen el plan y a su vez incluir en los mismos los requisitos, características o especificaciones que fueron consensuadas en los distintos grupos de trabajo. Esta sistemática de participación desde el inicio permitió que el plan elaborado a continuación fuese muy bien aceptado por los distintos colectivos implicados en este tema, ya que pudieron identificar en él las distintas sugerencias que habían hecho. Con esta metodología el apoyo social al proyecto ha sido muy alto.

O-123. POLÍTICAS MUNICIPALES, URBANISMO, SALUD Y GÉNERO: EL CASO DE SAN FERNANDO DE HENARES

M.D. Gerez, L.E. Sánchez, R. Sánchez, A. Terrés, A. Fernández, et al
Ayuntamiento de San Fernando de Henares.

Antecedentes/Objetivos: La salud depende en gran medida de factores externos al sistema sanitario. La Planificación Urbana Saludable, trata de integrar la salud al intervenir sobre la ciudad para decidir la cantidad y calidad del espacio público y privado, el tipo de transporte y la movilidad, la ubicación de los equipamientos y servicios. Introducir la perspectiva de género en el urbanismo y en la salud implica evidenciar las necesidades particulares de mujeres y hombres en la ciudad, como escenario de vida y trabajo. Se ejemplifica la relación entre urbanismo, género y salud como un enfoque integrado de la política municipal de San Fernando de Henares (Madrid), cuyos pilares son la Equidad, la Participación comunitaria, la Promoción de la Salud y la Sostenibilidad, dentro del Proyecto de la OMS de Ciudades Saludables.

Métodos: Se revisan los instrumentos de los que dispone San Fernando para desarrollar su política en relación con la salud de los/as ciudadanos/as: desde las competencias municipales obligatorias hasta los servicios prestados de forma no obligatoria, con especial énfasis en los Planes intersectoriales y transversales, el trabajo en redes de ciudades y los variados instrumentos para desarrollar la participación de los/as vecino/as, extrayendo aquellos aspectos que de forma planificada o no, contribuyen al esfuerzo integrado para construir una ciudad saludable para hombres y mujeres.

Resultados: Se describen los aspectos más relevantes según cuatro dimensiones estratégicas: a) transformar la ciudad en un espacio para la igualdad, saludable y sostenible (Plan General de Ordenación Urbana, III Plan de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, Plan de Movilidad, Planes I y II de Salud, de Infancia y Adolescencia.) b) compartir trabajos y tiempos entre hombres y mujeres (Esfuerzo de escolarización pública de 0 a 3 años; empleo equilibrado, promoción del reparto de tareas del hogar, formación y apoyo a cuidadores/as; equipamientos para mayores y teleasistencia. c) Promover salud en igualdad (Consulta de Planificación Familiar municipal, continuada, gratuita, sin lista de espera; Programa de Salud sexual y reproductiva en todos los Institutos; Administración gratuita de la píldora postcoital y asesoramiento en I.V.E. Programa de deshabitación tabáquica); d) Contra la violencia de género que incluye un Programa Municipal de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia de Género.

Conclusiones: El municipio es un excelente escenario para desarrollar políticas públicas saludables con perspectiva de género. La ciudad se ha construido a lo largo de siglos, pero se puede cambiar el rumbo teniendo en cuenta la perspectiva de género, de etnia, de clase social y generación, para evitar dobles y triples discriminaciones.

O-124. EL OBSERVATORIO DE SALUD EN EUROPA COMO INSTRUMENTO PARA ENRIQUECER LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD PÚBLICA

I. García-Sánchez, E. Páez Muñoz, M. Carrillo Tirado, et al

Observatorio de Salud en Europa (OSE), Escuela Andaluza de salud Pública (EASP).

Antecedentes/Objetivos: Pertener a la Unión Europea (UE) tiene repercusión directa en cuestiones jurídicas, plantea nuevos retos y ofrece oportunidades para los países comunitarios. Para la Comisión Europea el tema "salud" nunca ha sido prioritario y además la prestación de servicios sanitarios es responsabilidad de cada gobierno, pero en los últimos años, ha crecido su interés por ambos campos y son numerosas las estrategias, programas y normativas que lo re-

flejan. El OSE trabaja para prepararse frente a las consecuencias que pertenecer a la UE plantea en cuestiones relacionadas con la salud y los servicios sanitarios. Su trabajo supone un enfoque nuevo para disponer de información que enriquezca la formulación de políticas y estrategias sanitarias y facilite la toma de decisiones en materia de salud pública y gestión de servicios sanitarios.

Métodos: Recoger, analizar y difundir información es parte importante del trabajo pero también se retroalimenta con actividades como mantener contactos y aprovechar oportunidades de financiación de fondos comunitarios participando en proyectos y en grupos de trabajo de ámbito europeo. Desarrolla las siguientes estrategias: –Contribuir a formar un estado de opinión sobre UE y salud entre profesionales. –Identificar las prioridades de la agenda de las instituciones de la UE para aprovechar las oportunidades de participar en proyectos. –Aumentar la capacidad de influencia en el ámbito europeo. –Intercambiar buenas prácticas mediante la participación en proyectos y foros europeos.

Resultados: El OSE gestiona un sistema de información sobre la UE y salud. La difunde mediante los Foros, el desarrollo de proyectos y la edición de los siguientes productos: boletines informativos, informes estratégicos y la serie de entrevistas “Hablemos de Europa” y los “Cuadernos sobre políticas de salud en la UE”.

Conclusiones: Tras seis años de trabajo, el OSE tiene un gran potencial para ayudar a formar un estado de opinión sobre las consecuencias que para los sistemas de salud públicos supone la pertenencia a un Estado miembro de la UE. El OSE es un instrumento necesario para enriquecer la toma de decisiones en salud pública y la gestión sanitaria.

O-125. LAS CUENTAS DE SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA

M. Rogríguez, A. Stoyanova, et al

Universitat de Barcelona; Centre de Recerca en Economia del Benestar.

Antecedentes/Objetivos: La salud pública es un elemento esencial del sistema de salud que no sólo afecta a la eficiencia y la sostenibilidad del sistema, sino que también genera confianza a los ciudadanos. Este trabajo tiene dos objetivos: (i) diseñar una metodología de cálculo y clasificación del gasto en salud pública en categorías significativas para la toma de decisiones, y, (ii) recopilar, sistematizar y analizar todo el gasto en salud pública realizado en Cataluña en el año 2005. Además de obtener una cifra global, esto contribuye a clarificar los flujos de dinero entre instituciones y permite identificar mejor las posibilidades de coordinación entre ellas.

Métodos: Después de presentar un esquema institucional de la financiación y la prestación de servicios de salud pública, los gastos se clasifican según cuatro criterios: la fuente de financiación, la titularidad de la institución prestadora de los servicios, clasificación funcional y clasificación económica.

Resultados: Los resultados indican que el gasto total en salud pública en Cataluña en el año 2005 fue de 159,34 millones de euros, de los cuales casi el 58% fue financiado por el Departamento de Salud. El financiador de servicios no tiene porqué coincidir con la entidad prestadora. Así, el Departamento de Salud presta el 52,6% del total de los servicios; la ASPB el 18,5%; los ayuntamientos y la Diputación de Barcelona el 17% y el sector privado cerca del 5%. Según la clasificación funcional de media, el 52% del gasto se destina a actividades de protección de la salud, y el 48% a promoción y prevención. La clasificación económica revela que los gastos se reparten casi por igual entre personal (48,7%) y la compra de bienes y servicios (48,3%), el 3% se destina a inversiones. Dada la cifra total, el gasto medio por habitante fue de 23 euros, y el porcentaje que representa el gasto en salud pública respecto del total del gasto público en salud es del 1,9%, porcentaje sitúa a Cataluña bastante por debajo de la media del 4,3% de OCDE (2003).

Conclusiones: Este trabajo es una primera aproximación al análisis de la rentabilidad del gasto en salud pública en Cataluña, necesaria para justificar el gasto efectuado, y una posible reorientación de recursos sanitarios hacia la salud pública. Además de contribuir a la mejora de la salud de la población, la salud pública tiene también el objetivo de alcanzar un mayor grado de equidad en salud. Por tanto, para que los servicios de salud pública sirvan para paliar las desigualdades en salud deberían dirigirse a los grupos menos favorecidos y no a toda la población.

Financiación. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

O-126. INCENTIVOS A LA INVESTIGACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRIORIDADES EN SALUD

P. Fernández, et al

Merck Sharp & Dohme.

Antecedentes/Objetivos: Nunca la investigación en nuevos medicamentos ha sido tan intensiva como en la actualidad. Sin embargo, a pesar de los avances que representan muchos nuevos medicamentos, existe insatisfacción entre pacientes, médicos, instituciones sanitarias, inversores y en la propia industria farmacéutica con los resultados obtenidos. Parece obligado revisar los incentivos a la I+D de medicamentos para ver si continúan siendo válidos y si se adecúan a las necesidades de salud de la población.

Métodos: Se revisan los incentivos clásicos a la I+D de medicamentos basados en mecanismos de arrastre o de tracción y se revisan los cambios producidos en los modelos de I+D de medicamentos y en los modelos de negocio de la propia industria farmacéutica. También se revisa la aparición de nuevos agentes activos en I+D de fármacos y la existencia de nuevos incentivos.

Resultados: En sólo una década, la estructura de la industria farmacéutica y su mercado han cambiado profundamente. La realidad de la I+D farmacéutica hoy es más poliédrica y compleja, participando un gran número de nuevos agentes así como colaboraciones y consorcios entre ellos, lo que da lugar a agendas de investigación diferentes. El proceso de creación e implantación de nuevos incentivos ya ha comenzado y asistimos al desarrollo de una nueva generación de incentivos. Un elemento esencial es diseñar los incentivos adecuados para lograr que las prioridades en la investigación estén alineadas con las necesidades en salud. La creciente exigencia de valor por parte del cliente está orientando a las empresas a enfocarse a necesidades médicas no cubiertas, a poblaciones menores o a modificaciones más radicales del curso de la enfermedad. Sin embargo, en el desarrollo de nuevos medicamentos existen escollos formidables de tipo científico, tecnológico y regulatorio, que es preciso y urgente abordar de forma paralela.

Conclusiones: Los cambios estructurales que se están produciendo en la I+D de medicamentos requieren la revisión y actualización de los incentivos para impulsar la obtención de nuevos medicamentos en la dirección y al ritmo que los pacientes y la sociedad global del siglo XXI necesitan. El momento actual de declive en la productividad de la I+D con el modelo clásico es especialmente oportuno para ello. Se requiere diálogo entre todos los agentes, definición clara de sus roles, creatividad en el diseño de nuevos incentivos y mas evaluación y monitorización de sus efectos en paralelo a su implementación. Sólo de esta forma podremos tener evidencia a medio y largo plazo de qué incentivos son verdaderamente útiles y si están actuando de la forma deseada.

COMUNICACIONES ORALES XXI

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Calidad asistencial y gestión sanitaria

O-127. APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN EN EL DISTRITO SANITARIO GRANADA

J. Herraiz Batllori, R. Domínguez Ávila, A. Castañeda Avarca, F. Díaz Vico, M. Ubago Córcoles, J. Castro Peña, L. Molina García, D. Ruíz Órpez, A. Toledano Marín, et al

Distrito Sanitario Granada.

Antecedentes/Objetivos: Hoy día las políticas de actuación en cualquier organización están dirigidas a integrarse en el espíritu globalizador y equidad-calidad en el servicio que se ofrece. Por ello el Distrito Sanitario Granada (DSG), de carácter urbano con 297.700 h., se planteó la implantación de Sistema de Gestión (UNE EN ISO 9001:2000) para las actividades de apoyo a los procesos asistenciales, con los objetivos: a) redefinir y modificar los procedimientos de actuación de las áreas incluidas en el alcance de certificación, aumentando la eficacia y eficiencia de dichos procesos b) mejorar el servicio asistencial ofrecido a los usuarios.

Métodos: Alcance: Gestión de Contabilidad, Facturación a Terceros, Suministros, Almacenes, Mantenimiento, Equipamiento y Contratación Administrativa. Actividades llevadas a cabo tanto en la sede del DSG como en los 16 Centros de Salud (CS) y 8 Consultorios locales. Metodología PDCA (Plan, Do, Check, Act = Planificar – Hacer – Verificar – Actuar) 1. Planificación de fases a seguir para la consecución de los objetivos 2. Análisis de procesos 3. Desarrollo de diagramas de flujo por proceso y establecimiento de nuevas sistemáticas 4. Comunicación – formación al personal afectado 5. Verificación-implantación. Auditorias interna y externa, seguimiento de implantación y mejora 6. Actuaciones ante desviaciones detectadas Recursos: Reuniones lideradas por la Dirección Económico Administrativa del DSG, contando con la participación activa de los responsables de los procesos tanto en la sede como de los CS.

Resultados: La experiencia innovadora llevada a cabo por el DSG, fue reconocida a nivel Autonómico. Primer DS de Atención Primaria en Andalucía certificado conforme a la norma UNE EN ISO 9001:2000 (20/09/2007). Ello representó: a) aseguramiento de los procesos, reflejado en la mejora obtenida a través de un seguimiento de indicadores asociados a los mismos. Ej.: "Tiempo respuesta < 2 días en servicios de mantenimiento por personal DSG respecto al total de solicitudes" b) seguimiento de la satisfacción del usuario. Resultado global: 2006 (86,58) y 2007 (89,82), valoración superior a la media obtenida en Andalucía. c) mejor servicio asistencial (productos usados con garantías de calidad, caducidades, esterilización, equipos en correcto estado de uso, etc.).

Conclusiones: Evaluación altamente positiva para: a) establecer sistemáticas de trabajo e identificación de registros, verificación de implantación en la gestión según los procedimientos, garantizando la eficacia de los procesos b) confianza al profesional, define el "trabajo bien hecho" c) reconocimiento del usuario final, el paciente.

O-128. UN MÉTODO PARA MONITORIZAR EVENTOS ADVERSOS EN HOSPITALES GLOBAL TRIGGER TOOL FOR MEASURING ADVERSE EVENTS

M.J. Pérez Lozano, E. Román Casares, C. Muñoz Pecci, J. Jiménez Moreno, F. García Gutiérrez, M.R. Castro Caricol, I. Fuentes Legaz, et al

Hospital Valme. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Los eventos adversos no aparecen por azar. Los esfuerzos centrados en la declaración y registro voluntario sólo obtienen un 10-20% de declaraciones, de éstas en un 90-95% se ha producido daño. Este proyecto pretende adaptar a nuestro entorno y valorar la utilidad del método Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Institute Healthcare Improvement) que puede resultar eficiente como herramienta en el marco de la estrategia de seguridad del paciente en hospitales.

Métodos: Valoración de factibilidad y utilidad del método en un hospital en dos fases: 1-Servicio de Medicina Preventiva 2-Comisión de seguridad del paciente (técnica de grupo de discusión). Descripción del método: revisión bisemanal sistemática de una muestra aleatoria de 10 historias clínicas. La revisión busca "pistas" (triggers) concretas, que puedan estar relacionadas con la ocurrencia de eventos adversos. Se revisa la historia clínica completa por parte de un equipo especialmente entrenado. Criterios de selección: historias clínicas con informe de alta y codificación completa. Estancias \geq 24 horas. Pacientes 18 años. Proceso de revisión: revisión de cada historia de forma independiente por parte 2 revisores. Un médico coordinador del equipo aclara posibles dudas y resuelve los desacuerdos de los revisores. El método se organiza en 6 módulos: Cuidados, Medicación, Cirugía, Cuidados Intensivos, Perinatal y Urgencias. Siempre se revisa los dos primeros. Determinación de un Evento Adverso: cada evento detectado debe ser clasificado en una de 5 categorías pre-establecidas. Deben existir pruebas objetivas de que el paciente ha sufrido un daño debido a la atención clínica.

Resultados: Se ha adaptado la guía metodológica para facilitar su utilización en nuestro medio, y establecido el circuito para seleccionar y consultar las historias. El equipo revisor del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital está completando el entrenamiento formal recomendado. Esta fase está resultando especialmente delicada para conseguir controlar la consistencia y reproducibilidad de las observaciones.

Conclusiones: este método además de resultar rentable por la economía de recursos requeridos en hospitales anglosajones en los que se utiliza desde hace más de 10 años, evita el sesgo por subregistro, y puede disminuir implicaciones legales derivadas de registros específicos de eventos adversos. Si se utiliza en varios hospitales de una forma coordinada, puede permitir comparar, monitorizar y aprender dentro de un proceso de mejora continua en seguridad clínica.

O-129. SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Skodova, M.J. Velasco Rodríguez, M.M. Rodríguez del Águila, M.A. Fernández Sierra, M. Rosales Rodríguez, O. Martín Muñoz, et al

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, el HUVN ha desarrollado una línea de actuación destinada a la mejora de la calidad asistencial como principal objetivo de la gestión de riesgos sanitarios. Se realiza un estudio con el objetivo de identificar el estado actual de los valores, conocimientos, competencias y actitudes relacionadas con la seguridad del paciente según los profesionales sanitarios del HUVN, determinar la percepción general de la seguridad en sus Unidades/Servicios, determinar la comunicación acerca de errores e incidentes y el tipo de respuesta ante ellos por parte de los profesionales y la jefatura/gerencia y conocer clima laboral (carga de trabajo, trabajo en equipo, continuidad de cuidados, apoyo profesional y de la institución) en el HUVN.

Métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo en una muestra representativa de profesionales sanitarios del HUVN, pasando un cuestionario validado auto-administrado en julio-agosto de 2008.

Resultados: La tasa de respuesta fue de 64,1%. En el último año, el 90,2% de los profesionales no ha notificado por escrito ningún evento adverso. El grado medio de seguridad en los servicios es de 6,57 (DE 1,82; rango 1 a 10). La percepción general de seguridad es valorada positivamente por el 34,1% de los profesionales. El trabajo en equipo en la unidad/servicio es el aspecto mejor valorado (66,9%). El soporte desde la gerencia, la dotación de personal y la respuesta no punitiva al error son las principales áreas de mejora. Se observa una correlación positiva y significativa entre el grado de seguridad de paciente en el servicio y los años que los profesionales llevan trabajando en la especialidad, hospital y servicio. Hay una diferencia significativa en la notificación de eventos según la categoría profesional, siendo los facultativos los que han notificado algún evento adverso con más frecuencia.

Conclusiones: La percepción general de seguridad en el HUVN es buena aunque la comunicación sobre errores es deficiente. Es recomendable promover programas de sensibilización y formación de los profesionales e implantar sistemas de registro de eventos adversos. Es importante concienciar a los directivos y profesionales sobre la existencia de un problema de seguridad del paciente, y que los eventos sean notificados tanto si conducen a un daño real del paciente como si no lo hacen, para analizar los datos, determinar las tendencias y mejorar los sistemas cuando sea necesario.

O-130. PROTOCOLO PARA AUDITAR EL CUMPLIMIENTO LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

M.J. García Sánchez, M.D. Pérez Cárceles, J.E. Pereñíguez Barranco, P. Beltrán Zúñiga, M. García Sánchez, F. García Sánchez, A. Martínez Losa, J.M. Ruiz Ros, et al

Consejería Sanidad; Medicina Legal Universidad Murcia.

Antecedentes/Objetivos: El D 15/2008 de C Murcia encomienda a la Inspección Médica: Inspeccionar, evaluar y participar en la elaboración y actualización de los criterios y estándares para la acreditación de los centros, servicios, y establecimientos sanitarios. Inspeccionar y evaluar el sistema sanitario como garantía del cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes en el sistema sanitario... Nos proponemos elaborar un protocolo con criterios mínimos para evaluar hospitales y que nos permita deducir que se respeta los derechos. Realizar esta evaluación por observación directa.

Métodos: Encuadrar los derechos en cuatro grandes bloques fundamentales e identificables por el ciudadano. Identificar mediante grupo focal aquellos criterios objetivos que de forma subjetiva identifica la Ley 41/2002. Priorizar significativos, seleccionar los que puedan ser acreditados su existencia por observación directa. Elaborar una auditoria en un hospital de referencia para valorar la viabilidad del protocolo. Dignidad: Planificación de agendas. Respeto intimidad hospitalización. Asignación Médico responsable. Confortabilidad en urgencias. Análisis periódico reclamaciones. Realización de encuesta de pacientes y explotación. Confidencialidad: Normativa funcionamiento historia clínica (HC). Limitaciones informáticas (L 15/99). Sistema de llamada pacientes/familiares que respeten la confidencialidad. Registro de familiares que el paciente desea que se informe. Criterios de acceso a la HC. Información: Informe Alta de Consultas, CMA: Hospitalización Urgencias. Información en planta de lugar, hora, diaria. Protocolo Información Urgencias. Normativa Funcionamiento hospital. Directorios. Plan evacuación. Autonomía: Consentimientos informados. Protocolo de libre elección especialista. Segunda opinión e Instrucciones Previas.

Resultados: Protocolo homologado y consensuado. Contiene principales derechos. De 22 criterios, 4 (18%) no están debidamente implantados: Registro familiares que el paciente desea que se informe. Información Planta: Lugar y hora de información diaria. Protocolo información urgencias. Sistema de llamada de pacientes/familiares que respeten la confidencialidad.

Conclusiones: Diseñar un protocolo hace la acreditación homologable. El Método de la Observación Directa es objetivo y permite establecer mínimos. Permite averiguar áreas de mejora. La penetrancia en los centros aún no alcanza todos los niveles y son poco asumidas por los profesionales. El paciente en general, no los reclama. Debemos avanzar en educación sanitaria a pacientes para crear mayor adherencia al hospital, médico y tratamiento, y compartir el riesgo de las actuaciones sanitarias con sus decisiones.

O-131. CULTURA ORGANIZATIVA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS

D. Henao, M.L. Vázquez, I. Vargas, J. Coderch, Ll. Colomé, J.R. Llopart, J. Valls, A. Verdaguer, R. Ruiz, et al

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut del Consorci Hospitalari de Catalunya; SSIBE; SAGESSA; BSA; CSMS; CsdM; CSMS; CsdT.

Antecedentes/Objetivos: Entre los elementos que influyen en la coordinación de una organización sanitaria integrada (OSI) está la cultura organizativa, definida como el patrón de presunciones básicas que el grupo ha aprendido para resolver problemas de adaptación externa y de integración interna, que han funcionado lo suficientemente bien para considerarlas válidas y transmitirlas a los nuevos miembros de la organización. La integración asistencial se fortalece por la existencia de una cultura común alineada con la misión y los objetivos de la OSI. La cultura puede ser analizada, entre otras, desde valores expuestos que son los expresados por el grupo en distintas situaciones. El objetivo es analizar elementos de la cultura organizativa en las OSI que influyen en la coordinación asistencial.

Métodos: Estudio de casos cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio, en seis OSI de Cataluña, mediante entrevistas individuales semi-estructuradas. Se diseñó una muestra teórica en dos etapas. Se seleccionaron las OSI y posteriormente los informantes. Se entrevistaron 37 directivos y 23 profesionales. Las entrevistas se grabaron y transcribieron textualmente. Se realizó análisis del contenido con generación mixta de categorías y segmentación por temas.

Resultados: Los informantes destacan elementos contenidos en la misión de su organización, con la cual están de acuerdo, aunque en casi todos los casos existen informantes que la desconocen. En ciertos casos, directivos y profesionales destacan la coordinación entre los niveles asistenciales y en uno, la atención centrada en el paciente. De los objetivos, los directivos conocen mejor los generales de sus organizaciones, entre los que algunas organizaciones destacan el trabajo coordinado entre niveles o la mejora de la coordinación entre proveedores de diferente titularidad del territorio; mientras los profesionales se refieren a objetivos del nivel asistencial propio o de la unidad. Los informantes se centran más en los objetivos que introduce el comprador de servicios que en los propuestos por la propia organización, emergiendo discrepancias en relación con los primeros principalmente en el colectivo de los profesionales. En la mayoría de los casos los profesionales los perciben como impuestos y, en algunos, rechazan su vínculo a incentivos económicos.

Conclusiones: En todos los casos analizados algunos informantes desconocen o están en desacuerdo con elementos como la misión y los objetivos de la organización lo cual podría dificultar la implantación de procesos relacionados con la coordinación asistencial.

Financiación. Parcialmente financiada por FIS 04/2688.

O-132. AGRESIONES AL PROFESIONAL SANITARIO

J.A. Marcos Herrero, E. Rivera Gómez-Arevalillo, M.C. Merino Castro, M.A. Bordés Poveda, et al

Gabinete Jurídico; Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir; Andújar.

Antecedentes/Objetivos: El profesional sanitario se enfrenta a diario en su trabajo a circunstancias que, en ocasiones, le superan. Éste es el caso de las agresiones. Ante esto cabe preguntarse cuáles son las medidas a aplicar para intentar paliar el problema. En este sentido, los objetivos del estudio son: (1) Analizar el funcionamiento del protocolo de actuación que tiene la empresa. (2) Concretar un mapa sobre servicios y categorías más afectadas. (3) Analizar la casuística de cada centro hospitalario dependiente de la EPHAG. (4) Comprobar cuál es la visión del profesional. (5) Conocer sus propuestas de mejora.

Métodos: Instrumentos: (1º) Información disociada de las agresiones comunicadas a la empresa, según formulario completado por el agredido. (2º) Encuesta anónima dividida en 4 bloques: el primero enfocado a la agresión en sí; el segundo para averiguar la opinión que los profesionales tienen del tema; otro recoge la visión que tienen de su centro de trabajo; y el último para las propuestas de mejora. Participantes: Para ambas variables los participantes son trabajadores de la EPHAG distribuidos en sus cinco centros de las provincias de Jaén y Córdoba.

Resultados: Según la información obtenida del Registro de Agresiones, desde el año 2005 hasta principios de 2008 se han comunicado 41 agresiones: 11,89% en el área de Urgencias, siendo DUE y Facultativos los más afectados (6,15 y 6,56%). Tan sólo hay constancia de 1 denuncia. En el caso de las encuestas, los más afectados son DUE, Facultativos y Celadores de las áreas de Urgencias (entre 30 y 35%), Hospitalización y Consultas Externas. Por otro lado, según sexo y edad, los datos vuelven a coincidir. Los trabajadores de entre 30 y 40 años son los más afectados, destacando que en Andújar hay mayor número de agredidas (37,5%).

Conclusiones: Como conclusión, deberíamos comprobar si hemos cumplido nuestros objetivos iniciales. Gracias a los datos obtenidos, se puede dibujar un mapa de riesgos en el que enfermeros y médicos de urgencias de los centros de Puente Genil y Andújar se destacan de los demás en el ranking de agresiones. Por otro lado, nos ha sorprendido descubrir la opinión de los profesionales de que el paciente no es el único responsable de la agresión, sino que existen otros factores desencadenantes, entendiendo que la formación de los sanitarios y la educación de la ciudadanía son elementos básicos en el entendimiento y respeto mutuo.

O-133. ABSENTISMO DE PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS DEL CASAR: REPERCUSIÓN ECONÓMICA Y DEMORAS

M. Alcolea Guerrero, S. Gorgemans, et al

IACS; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: El CASAR se ha creado con el fin de facilitar la accesibilidad de los pacientes de las zonas rurales a los servicios sanitarios pero el paciente citado no se presenta. La revisión de la literatura no aporta conclusiones significativas. El objetivo del estudio es definir el perfil tipo del paciente que no acude, una vez citado, a las consultas de atención especializada de los centros del CASAR y estimar la repercusión económica y sobre las demoras que esto supone y proponer soluciones para mitigar el problema.

Métodos: Después de depurar la base de datos (del programa informático de gestión de citas HP HIS gestionado en el CASAR) se han analizado 35.500 citas durante un periodo de cinco meses del 2008 para los centros de Jaca y Ejea. Se ha determinado el perfil del paciente ausente a través de un análisis estadístico (frecuencias, media y desviación típica) y las variables significativas (tests previos) con una regresión logística bivariada. Se ha calculado el coste aproximado por tiempo de trabajo no utilizado derivado de la no presencia del paciente citado, y de las pruebas no utilizadas.

Resultados: El perfil del paciente citado en el CASAR es: mujer, española, de 51 años, citada por la mañana en sucesivas, en Ejea y

para los servicios de Oftalmología, Rehabilitación, Traumatología y Ginecología. En las primeras consultas la no presencia está situada en el 11%. Fallan los extranjeros, el miércoles por la mañana. Las sucesivas tienen un absentismo del 10%. Fallan los nacionales los lunes por la mañana. Las variables significativas son: el tiempo de demora, el centro de procedencia y los servicios de Alergología, Dermatología, Ginecología y Rehabilitación. El análisis económico realizado para el Centro de Ejea y cuyos datos consideramos extrapolables al resto de los centros nos ha determinado unos costes por visita no realizada y por prueba diagnóstica fallida (6.500 y 1.300 euros). La demora en la asistencia sanitaria merma la satisfacción del usuario con el servicio. En algunas especialidades la ausencia tiene efectos negativos sobre la demora.

Conclusiones: Los resultados alcanzados permiten orientar al gestor hacia actuaciones en los servicios más afectados. Se diseña un algoritmo para el proceso de citación para evitar errores en la tramitación de las citaciones. El Consorcio es una institución que nació en el año 2006, su juventud es una cualidad que permite desde sus inicios la definición de unos protocolos de actuación en su Departamento de Gestión de Pacientes y de Documentación que faciliten la erradicación del absentismo desde la búsqueda de la eficiencia en la organización.

O-134. REMODELACIÓN DE LA RED HOSPITALARIA EN LA REGIÓN SANITARIA BARCELONA. VALORACIÓN DEL IMPACTO DE UN NUEVO HOSPITAL

E. Torné Vilagrassa, J. Benet Travé, M. Sualdea Pérez, A. Guarga Rojas, et al

Regió Sanitària Barcelona; CatSalut.

Antecedentes/Objetivos: El continuo crecimiento demográfico ha generado un aumento de demanda asistencial, lo que provoca la necesidad de crear nuevos recursos para dar una respuesta adecuada a las necesidades poblacionales. La creación de recursos beneficia a la poblacional aunque tiene importantes repercusiones sobre la red asistencial existente. Objetivo: Valorar el impacto que representa la creación de un nuevo hospital, y las repercusiones sobre el resto de centros, analizando la disponibilidad de recursos en los hospitales existentes.

Métodos: El estudio se estructura en 4 partes, ubicación del recurso, descripción de la población de referencia, actividad asistencial e impacto sobre los hospitales existentes. A partir del RCA descripción de la población donde se ubicará el nuevo recurso. Se calcula la tendencia de crecimiento en los próximos 5-10 años. A partir del CMBDAH se describen las características sociodemográficas, la actividad asistencial y la procedencia de la población atendida. Con los resultados obtenidos se calculan las necesidades asistenciales y el impacto que comportará sobre los hospitales lindantes y el resto de centros. Medición del impacto: análisis del número de camas hospitalarias necesarias para atender a la población, distribuida por servicios hospitalarios. Se han excluido del análisis las altas de elevada complejidad y las de pediatría-obstetricia, ya que no está previsto dotar al nuevo centro de dichos servicios.

Resultados: Población de referencia del nuevo hospital 153.000 habitantes, un crecimiento anual cercano al 2% (año 2010), reduciéndose al 1,5-1,2% (año 2015). Se estima que la mínima actividad será de 8.224 altas anuales, 45% médicas. Atenderá un 39% de población > 64 años i un 88% de las altas son de baja-mediana complejidad. Impacto sobre centros existentes, comporta una disminución de actividad, 18% y 14% en los dos hospitales lindantes, excluyendo actividad pediatra-obstetra y de alta complejidad. Se ha estimado el excedente, 68 y 43 camas en cada uno de los centros vecinos, más 23 camas distribuidas entre los centros del territorio. Recursos mínimos asistenciales del nuevo centro, 134 camas.

Conclusiones: La creación de un nuevo centro hospitalario presenta un recurso con un beneficio asistencial importante para la población. Considerar las necesidades es tan importante como valorar el excedente que puede aflorar en los centros existentes, ejercicio fundamental en la planificación sanitaria como adecuación de la oferta a las cambiantes necesidades de la población.

COMUNICACIONES ORALES XXII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Innovaciones de gestión en salud pública

O-135. ORIENTACIONES Y CONTENIDOS DE LA PROPUESTA DE LEY DE SALUD PÚBLICA DE GALICIA

M. Pereiras López, J.L. Aboal Viñas, M. Amigo Quintana, A. Gómez Amorín, X. Hervada Vidal, R. Medina González, C. Fernández Abreu, E. Fernández Nogueira, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; Applica asociados S.L.

Antecedentes/Objetivos: Con el objetivo de adaptarse al marco definido en la ley 3/2008 de Saúde de Galicia, la dirección general de salud pública, ha promovido la elaboración de una Ley de Salud Pública que defina adecuadamente su papel en el Sistema Público de Salud de Galicia y una nueva organización para la prestación de los servicios de salud pública. En esta comunicación se presentan la metodología seguida para su elaboración y las principales cuestiones que fueron causa de discusión.

Métodos: Para elaborar el anteproyecto de ley se ejecutaron las siguientes fases: Realización de una jornada para presentación de experiencias en otras comunidades autónomas y grupos de discusión sobre servicios de salud pública, en la que participaron tanto personal de los servicios de Salud Pública de Galicia como de otras Comunidades Autónomas; revisión de las iniciativas semejantes dentro y fuera del país; elaboración, discusión y aprobación de un documento marco; elaboración, discusión interna y aprobación de una versión articulada del anteproyecto de ley. A partir de ese punto seguiría la tramitación normal de los anteproyectos de ley.

Resultados: Se han identificado las siguientes áreas de discusión a lo largo del proyecto: la delimitación del papel de la salud pública dentro del sistema sanitario gallego (quedando restringida a la prevención primaria); diferenciación de los conceptos prestación, función, intervención, servicios de salud pública; esquema de la ley (ámbito/objeto, la prestación de salud pública, herramientas para garantizarla –intervenciones, inspección, sistemas de información, sistemas de calidad, sanciones– planificación/coordiación, agencia); competencias en salud pública de los municipios versus competencias de la autonomía; modelos organizativos para garantizar la prestación de salud pública; estructura territorial y por último donde radica la autoridad sanitaria.

Conclusiones: Las áreas de discusión han permitido identificar grandes temas dentro de la gestión de la prestación de la salud pública en los que todavía no se ha llegado a consensos útiles para la gestión del día a día de la salud pública. Creemos que es imprescindible la creación de foros técnicos de discusión de estos temas, abiertos a la participación y opinión de los múltiples profesionales dedicados a la salud pública de este país. Y siempre teniendo en cuenta que la participación es más efectiva si se realiza previamente y a lo largo de todo un proyecto y no al final del mismo sobre el producto elaborado, pues en este caso, la participación, se convierte en un mero opinar sobre el resultado final sin ninguna implicación.

O-136. ANÁLISIS DE COSTES DEL CATÁLOGO DE SERVICIOS DE LA ASPB

X. Bartoll, M. Macià, O. Comín, C. Casas, J.R. Villalbí, E. Camprubí, et al
Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La ASPB se dotó en 2003 de un catálogo de servicios que representa sintéticamente y de manera agrupada en 8 grandes áreas las actividades necesarias para dar respuesta a los encargos que le han sido encomendados por sus órganos de gobierno. Cada uno de estos servicios se desglosa hasta en un total de 46 líneas de actividad. En 1998-99 se realizó una estimación de los costes. El objetivo consiste en realizar una nueva estimación de costes por líneas de actividad para el año 2007, no se conoce estudio similar de otros entes públicos similares.

Métodos: Se pretende una atribución total de los costes ajustada a los criterios más racionales y disponibles. Así, se asignan gastos a líneas según un escalado de gastos inequívocamente directos a otros gastos menos directos o de estructura. En cada nivel de imputación se conserva la información del volumen de gasto imputado directo/indirecto. Para la atribución de los gastos de personal, que representan un 52% del gasto corriente, se procede mediante encuesta a las jefaturas sobre la dedicación porcentual atribuible a cada línea de la jornada laboral. Para los gastos de bienes y servicios se identifican los directamente atribuibles, y los de estructura se reparten según naturaleza del gasto mediante criterios de superficie y dedicación porcentual laboral principalmente. El coste de servicios mediadores se reparte a los servicios y líneas finalistas mediante inductores. Cuando la complejidad de la actividad lo requiere se realizan estudios de costes específicos, como es el caso del Laboratorio de l'ASPB. Debido a la atribución en cascada de los costes, se presentan también los resultados separadamente para aquellos costes cuyo criterio de atribución es menos analítico. Localmente se realizan ejercicios de estimación de costes para cambios de escala en los indicadores de actividad que involucren niveles y tasas de gastos fijos y variables diferentes a los actuales.

Resultados: Se obtiene el costo total atribuido por cada una de las 48 líneas de actividad. El rango de costes atribuidos va de los 1,1 millones de euros en vigilancia ambiental a los más de 7 millones en atención a las drogodependencias, que incluye servicios asistenciales. Alrededor de un 48% y 38% de los costes atribuidos se identifican como directos de personal y directos de bienes y servicios. Los gastos indirectos y de estructura representan el 14% del total de los costes.

Conclusiones: El análisis de costes es una condición para la decisión estratégica de la provisión pública de los servicios de salud. Una vez obtenido el gradiente de coste por actividad se hace conveniente compararlo con el gradiente efectividad impacto en salud de la actividad para representar el coste-efectividad generalizado de los servicios de salud pública en la ciudad de Barcelona.

O-137. SERVICIOS FINALES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA DE GALICIA

I. Conde Diéguez, J.I. Aboal Viñas, E. Fernández Nogueira, B. Seoane Díaz, R. Zubizarreta Alberdi, P. Daporta Padín, A. Malvar Pintos, J.A. Taboada Rodríguez, M. Álvarez Cortiñas, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; Applica asociados S.L.

Antecedentes/Objetivos: En el proyecto "Compromisos con clientes-usuarios" del Plan de Mejora de Gestión 2007-08 de la DXSP, se identificaron los servicios finales con capacidad directa de producir salud en el ciudadano, con el objeto de mejorar la calidad percibida por el cliente-usuario.

Métodos: Se elaboró una ficha para cada servicio que incluía: objetivo de salud, programas asociados, identificar al cliente, requerimientos del cliente respecto al servicio, requerimientos técnicos y normativos del servicio, puntos de contacto con el cliente en la prestación del servicio, responsable de esos contactos, requerimientos del cliente respecto a los puntos de contacto, mediciones de los requisitos del servicio y la existencia de encuestas a clientes-usuarios sobre el servicio. Se realizaron entrevistas y se mantuvieron 2 reuniones para consensuar conceptos.

Resultados: Se identificaron 24 servicios finales que son: proteger del humo del tabaco a las personas no fumadoras, proteger y fomentar hábitos de no consumo de sustancias tóxicas, fomento de hábitos alimentarios saludables, fomento de hábitos de actividad física saludable, protección y diagnóstico precoz del cáncer de mama, la detección precoz de sordera neonatal y de metabopatías, la disminución del riesgo de contraer: una enfermedad inmunoprevenible, una tuberculosis, VIH/ sida, una infección de transmisión sexual, una hepatitis vírica, una enfermedad transmisible viajando al exterior, una enfermedad al bañarse en el mar, en el río o en una piscina pública, una enfermedad al realizarse un piercing, tatuaje o micropigmentación, una enfermedad por broncearse, una enfermedad por manipular productos químicos, una enfermedad por beber agua de la traída, una enfermedad por legionella, una enfermedad por usar servicios de sanidad mortuoria, una enfermedad al consumir alimentos adquiridos en minoristas o consumidos en restauración colectiva.

Conclusiones: El listado está orientado al ciudadano, para que el nombre de los servicios pueda ser entendido. En general los servicios coinciden con la propuesta del sistema nacional de salud, con la gran diferencia de que no se utiliza “programa de...” sino el nombre del servicio incluyendo su objetivo. Se considera que un programa de salud pública puede prestar varios servicios y que para la prestación de un servicio puede que sean necesarios varios programas. Se han descrito otros servicios intermedios de la organización que serán incluidos en otra cartera de servicios. Posteriormente, se identificarán las expectativas de la población para establecer proyectos de mejora e incluir estas expectativas en la prestación del servicio.

O-138. GESTIÓN POR PROYECTOS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA (DXSP) DE GALICIA

J. González Zaera, J.L. Aboal Viñas, C. Fernández Abreu, M. Pereiras López, E. Fernández Nogueira, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; Applica asociados S.L.

Antecedentes/Objetivos: Tras la autoevaluación de la calidad de gestión en 2007, con el modelo de Directrices de la Xunta de Galicia, adaptación del modelo EFQM, se identificó como oportunidad de mejora, la “mejora de la gestión de los proyectos”, con el objetivo de elaborar una sistemática común para definición, control y evaluación de proyectos, orientado a mejorar los resultados de la organización.

Métodos: En la elaboración de la memoria del proyecto “Mejora de la gestión de proyectos” se ha utilizado el sistema interno de gestión de procesos de la DXSP, para cuyos apartados se utilizó la norma ISO 10006:2003. Se eligió un número reducido de proyectos, que implicaban a todas las unidades de la DXSP. El programa de gestión de proyectos utilizado fue el programa ATLAS de la Consellería de Sanidade.

Resultados: El formulario para la elaboración de la memoria tiene los siguientes apartados: 1-Contexto, visión y requisitos (¿para qué?); 2- Objetivos y descripción (¿qué?); 3-Beneficiarios/ partes interesadas (¿para quién?); 4- Tareas, responsables, productos y fechas (¿cómo, quién, cuándo?); 5- Recursos y estructura organizativa necesarios (¿con qué?); 6- Factores críticos para el éxito y sistema de medición e mejora. Se aplicó a 13 proyectos de diferentes ámbitos como proyectos de promoción de la vida sin tabaco, la vacunación

del papiloma virus, manuales para el programa de detección precoz de cáncer de mama o proyectos de gestión interna. En todos los casos se pudo incluir la información necesaria para gestionar los proyectos. Una vez elaboradas las memorias, se informatizaron en el ATLAS, después de facilitar la formación necesaria. Igualmente, se ha elaborado la memoria de un proyecto para sistematizar la elaboración, aprobación, gestión y control de proyectos que será aplicado durante el año 2009. Los responsables de los proyectos han considerado útil la herramienta para mejorar la gestión.

Conclusiones: La elaboración de una memoria donde se describe e identifican las todas las tareas, ajustando el tiempo de realización, ha permitido una mejor planificación de los proyectos, disminuyendo el clásico error de programación en el tiempo de finalización estimado. Se han identificado modificaciones dentro del programa informático ATLAS que permitirán un mejor aprovechamiento del mismo. Con la implantación de este proceso, en 2010, los proyectos que se vayan a realizar tendrán que haber pasado por las distintas fases definidas en el mismo. En un futuro esta herramienta servirá para elaborar unos presupuestos basados en proyectos, de tal manera que cualquier inversión deba estar asociada a un determinado proyecto.

O-139. INTELIGENCIA: INNOVACIÓN EN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

A. Colom Umbert, B. Galmés Santandreu, I. Riutort Ozcariz, P. Palou Vidal, et al

Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Salut del Govern Balear.

Antecedentes/Objetivos: La Protección de la Salud Pública, en la gestión de riesgos, ha de incorporar herramientas que faciliten un abordaje pro-activo en sus procesos implicando en ello a los operadores económicos y generar así valor para ambas partes.

Métodos: En 2002 se inició una aplicación informática basada en bases de datos relacionales, montada sobre portátiles en local. Se ha evolucionado a un sistema de movilidad vía Web donde cada tablet PC dispone de conectividad 3G integrada para acceder a Internet. Esto permite, mediante una página Web publicada en un servidor, tener información a tiempo real, de la cuantificación del riesgo de las empresas. Además, el hecho de tener las empresas georreferenciadas posibilita su visualización en un mapa web, simbolizando dichas empresas en función de su sector, actividades, riesgos, personal, etc. La parte geográfica de la información es almacenada y servida a través de la infraestructura de datos espaciales de las Illes Balears (IDEIB), lo que permite su análisis mediante sistemas de información geográfica (SIG). Este análisis es de utilidad tanto para planificar las tareas de inspección y auditorías como para actuar más rápidamente en caso de una emergencia. La herramienta utilizada ha sido el FileMaker que puede ser gestionada por personal no técnico en informática, permitiéndoles llevar la dirección operativa del control oficial, con indicadores de proceso, “outputs” y “outcomes” en Salud Pública.

Resultados: En la Organización: La aplicación informática ha permitido conocer el “riesgo” a tiempo real de 508 industrias, 780 hoteles, 27 hospitales y 10 mataderos. Está en fase de pruebas el control de las aguas de consumo humano de las 130 entidades gestoras autorizadas. En las Personas: Los técnicos podrán mejorar la curva de aprendizaje, planificarse rutas, flexibilizar el horario laboral y optimizar su tiempo, por la geo-referenciación de los establecimientos con una visibilidad que permita la realización de auditorías internas. En los Clientes: Los operadores económicos han mejorado la percepción de la administración, han optimizado el tiempo y han visto reforzado su autocontrol, basado en el sistema HACCP (Hazard Analisis and Critical Control Points).

Conclusiones: Los sistemas de información (SI) diseñados “desde y para” los procesos operativos permiten, mediante el uso de las TIC, retroalimentar la “inteligencia” de la Salud Pública. Dichos SI evaluarán el impacto en salud, de las acciones que se realizan con los operadores económicos en algunas interfases de los determinantes de la Salud Pública.

O-140. INDICADORES PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

J.R. Villalbí Hereter, C. Casas Segalà, X. Bartoll, M. Ballestín Alastuey, E. Camprubí Garreta, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Los servicios de salud pública cubren un espectro de actividades amplio y algo heterogéneo. Con la definición de catálogos o carteras de servicios de salud pública se avanza en su formalización y visibilidad. Para obtener un buen seguimiento de su desempeño se hace preciso disponer de indicadores apropiados para el seguimiento y la evaluación de estos servicios.

Métodos: Mediante la revisión de los indicadores utilizados previamente y discusiones con los responsables de los servicios se intenta definir un sistema de indicadores para un control de gestión más integral de las líneas de trabajo incluidas en el catálogo de servicios de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, buscando una batería de indicadores cuya obtención y uso sea viable y aporte valor al seguimiento. Para cada producto o servicio se proponen tres ámbitos: actividades o producción; cobertura, resultados o calidad; y coste.

Resultados: Se obtienen indicadores cuantitativos para todos los servicios productivos de salud pública identificados en el catálogo de servicios, pero en algunas líneas de trabajo no parece factible cubrir los tres ámbitos definidos con indicadores específicos, sensibles a los cambios, y que puedan estar realmente disponibles en el momento en que se requieran. Para los servicios de coordinación y enlace parece mucho más difícil disponer de indicadores válidos y sensibles a los cambios.

Conclusiones: Es factible el desarrollo de un sistema de información de gestión para los servicios de salud pública que permita comparaciones a lo largo del tiempo o entre territorios. Se aprecia que para algunas líneas de trabajo, los indicadores de producción o actividad plantean dilemas. Los indicadores que reflejan la cobertura, calidad o impacto de los servicios con frecuencia no están disponibles en tiempo real, y esto comporta limitaciones en su uso. La elección de indicadores de coste comporta opciones con repercusiones en la forma de valorar los servicios. Se constata que es difícil resumir en unos pocos indicadores la diversidad de las líneas de trabajo activas. Esto tiende a producir un exceso de información que puede desbordar al responsable político o de gestión no especialista, y hacer menos visible el producto de los servicios de salud pública.

O-141. MODERNIZACIÓN Y MEJORA DE LA GESTIÓN INTERNA DEL ÁREA DE SALUD Y CONSUMO DEL AYUNTAMIENTO DE BILBAO

J.J. Orduna Zubiri, A. Etxebarria Lamborena, et al

Ayuntamiento de Bilbao-Área de Salud y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: El Ayuntamiento de Bilbao está inmerso en un proyecto integral de modernización y mejora de la gestión interna tomando como referencia el Modelo EFQM de Excelencia. Tras intentos anteriores, en el año 2004 se decide impulsar de forma definitiva este modelo de gestión de mejora continua que contempla como puntos básicos la orientación a los resultados que debe satisfacer a todos los “grupos de interés”, la clara orientación al cliente,

la gestión por procesos, el desarrollo e implicación de las personas y otros que contempla el referido Modelo.

Métodos: El primer Objetivo tiene cuatro Líneas Estratégicas: – Educación y Promoción de la Salud – Prevención de las Drogodependencias – Control de animales – Cementerios En el segundo se definen tres: – Control sanitario de los alimentos y del medio urbano – Oficina de Información al Consumidor – Mercados Posteriormente, se desarrolla el Mapa de Procesos del Ayuntamiento, dividido, como es habitual, en Procesos Estratégicos, de Apoyo y. Marcado este Mapa general, el Área de Salud y Consumo pasa a definir su propio Mapa de Procesos, con los siguientes Procesos Operativos: 1º.- Promoción de la Salud 2º.- Fauna Urbana 3º.- Atención a la Persona Consumidora y Usuaría 4º.- Control sanitario del Medio Urbano 5º.- Seguridad Alimentaria 6º.- Servicios Técnicos y de Administración 7º.- Atención a la ciudadanía.

Resultados: El proyecto de modernización se ha apoyado en numerosas herramientas de calidad: – Formación del personal – Mejora de la Comunicación interna – Realización de Encuestas a trabajadores, usuarios y población – Desarrollo de indicadores – Elaboración y certificación de Cartas de Servicio – Certificaciones de calidad según Normas ISO – Implementación de procesos transversales, etc.

Conclusiones: El desarrollo de este Plan global precisa en la Administración Local, de un apoyo decidido del estamento político y de una indudable posición de liderazgo. En nuestro caso, ha sido clave la creación de un Servicio dedicado en exclusiva a este Plan, que ha actuado como dinamizador y ha desempeñado un rol de figura transversal ante los equipos de trabajo. Por fin, en lo concerniente al Área de Salud y Consumo, se ha conseguido un equipo directivo dinámico, bien formado, comprometido e impulsor decidido de la mejora continua como herramienta fundamental para el desarrollo de nuestras actividades, que ha dinamizado al resto del personal y ha prestado su apoyo incondicional.

O-142. MEJORA DEL CLIMA LABORAL EN UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD PÚBLICA

R. Vizoso Villares, J.L. Aboal Viñas, E. Cruz Ferro, I. Sarceda Rodríguez, E. Gómez Fernández, P. Daporta Padín, A. Malvar Pintos, M. Otero Regueijo, M. Corujo Quintero, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; Applica asociados S.L.

Antecedentes/Objetivos: Se definió el proyecto “medición del clima laboral” para conocer la situación y poner en marcha acciones de mejora. Este proyecto es uno de los cinco del plan de mejora de gestión de la dirección general de salud pública 2007-08, definidos tras el proceso de autoevaluación realizado siguiendo el modelo de directrices de calidad de gestión de la Xunta de Galicia, que es una adaptación del modelo EFQM.

Métodos: Se realizó una encuesta, adaptando el modelo de la división de calidad de Renault, con 44 preguntas agrupadas en 8 factores objeto de evaluación: adhesión a la dirección, primacía del cliente, la comunicación en la dirección, las relaciones con otros servicios, las relaciones en el propio servicio, la satisfacción en el puesto de trabajo, la satisfacción retributiva y profesional y la extensión de la mejora en el último año. Para la adaptación interna de la encuesta se hizo una preencuesta a tres personas de la dirección. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Para la identificación de acciones de mejora se creó un grupo de trabajo en el que participaron voluntariamente 7 personas de la dirección: dos administrativas, tres técnicas, una jefa y un jefe de servicio. Para la elaboración de los proyectos de mejora se utilizó la metodología ISO 10.006:2003 “Directrices para la gestión de la calidad en los proyectos”. Los resultados de la encuesta fueron comparados con las encuestas realizadas en la dirección en los años 1999 y 2000.

Resultados: contestaron 68 personas (75,56%) con los resultados siguientes: altísimo nivel de adhesión a la dirección, aceptación de orientación al cliente, la comunicación en la dirección debe mejorar, coordinación entre los servicios insuficiente, las relaciones dentro del mismo servicio tiene una valoración muy positiva, la valoración de la satisfacción en el puesto de trabajo es positiva resaltando la baja confianza en el futuro profesional en la dirección, tanto la retribución como la carrera profesional son el elemento más críticos de la insatisfacción y, por último, solo para un tercio de los trabajadores mejoró la organización en el último año. El resultado es similar a las encuestas de 1999 y 2000. El grupo identificó 20 acciones de mejora que fueron presentadas y aprobadas por la dirección. Para llevarlas a cabo, se elaboraron 7 nuevos proyectos que están en fase de implantación.

Conclusiones: La herramienta aportó información para identificar 20 acciones de mejora transformadas en 7 proyectos que están en su fase de implantación. A los 2 años del anterior se pasará de nuevo el cuestionario para medir el impacto de las acciones en el clima laboral.

COMUNICACIONES ORALES XXIII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Tabaco: hábitos e intervenciones para reducir SU USO

O-143. HÁBITOS Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL TABACO EN ADOLESCENTES

O. Moyano Jiménez, L. Córdoba Garrido, R. Perea Rafael, I. Hinojosa Núñez, J.F. Espada Muñoz, F. Pozo Muñoz, M. Gallardo Montoro, M. Córdoba Garrido, J. Pinazo Luque, et al

Área Sanitaria Norte de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: El tabaquismo es la consecuencia de un proceso que comienza incluso antes de probar el primer cigarrillo. Casi todos los estudios muestran que la transición desde el uso habitual de tabaco a la dependencia suele tener lugar durante la adolescencia, momento en el que se es más vulnerable a ciertos factores sociodemográficos, ambientales y personales que aumentan sus riesgos de iniciación en el uso del tabaco. Existen numerosos factores que se han identificado como de riesgo relacionados con la iniciación y el uso de tabaco, por eso, sin llegar a olvidar el carácter adictivo del tabaco, se ve como necesaria la evaluación de los conocimientos y hábitos que tienen los adolescentes que tienen sobre el tabaco.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal 195 estudiantes de 1º a 4º de E.S.O. matriculados en el I.E.S. Salvadora Muñoz del municipio Villanueva de Algaidas (Málaga). Se realizó un cuestionario autoadministrado en el que se evaluó el hábito, la dependencia física y los conocimientos. Este cuestionario fue recogido in situ previamente a la realización de un taller formativo para todos los alumnos incluidos en el estudio.

Resultados: Del total de encuestados el 46,1% han probado alguna vez un cigarrillo. La media de edad de inicio en todos los cursos fue de 11,14 años. Se han visto diferencias significativas en la edad de inicio entre los diferentes cursos, siendo menor en los cursos de 1º y 2º E.S.O. ($p < 0,0001$). La media del valor del test de Fageström entre los que se declararon fumadores fue de 5 puntos, el 52,6% tenía una puntuación igual o superior a 5 puntos (dependencia física media). La mediana de puntuación en conocimientos fue de 3,75 sobre 10. Esta puntuación se incrementa progresivamente a lo largo de los cur-

sos ($p < 0,0001$), sin embargo tan solo un 16,9% consiguió una puntuación igual o superior a 5.

Conclusiones: Los adolescentes continúan incorporándose al consumo del tabaco cada vez a edades más tempranas. A pesar de la información existente sobre tabaquismo, el conocimiento que los adolescentes tienen del mismo es deficiente. Por lo tanto será de utilidad implementar estrategias de prevención en estos jóvenes, priorizando las intervenciones en los alumnos de 1º y 2º de E.S.O., lo que resultará de utilidad para la realización de nuevos estudios para evaluar el impacto de las intervenciones en este campo.

O-144. CUESTIONARIOS SOBRE EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO EN ESPAÑA, ¿CÓMO LO ESTAMOS HACIENDO?

S. Manzanera, Grupo de Trabajo de Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología (GTT-SEE)*, et al

UD IMAS-UPF-ASPB.

Antecedentes/Objetivos: La exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) causa cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y otros problemas de salud. Disponer de datos de exposición a nivel poblacional es importante en términos de salud pública. Sin embargo, no existe un consenso sobre cómo recoger dicha información mediante cuestionario. El objetivo es revisar los cuestionarios de estudios españoles en los que se ha recogido la exposición al HAT.

Métodos: Se identificaron los cuestionarios con preguntas sobre HAT a partir de la revisión de encuestas y estudios de salud locales, autonómicos y nacionales realizados en España desde 1983. Además, se realizó una búsqueda en PubMed de trabajos en castellano o inglés sin límite de fecha. Se obtuvieron los cuestionarios originales directamente de los responsables o de sus instituciones. De cada cuestionario se identificaron las preguntas sobre exposición al HAT, y se recogió información sobre el tipo de población al que estaban dirigidas (población general, escolares y otros). Cada pregunta se clasificó según el entorno en el que se medía la exposición (casa, trabajo o centro de estudios y lugares de ocio). Para cada entorno, se cuantificó el número de cuestionarios que medían duración o frecuencia de la exposición y el de los que medían intensidad.

Resultados: Se revisaron un total de 24 cuestionarios: 6 de ámbito local, 14 autonómicos y 4 nacionales. 17 (70,8%) cuestionarios estaban dirigidos a la población general, 5 a escolares y 2 a otras poblaciones específicas. Todos los cuestionarios recogían información sobre exposición en el hogar, 19 (83,3%) preguntaban por exposición en el trabajo y/o centro de estudios y 21 (87,5%) por exposición en lugares de ocio. Respecto a la información sobre exposición en el hogar, 23 cuestionarios (95,8%) recogían información sobre la duración y/o frecuencia y 12 sobre la intensidad de la exposición. Sobre exposición en el trabajo, 16 (84,2%) preguntaban por la duración o frecuencia de la exposición y 7 por la intensidad de ésta. En cuanto a los lugares de ocio, 20 cuestionarios (83,3%) recogían información sobre la duración y/o frecuencia de la exposición, y 3 sobre la intensidad de ésta.

Conclusiones: Existe una amplia variedad de tipo y número de preguntas entre cuestionarios. El entorno de exposición más estudiado es el hogar. Asimismo, la duración o frecuencia de la exposición se recoge en la mayoría de cuestionarios, a diferencia de la intensidad. Sería oportuno establecer un consenso para estandarizar la medición de la exposición a HAT a través de cuestionarios en España, con el objetivo de disponer de indicadores comparables.

*GTT-SEE: Ariza C, Fernández E, Galán I, López MJ, Moncada A, Montes A, Nebot M, Pérez-Ríos M, Schiaffino A.

O-145. EVALUACIÓN DE LA LEY 28/2005 DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO EN TRABAJADORES FUMADORES DE LA HOSTELERÍA

J.M. Martínez-Sánchez, E. Fernández, M. Fu, M. Pérez-Ríos, J.A. Pascual, M.J. López, A. Schiaffino, C. Ariza, E. Saltó, et al

Institut Català d'Oncologia; Direcció General de Salut Pública. Xunta de Galicia; Institut Municipal d'Investigació Mèdica; Agència de Salut Pública de Barcelona; IMSABS. Ajuntament de Terrassa; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: El 1 de enero de 2006 entró en vigor en España la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. La ley prohíbe fumar en los lugares de trabajo, pero los bares y restaurantes son una importante excepción. Los estudios de evaluación de las leyes de control del tabaquismo en población fumadora son escasos. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la Ley 28/2005 en fumadores que trabajan en el sector de la hostelería.

Métodos: Estudio de una cohorte de 431 trabajadores de la hostelería (49,6% fumadores) seguidos 1 año después de la entrada en vigor de la Ley. De la cohorte inicial formada entre octubre y diciembre de 2005, 288 fueron seguidos (118 fumaban al inicio). Se evalúa la tasa de abandono, la reducción en el consumo de cigarrillos por día, los cambios en dependencia nicotínica medida por el test de Fagers-tröm (FTND) y los cambios en la concentración de cotinina en saliva.

Resultados: La tasa de abandono fue de 5,1%. De los 112 fumadores que continuaban fumando, el 41,1% redujo su consumo (media 17,9 vs 16,3 cigarrillos por día, $p < 0,01$). La proporción de trabajadores con una dependencia alta a la nicotina (FTND > 6) se redujo a la mitad después de la ley (19,5% vs 9,7%, $p < 0,05$). La concentración de cotinina en saliva se redujo un 4,4% (media geométrica 104,3 vs 99,7 ng/ml, $p < 0,05$). La reducción del número de cigarrillos fumados y las concentraciones de cotinina en saliva fue mayor en los fumadores que trabajaban en locales donde estaba totalmente prohibido fumar. No se encontraron diferencias en el FTND según la regulación del local.

Conclusiones: Un año después de la introducción de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo se observan efectos beneficiosos para la salud de los trabajadores fumadores, ya que se reduce el número de cigarrillos fumados, la cotinina en saliva y la dependencia alta a la nicotina. Estos efectos son mayores en los trabajadores de locales donde hay una prohibición total de fumar.

Financiación. Direcciones Generales de Salud Pública de las Consejerías de Sanidad de las Islas Baleares, Cantabria, Cataluña, Galicia y Comunidad Valenciana. Instituto de Salud Carlos III (FIS PI052072, CIBERESP CB06/02/0032, y RTICC RD06/0020/0089); y de la Conserjería de Universidades e Investigación de la Generalitat de Catalunya (SGR200500646).

O-146. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

M. Santiñá, J. Grau, A. Torres, et al

Servicio de Medicina Preventiva. UASP. Hospital Clínic de Barcelona; Servicio de Neumología. ICT. Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La prevención del tabaquismo es un programa prioritario de salud pública de la Unión Europea y de la OMS. En Cataluña se desarrolló la Red de Hospitales sin humo con el objetivo de implantar estrategias encaminadas a conseguir que los espacios de los hospitales estén libres de humo de tabaco. El Hospital Clínic se adhirió a esta Red en el año 2003. En este trabajo presentamos los resultados obtenidos tras tres años de actividad.

Métodos: En el año 2004 determinamos la prevalencia de trabajadores fumadores en el hospital, utilizando el modelo diseñado por la

red europea de hospitales sin humo, tanto en cuanto a la metodología de recogida de datos como al uso del instrumento diseñado a tal fin. Posteriormente implantamos las medidas encaminadas a reducir el número de trabajadores fumadores, consistentes en una campaña de comunicación, la señalización de todo el hospital como un espacio libre de humo, la estructuración de un servicio de deshabituación tabáquica y el seguimiento de todo ello a través de una Comisión multidisciplinar. En el año 2007 volvimos a realizar la determinación del número de trabajadores fumadores y del lugar donde estos fumaban, mediante el mismo modelo de encuesta y la misma metodología de recogida de datos que utilizamos el año 2004. Los datos se procesaron utilizando el programa estadístico SPSS v.14. La comparación de proporciones de ambos años se realizó mediante análisis del chi-cuadrado y la de medias mediante la *t* de Student.

Resultados: La prevalencia de trabajadores fumadores había bajado al 27,4% (2007) frente al 35,5% del 2004. Este descenso se objetivaba tanto en hombres (26,8% vs 38,6%), como en mujeres (27,6% vs 33,3%), pero no se producía en todos los estamentos; así mientras los médicos referían fumar menos (18,6% vs 25,85), enfermería no reflejaba un descenso tan acusado (33,5% vs 35,6%). En relación a los espacios donde fumaban, se observó descensos en todas las dependencias del hospital (despachos, salas de relax, offices de enfermería, cafetería, comedor laboral) pero por el contrario aumento la respuesta del fumador que indicaba que fumaba en otros sitios.

Conclusiones: El proyecto de hospital sin humo está teniendo éxito en los objetivos planteados, aumentando la sensibilización de los trabajadores a no fumar en el hospital, pero debe continuar su trabajo para evitar que se fume dentro de cualquier dependencia del hospital. Así como continuar realizando acciones para que los fumadores dejen el tabaco, sobre todo en aquellos colectivos donde la reducción es menos evidente.

O-147. DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS DE LA CESACIÓN TABÁQUICA EN ADOLESCENTES SEGÚN SU PERFIL FUMADOR

F. Sánchez-Martínez, C. Ariza, I. González, O. Juárez, M. Nebot, Grupo coordinador del proyecto ASC en España, et al

CIBER de Epidemiología y Salud Pública CIBERESP; Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio es establecer la relación entre el perfil fumador de los adolescentes y el éxito en la cesación tabáquica a partir de los resultados del proyecto europeo "Adolescent Smoking Cessation" (ASC) en el cual participaron escolares de Barcelona, Córdoba, Logroño, Pontevedra, Vigo y Vitoria de España.

Métodos: Entre octubre y noviembre de 2004 se reclutaron 1.234 adolescentes fumadores de 41 escuelas de las 6 ciudades participantes. De ellos, 206 (16,7%) asistieron a la selección. De éstos, 117 (9,5%) iniciaron la intervención siendo 66 (5,4%) los realmente expuestos a ella. La información se recogió mediante un cuestionario autodeclarado que había sido validado previamente. Se obtuvo datos relativos al consumo de tabaco, variables psicosociales asociadas al consumo, variables ligadas a la cesación (intención de conducta, intentos previos, dependencia, motivación y autoeficacia) y datos sobre el consumo de cannabis. Los participantes fueron reencuestados al finalizar la intervención.

Resultados: De los 66 participantes el 65,2% eran chicas y la edad media 17,4 años. Del total, a los 6 meses, el 24,2% (16) había dejado de fumar, el 57,6% (38) redujo el consumo y el 18,2% (12) no cesó ni redujo el consumo. El 87,5% de los que cesaron estaba en fase de preparación, frente al 42,1% y el 41,7% de los que redujeron y los que ni cesaron ni redujeron respectivamente ($p < 0,05$). La motivación para dejar de fumar fue alta entre los que cesaron y moderada

entre los que no ($p < 0,05$). La puntuación media en la escala de la autoeficacia para no fumar en situaciones que plantean hacerlo fue superior entre los que cesaron (4,3) que entre los que redujeron (3,4) y los que ni cesaron ni redujeron (2,2) aunque no fue estadísticamente significativa. La cesación del consumo de cannabis en los adolescentes que dejaron de fumar tabaco fue superior a aquellos que no lo consiguieron ($p < 0,05$). No hay diferencias respecto a la dependencia de la nicotina.

Conclusiones: La cesación tabáquica es más efectiva en adolescentes en fase de preparación para dejar de fumar, con motivación alta para dejarlo y con mayor autoeficacia para no fumar en situaciones que plantean hacerlo. Los resultados muestran una mayor probabilidad de éxito en la cesación si se abandonan conjuntamente el consumo de tabaco y cannabis entre los consumidores de ambas drogas. No obstante son necesarios estudios con muestras superiores para confirmar la consistencia de este perfil.

*Gr coordinador del proyecto ASC en España: B. Alonso (Xunta de Galicia), I. García-Sádaba (Junta de Andalucía), A. Esteban (Gobierno de la Rioja) y F. Gómez (Ayuntamiento de Vitoria).

O-148. UNA EXPERIENCIA DE GESTIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD: GALERÍA INTERACTIVA TABACO-JÓVENES

E. Gala Oceja, A. Mesas Rodríguez, N. Prieto García, et al

Distrito Sanitario Costa del Sol. SAS.

Antecedentes/Objetivos: Realizar actividades de promoción de salud en los Institutos de Secundaria (IES) implicando a los tutores y potenciando la participación del alumnado para trabajar con intersectorialidad y acción local es complicado. Fortalecer a los profesionales de Atención Primaria desde su práctica y apoyar el papel conjunto que tienen con los Orientadores de los IES es una estrategia. La hipótesis es que estructurando una actividad adaptada al entorno, flexible y versátil, con materiales atractivos, sencillos pero novedosos y ahorrando a los sanitarios tiempos preparación y logística se consigue mayor implicación, adherencia, y rentabilidad de recursos. Objetivo: trabajar Tabaco en 20 Institutos de la Costa del Sol a bajo coste y alta rentabilidad, con nuevos formatos donde puedan interactuarse y servir de plataforma de comunicación en salud, con bidireccionalidad entre iguales, profesionales-jóvenes, educación-salud.

Métodos: Diseño de exposición interactiva ubicada en zona visible del Instituto y de paso de todo el alumnado; que ofrezca a profesores material y estímulo para trabajar en tutorías: "Espacio de construcción compartida, encuentro, reflexión y participación entre los jóvenes respecto al Tabaco" resaltando la elección positiva de "No Fumar". Consta de cinco secciones (reflexión, participación-expresión, lúdica, refuerzo y adhesión "Yo, Elijo No Fumar") La estrategia y diseño de materiales se elabora en el Servicio de Promoción de Salud y al Unidad de Tabaquismo del Distrito Costa del Sol quien unifica criterios con Centros de Salud y entrega los materiales editados en imprenta para su Instituto. Se elabora evaluación y cronograma coordinado.

Resultados: 23 sanitarios implicados, 3 ediciones consecutivas. Pilotaje en 2006 en 5 Institutos, cobertura del 90% en 2007 (19) y del 88% (22) en 2008 beneficiándose 11.680 alumnos en 2007 y 16.060 en 2008; duración media de 9 días de exposición. 4 Horas de trabajo por sanitario/instituto/año ha producido participación activa de 368 aulas y 628 tutores que desarrollaron actividades generando 1.277 horas de trabajo sobre el tema que aporta una actividad inducida en 64,25% de los alumnos matriculados en 2007 y del 52% en el 2008. (15.864). Evaluada su repetición hay opinión favorable en el 94% de los IES. Satisfacción de 8 sobre 10. Participación alumnos: 615 aportaciones en panel libre expresión, 712 en producción propia y 2818 registros en libro de adhesiones. Coste de actividad de 0.21 Euros/alumno.

Conclusiones: La actividad ha resultado efectiva en sus objetivos con alta participación, rentabilidad, replicabilidad y bajo coste. El proceso en cascada ha obtenido que 1 hora de sanitario se haya multiplicado por más de 18 veces en la implicación de profesionales docentes en 2007 y casi 15 veces en el 2008.

O-149. LA CREACIÓN DE LA RED DE FORMADORES DEL PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO DE ANDALUCÍA

A. Lupiáñez Castillo, J.M. Aranda Regules, L.A. López Fernández, M.B. Gil Barcenilla, P. Mesa Cruz, P. Fuentes Lozano, et al

EASP; SAS.

Antecedentes/Objetivos: El Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía (2005-2010) plantea el reto de formar a la totalidad de profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público Andaluz (56172) en el abordaje del tabaquismo en intervención básica y a los profesionales responsables de programas y procesos relacionados con el tabaquismo en intervención avanzada individual y grupal. La Red de Formadores se plantea como una necesidad con los siguientes objetivos: 1. Identificar y contactar a todos los profesionales relevantes en el campo del tabaquismo en Andalucía dispuestos a colaborar. 2. Conformarlos como grupo, con identidad propia, impulsor del programa de formación y del Plan dentro de los servicios sanitarios y otras instituciones públicas y privadas de Andalucía. 3. Constituir un recurso humano permanente para futuros desarrollos del Plan.

Métodos: Se realizó a través de la técnica bola de nieve un sondeo de las redes andaluzas de tabaquismo existentes y una revisión de los últimos 10 años de publicaciones científicas y congresos en busca de profesionales relevantes en tabaquismo (a nivel asistencial, docente o investigador). Posteriormente se sondeó su disponibilidad a participar en el proyecto y la Red quedó inicialmente constituida por 279 miembros. Formada la Red, se partió de un diseño inicial y clases preparadas para 7 tipos de cursos (intervención básica, procesos asistenciales relacionados con el tabaco, tabaquismo pasivo en niños, intervención avanzada grupal y coordinación del programa de tabaquismo) que se enviaron a los miembros por correo electrónico y postal. 68 profesionales realizaron aportaciones a los materiales enviados modificándose las propuestas iniciales que acabaron de perfilarse en un taller de expertos (con miembros seleccionados de la Red y consultores del resto del estado) hasta su diseño definitivo. Estos recursos quedaron recogidos en un maletín que constituye un distintivo tangible de la imagen horizonte de la Red y una señal de identidad como grupo. Para facilitar los contactos entre las personas integrantes se creó la plataforma de comunicación virtual (www.reformadorespita.org) y se estableció una estructura de gestión de la red (unipersonal, ubicada en la Escuela Andaluza de Salud Pública y estrechamente vinculada con la dirección del Plan).

Resultados: Se generó un modelo formativo en tabaquismo propio de Andalucía, con amplio consenso entre los profesionales dedicados al tema. La Red ha ido creciendo hasta alcanzar los 530 miembros actuales. La Red ha formado a 10.216 profesionales a 30 de abril de 2008.

Conclusiones: La creación de la Red ha sido un recurso importante en la consecución de objetivos de formación del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía y un elemento generador de innovación.

O-150. ESTRATEGIA DE FORMACIÓN DE TERAPEUTA EN TABAQUISMO PARA PROFESIONALES SANITARIOS

E. Gala Oceja, A. Mesas Rodríguez, J. Sánchez Ibáñez, et al

Distrito Sanitario Costa del Sol. SAS.

Antecedentes/Objetivos: El Distrito Sanitario Costa del Sol (DSCS) apostando por el desarrollo competencial diseña una Estrategia Forma-

tiva que capacite al profesional sanitario como terapeuta en Tabaquismo y pueda ser referente en su Centro de Salud (CS), implantar la Unidad de Tabaquismo (UT) y poder ofrecer un Programa Grupal multicomponentes de deshabituación tabáquica a la población de su propio Centro de Salud, siendo el problema el largo tiempo de formación que se precisa y el importante número de grupos de deshabituación que se requiere para entrenarse adecuadamente. OBJETIVOS Formar 1 médico/a-1 enfermero/a por CS como responsables del Programa de Tabaquismo Implantar una UT que ofrezca intervenciones básicas, avanzadas (individuales y grupales) y actividades de prevención y promoción de salud Ampliar la Red Local de Atención al Tabaquismo (RLAT).

Métodos: Junio'07: diseño y acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía del Taller de capacitación para Intervención avanzada en Tabaquismo (75h y 16,7 créditos) con docentes expertos propios y de la Red Local (miembros de la Red de Formadores PITA y de la RLAT) Proceso formativo (Octubre'07/Marzo'08): -Taller teórico-práctico en Intervención Avanzada (35h incluye metodología grupal) -Elaboración Plan de Trabajo por CS (10h no presenciales) -Taller de entrenamiento en manejo de grupos terapéuticos como co-terapeuta (15h) y terapeuta supervisado (15h) en su CS para afianzar destrezas pero ya ofreciendo un grupo de deshabituación en CS.

Resultados: Formación de 19 profesionales 15 AP: 3 médicos, 3 médicas, 5 enfermeros, 5 enfermera, 4 Hospital Costa del Sol (HCS) (Unidad Riesgos Laborales (URL) y M Interna). Implantación escalonada a partir de 6 meses de UT en 11 de 12 CS (1ª en Marzo'08), 1 en URL del HCS. Ampliación de RLAT que tras el curso asciende a 35 profesionales potenciándose la interacción coordinada entre profesionales, la intersectorialidad y acción local Evaluación alumnos (marcan muy alto): Conocimientos adquiridos pre-postest 7,95 Competencia docentes 94,74% Capacidad adaptación docentes 84,21% Cumplimiento objetivos 89,21% Metodología docente 89,47% Presentaciones y bibliografía 63,16% Nivel satisfacción general 91,31%.

Conclusiones: Este diseño de "formación-acción" que utiliza parte del entrenamiento profesional como oferta de servicio directo a la población (supervisión individual permanente asegurada) ha permitido acortar tiempos de proceso y a los seis meses iniciar el funcionamiento las UT con Cartera completa en CS. Usar el recurso de la RED Local de Tabaco de ha sido estratégico para poder contar con más docentes expertos y aumentar el número de grupos donde entrenarse nuestros profesionales. Trabajar juntos intersectorialmente ha reforzado de propia RED además de aumentar su composición.

COMUNICACIONES ORALES XXIV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Salud laboral

O-151. LARGAS JORNADAS DE TRABAJO Y ESTADO DE SALUD: NUEVA EVIDENCIA Y UNA HIPÓTESIS PARA ENTENDER LA RELACIÓN

L. Artazcoz, I. Cortès, V. Escribà-Agüir, L. Cascant, R. Villegas, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Analizar las diferencias de género en las características familiares y condiciones de empleo relacionadas con las largas jornadas de trabajo y examinar las diferencias de género en la relación entre las largas jornadas de trabajo y varios indicadores de salud.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Catalunya de 2006. La muestra analizada fue la población asalariada de 16 a 64

años que trabaja hasta un máximo de 60 horas a la semana (3950 hombres y 3153 mujeres). El número de horas de trabajo remunerado se clasificó en cuatro categorías: < 30, 30-40 (categoría de referencia), 41-50 y 51-60. Las variables dependientes fueron 7 indicadores de salud y de conductas relacionadas con la salud. Se ajustaron modelos de regresión logística múltiple separados según el sexo.

Resultados: El 37,7% de los hombres y el 16,8% de las mujeres trabajaban más de 40 horas a la semana. Las características del empleo y de la unidad familiar asociadas con las largas jornadas de trabajo fueron diferentes según el sexo. En los hombres trabajar más de 40 horas se asoció con estar casado o vivir en pareja y con estar separado o divorciado. En las mujeres no se observó relación con el estado civil o de convivencia. En los hombres trabajar 51-60 horas a la semana se asoció positivamente con mal estado de salud mental (ORa = 2,06, IC95% = 1,31-3,24), hipertensión (ORa = 1,60, IC95% = 1,12-2,29), insatisfacción con las condiciones de trabajo (ORa = 2,05, IC95% = 1,49-2,82), tabaquismo (ORa = 1,33, IC95% = 1,03-1,72), dormir 6 horas o menos al día (ORa = 1,42, IC95% = 1,09-1,85) y sedentarismo en el tiempo libre (ORa = 2,43, IC95% = 1,64-3,60). Además se observó un gradiente desde 30-40 horas a la semana a 51-60. Entre las mujeres, trabajar 51-60 horas a la semana sólo se asoció con el tabaquismo y las horas de sueño.

Conclusiones: La consistente asociación de las largas jornadas de trabajo con 6 de los 7 indicadores de salud examinados entre los hombres se podría explicar por la naturaleza obligatoria de estas largas jornadas de trabajo relacionadas con las dificultades económicas determinadas por las responsabilidades familiares. La presión para trabajar más horas para incrementar el sueldo y/o la aceptación de duras condiciones de trabajo debido al temor a perder el trabajo en situaciones de vulnerabilidad económica podrían explicar los resultados de este estudio.

O-152. ESTRÉS Y CONDICIONES LABORALES DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS DE UNA PROVINCIA ANDALUZA Y SU POSIBLE RELACIÓN CON LA SALUD

B. Díaz Oliver, E. Figueroa Murillo, A. Fernández Ajuria, et al

Hospital Universitario Puerto Real; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Describir en los Médicos Internos Residentes (MIR) que realizan guardias en los servicios de urgencias hospitalarias las condiciones psicosociales del trabajo que pueden causar estrés y determinadas condiciones laborales concretas, y si existe una posible relación con la salud.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en los MIR de segundo y tercer año de los tres principales hospitales de una provincia andaluza que han realizado guardias como mínimo 6 meses en las urgencias generales en el año previo al estudio (julio-agosto 2008). La información fue recogida a través de un cuestionario autoadministrado anónimo diseñado para el estudio, que incluía preguntas de la versión corta del ISTAS 21 referentes a las dimensiones exigencias psicológicas, control sobre el trabajo y apoyo social, y del SF12; y sometida a un análisis descriptivo general, y en función de las variables sexo, especialidad y hospital de residencia. Se realizaron análisis bivariantes y análisis multivariante.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 19%. La edad media de la población estudiada fue de 27 años. El 67,7% eran mujeres, el 82,3% realizaban especialidades médicas, el 72,6% estaba en segundo año y el 90,3% no había realizado residencia previa. En relación a los niveles de exposición psicosocial en el trabajo se encontraban en el nivel más desfavorable para la salud con respecto a: exigencias psicológicas el 88,7%, apoyo social y calidad de liderazgo el 54,8%, y trabajo activo y posibilidades de desarrollo el 29,0%. El 95,2% de las mujeres y el 55% de los hombres estaban realizando una especialidad médica. El 20%

de los hombres y ninguna mujer de nuestro estudio realizaban una especialidad quirúrgica. El 35,0% de hombres y el 57,1% de mujeres declararon padecer síntomas asociados al estrés. El 45,5% de residentes de especialidades no médicas y el 5,9% de especialidades médicas aseguraron tener que seguir con su jornada laboral tras 24 horas de guardia muchas veces o siempre. Las mujeres tuvieron cuatro veces peor percepción de su salud física que los hombres. Los niveles de exposición psicosocial desfavorables para la salud influyeron en la percepción de salud física y mental.

Conclusiones: En la población estudiada existen factores psicosociales del trabajo asociados con el estrés que se encuentran en niveles desfavorables para la salud. Sería conveniente seguir evaluando y hacer un seguimiento de dichos factores dentro de la población de residentes, ver su evolución temporal a lo largo de la residencia, y su relación con variables independientes (sexo, especialidad, hospital, condiciones laborales y medios disponibles para realizar el trabajo).

O-153. COMPARACIÓN DEL PERFIL DE RIESGOS LABORALES EN TRABAJADORES AUTÓNOMOS Y ASALARIADOS

I. Baez, E. Castejón, F.G. Benavides, et al

Unitat de Recerca en Salut Laboral. Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, en la medida que el mercado de trabajo se ha ido flexibilizando, el número de trabajadores autónomos sin empleados o independientes se ha incrementado. La reciente publicación de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (VI ENCT), realizada por primera vez en los domicilios de los trabajadores, permite comparar la prevalencia de los riesgos laborales entre autónomos y asalariados.

Métodos: La VI ENCT, realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, se basa en un muestreo polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria. La técnica fue la entrevista personal de un cuestionario de 76 preguntas en el domicilio del trabajador, de los que resultaron 1.421 autónomos sin empleados o independientes y 8.601 asalariados. La prevalencia de exposición a los diferentes riesgos laborales se comparó entre autónomos y asalariados, ajustando por edad mediante un modelo de regresión logística.

Resultados: Respecto a factores de riesgo higiénicos, los autónomos consideran menor percepción ruido como molesto en su puesto de trabajo (26%), si los comparamos con los asalariados (39%). Esta diferencia es estadísticamente significativa después de ajustarlo por la edad (OR = 0,55; IC95%: 0,48-0,63). Los factores de riesgo de seguridad marcan diferencias importantes entre los autónomos respecto a los asalariados, de forma que consideran las distracciones, descuidos, despistes y falta de atención como principal riesgo (27% vs 18%), seguido de causas relacionadas con el tráfico (19% vs 8%) y posturas forzadas o sobreesfuerzos (7% vs 17%). Si diferenciamos los factores de riesgo ergonómicos, vemos como los autónomos son los que realizan su jornada laboral en una postura habitual sentados, sin levantarse casi nunca (19% vs 7%), mientras que los asalariados estarán de pie andando frecuentemente (53% vs 37%). Finalmente, respecto a los psicosociales, son los autónomos los que tienen un sentimiento de realizar un trabajo bien hecho (82%), además de útil (83%), en comparación con los asalariados (72% y 74%, respectivamente). Si valoramos la posibilidad que refieren de perder su trabajo en los próximos 6 meses, serán los asalariados los que superan a los autónomos (16% vs 6%).

Conclusiones: La realización de encuestas en el domicilio pone de manifiesto la importancia de las relaciones laborales en la exposición a los riesgos laborales. Los planes de prevención de riesgos laborales deben ajustarse a las diferencias en los riesgos aquí descritos, hacien-

do frente al reto que significa garantizar la protección de la salud de los trabajadores autónomos.

O-154. LUGARES DE TRABAJO EN ANDALUCÍA CON ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS EN LOS AÑOS 2003 AL 2007

J.L. Millares-Lorenzo, J. Guillén-Enríquez, et al

SESL Consejería de Salud Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En los lugares de trabajo existen riesgos para la salud inherentes a la actividad de la empresa (Alerta Tipo I) o por condiciones de trabajo o trabajadores que faciliten la transmisión a otros trabajadores o a la comunidad donde residen (Alerta Tipo II). El Objetivo es realizar una descripción de las alertas en los lugares de trabajo declaradas al Sistema de Alerta Epidemiológica de Andalucía entre 2003 a 2007.

Métodos: De la aplicación informática RedAlerta, se recogen los datos de las declaraciones realizadas entre 2003 a 2007, de aquellas alertas que explicitan que la localización, el origen o el nombre del lugar donde se produce, corresponde a trabajadores en un ámbito laboral. Se clasifican las alertas por tipo de riesgo biológico, químico o físico y sector productivo.

Resultados: Entre 2003 a 2007 se declaran 48 alertas en los lugares de trabajo en Andalucía, el 81% Tipo I. El número de trabajadores expuestos ha sido 1271, siendo 253 el número de casos recogidos. Los agentes causales involucrados han sido biológicos con el 59%, químico con el 39% y 2% físicos. Las alertas por riesgos biológicos han sido 12 por brucelosis con 38 casos, 8 por tuberculosis con 21 casos y 28 por otras causas: psitacosis, reacción urticariforme en trabajadores de aceituna, conjuntivitis por adenovirus, gastroenteritis, dermatitis estafilocócica en empresa avícola, toxi-infección, neumonía atípica. Por riesgos químicos han sido 19 alertas por intoxicaciones: en industria, por vertido de cloro gas; ingestión de fresas con plaguicidas; emanación de vapores de lavandería industrial; xileno, en pintores de piscina; trabajadores de limpieza; encefalopatía tóxica por metano; productos químicos; planta de residuos sólidos; metabisulfito; plaguicidas. Una alerta por riesgos físicos por queratitis actínica, en una cocina. Los centros declarantes han sido: Atención Primaria: 18 alertas; Hospitales: 17; Distritos Sanitarios: 5; Delegaciones Provinciales: 2; Privados: 2; Medios de comunicación: 1; No consta: 4. Por riesgos biológicos en el sector servicios hay 15 alertas con 72 casos, destacando un 73% de casos sobre expuestos en ganadería, frente al 58% en agricultura, 33% en industria y 10% sector terciario. Por riesgos químicos destaca agricultura con 10 alertas y 13 casos y el sector industrial con 7 alertas y 48 casos.

Conclusiones: Se declaran pocas alertas de este ámbito, especialmente por Atención Primaria. La mayoría de las alertas son debidas a la actividad de las empresas lo que, junto a la complejidad de la intervención, y la importancia de los lugares de trabajo como generadores de problemas de salud evitables, hace necesario realizar un protocolo específico de alertas epidemiológicas de ámbito laboral para motivar la declaración de profesionales sanitarios.

O-155. PAPEL DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y CULTURALES EN LOS SÍNTOMAS E INCAPACIDAD LABORAL POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS. PROYECTO CUPID

C. Serra, F.G. Benavides, J. Delclòs, X. Orpella, J. Bas, C. Alcántara, J.A. González, M. López, E. Gaynés, et al

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública; University of Texas, USA; Badalona Serveis Assistencials, Badalona; Consorci Sanitari Integral, Barcelona; Consorci Hospitalari de Catalunya; MC MUTUAL; Unió de Mutuas.

Antecedentes/Objetivos: CUPID es un estudio internacional de cohortes prospectivo en 20 países, cuya hipótesis es que los trastornos musculoesqueléticos (dolor de espalda, cervical y extremidades), inespecíficos crónicos e incapacitantes se producen como respuesta a factores ambientales mediada por creencias e influencias culturales. El objetivo de esta comunicación es analizar la muestra española obtenida hasta el momento.

Métodos: Los sujetos de estudio son los trabajadores de dos hospitales de Barcelona de los colectivos de enfermería expuestos a manipulación de cargas (hospitalización, quirófanos, urgencias y atención domiciliaria) y administrativos que usan ordenador. La recogida de la información se realiza mediante entrevista (basal y al cabo de un año) con un cuestionario estandarizado y electrónico, tras consentimiento, informado y firmado, del trabajador. Incluye características demográficas y laborales, factores de riesgo en el trabajo, opiniones y expectativas sobre las causas y prevención de la salud, síntomas diversos y ausencias del trabajo. Se presenta aquí un análisis preliminar de la información recogida en la entrevista basal.

Resultados: Se han incluido 403 trabajadores, siendo el 77,4% del colectivo de enfermería y el resto administrativos. La tasa de respuesta ha sido del 96%. El 89,6% son mujeres, la edad media es de 38,4 años, el 91,3% tiene un contrato fijo y el 72,2% lleva más de 5 años en su trabajo. La prevalencia en el último año más elevada ha sido para el dolor de espalda (67,5%), siendo similar en el grupo de enfermería (67,9%) y en administrativos (65,9%). En un 53,7% el dolor de espalda motivó una consulta sanitaria y en el 15,5% incapacidad laboral. El dolor se resolvió en menos de un mes en un 59,9% de los casos. El 54,1% de todos los encuestados cree que la actividad física debe ser evitada ya que puede lesionar la espalda, y el 97,8% que el descanso es necesario para mejorar el dolor. Sólo un 36,7% cree que el dolor puede mejorar en menos de 3 meses y el 99,1% que no atenderlo puede causar problemas permanentes. El 84,8% atribuye al trabajo como principal causa del dolor de espalda.

Conclusiones: Estos resultados señalan la importancia de algunas creencias, que contrastan con las evidencias científicas, por ejemplo el papel de la actividad física en la recuperación de estos trastornos, y apuntan a su valor explicativo en la duración de los episodios de incapacidad laboral.

Financiación. Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS 070422).

O-156. EP EN EL SECTOR DE LA CONSTRUCCIÓN 2002-06

M.A. de Vicente Abad, et al

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Antecedentes/Objetivos: La Construcción es el 3er sector en ocupados en 2006 con 2.542.905 trabajadores. Es también una de las actividades con > siniestralidad laboral en España. El Índice de Incidencia (II) en Accidentes de Trabajo (AT) de este sector en el año 2006 fue de 12.909,44. Cifra que doblaba al II General: 5.880,13. El objetivo de este estudio es conocer la 2ª cara de la siniestralidad laboral en el sector: las Enfermedades Profesionales (EP).

Métodos: En este descriptivo se explotaron los datos de los ficheros de los partes de declaración de EP del MTIN en la Construcción en 2002-2006. Se utilizaron datos de Población afiliada con contingencia cubierta de AT y EP (MTIN) y datos de Población ocupada (EPA-INE). Las variables estudiadas son: sector, sexo, antigüedad en el puesto, ocupación, tipo de EP, gravedad y edad del trabajador. Se han utilizado como indicadores: II globales por cien mil trabajadores, TI en el análisis más desagregado y su comparación se ha realizado mediante Razón de Tasas (RT) con IC 95%. Por último, se han estudiado las EP más frecuentes de los grupos con > riesgo.

Resultados: Las EP han ascendido en 2002-2005 para disminuir en 2006. Por sexo, la RT (H/M) es de 1,93 (1,54-2,41) en 2006, siendo

los varones los que presentan casi el doble de riesgo de sufrir una enfermedad osteomuscular respecto a la mujer. Por antigüedad, los trabajadores con < 1 año en el puesto y los de 30-35 años son los que muestran más riesgo de sufrir una EP. El 1er grupo destaca en enfermedad osteomuscular (RT: 1,46, IC: 1,33-1,59) y enf. de piel (RT: 1,35, IC: 1,10-1,66) y el 2º grupo en enf. del ap. respiratorio (RT: 5,63, IC: 1,23-25,70) y pérdida auditiva (RT: 5,21, IC: 2,01-13,54). Por ocupación, son los operadores de instalaciones industriales y los trabajadores cualificados de la industria extractiva los que presentan > incidencias. El 1er grupo tiene 10 veces más riesgo de sufrir pérdida auditiva que los trabajadores cualificados de la construcción (RT: 10,17, IC: 4,06-25,45) y entre 4 y 6 veces más: enfermedad de piel, aparato respiratorio y osteomuscular. El 2º grupo muestra un > riesgo en pérdida auditiva (RT: 2,25, IC: 1,02-4,95) y enfermedad osteomuscular (RT: 1,36, IC: 1,14-1,63). Por edad, son los trabajadores entre 45-49 y 50-54 los que presentan > TI. El 1er grupo declara más del doble de pérdida auditiva y > incidencia en enfermedad osteomuscular y enfermedad de piel. Y el 2º presenta pérdida auditiva (RT: 3,36, IC: 1,51-7,47) y enfermedad osteomuscular (RT: 1,21, IC: 1,02-1,43).

Conclusiones: Las enfermedades osteomusculares, la pérdida auditiva (trabajadores entre 30-35 años en el puesto, operadores de instalaciones industriales y edad 50-54 años), las enfermedades respiratorias (trabajadores entre 30-35 años en el puesto, operadores de instalaciones industriales) y las de piel (operadores de instalaciones industriales) son las EP que más destacan en el estudio del sector.

O-157. RIESGO DE LESIONES POR ACCIDENTE DE TRABAJO POR OCUPACIÓN EN UNA COHORTE DE TRABAJADORES DE UN CENTRO SANITARIO, 1997-2004

C. Serra, P. Peña, F.G. Benavides, M.V. López, P. Varela, C. Vadell, J. Delclòs, A. Tobías, et al

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell; Hospital Clínic, Barcelona; University of Texas, EE.UU.; Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El análisis de la incidencia de lesiones por accidentes de trabajo (LAT) ayuda a la gestión de la prevención de los riesgos laborales. En este trabajo se analizan las LAT por ocupación en un centro sanitario.

Métodos: La población de estudio está constituida por la cohorte de trabajadores de un hospital de la provincia de Barcelona, entre 1997 y 2004. La disponibilidad de un registro longitudinal de todos los contratos de cada trabajador y su duración durante el período completo permitió el cálculo de las personas-años, como denominador de las tasas. El servicio de prevención diferencia un sub-registro para las lesiones osteomusculares (LATO) y otro para las lesiones por riesgo biológico (LATb) (pinchazos con agujas, etc.). Las variables comunes a todos los registros son la edad y sexo, ocupación, área de trabajo, tipo de contrato, jornada laboral y antigüedad en el hospital. Las razones de tasas crudas (RTc) y ajustadas (RTa) para cada ocupación, tomando como referencia la categoría con la incidencia más baja (administrativos para LATo y técnicos para LATb), y sus intervalos de confianza al 95% (IC), fueron calculadas según un modelo de regresión de Poisson.

Resultados: Entre 1997 y 2004 se notificaron al Servicio de Prevención 3.163 lesiones (1.783 LATo y 1.380 LATb). El total de personas-años fue de 35.813. En las LATo, las ocupaciones de mayor riesgo fueron los mozos de almacén (RTa 6,16; IC 3,72-10,22), cocineros/ayudantes (RTa 4,91; IC 3,38-7,13), personal de mantenimiento (RTa 4,44; IC 3,01-6,53), limpieza (RTa 2,56; IC 1,77-3,71) y auxiliares de clínica (RTa 3,10; IC 2,24-4,29). En cambio, las ocupaciones asocia-

das de un riesgo de LATb fueron el personal de limpieza (RTa 2,90; IC 1,00-8,43), los médicos (RTa 2,78; IC 1,83-4,22) y enfermeros (RTa 2,72; IC 1,85-4,01), y los auxiliares (RTa 1,66; IC 1,12-2,47). Tener un contrato temporal se asoció a un incremento del riesgo en el análisis crudo, pero al ajustar las tasas por la ocupación la magnitud de dicha asociación disminuyó considerablemente en las LATb, o se asoció inversamente al riesgo en las LATo (RTc 1,52; IC 1,39-1-66/RTa 0,73; IC 0,64-0,84).

Conclusiones: La ocupación es la variable que se relaciona en mayor medida con las lesiones por accidente de trabajo en la cohorte de trabajadores analizada de un centro sanitario, probablemente por ser la que mejor describe las condiciones de trabajo de cada puesto. Los planes de prevención de las LAT deben ser específicos para cada ocupación.

O-158. LA REGRESIÓN POISSON Y BINOMIAL NEGATIVA: APLICACIÓN AL ESTUDIO DE LA TENDENCIA TEMPORAL DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRABAJO

M. López-Ruiz, J.M. Martínez, F.G. Benavides, et al

Unidad de Investigación en Salud Laboral. Universitat Pompeu Fabra. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El estudio de la tendencia temporal de las tasas de un determinado evento se ha centrado generalmente en el cáncer u otras causas específicas de enfermedad o muerte, siendo menor su aplicación al estudio de las lesiones por accidente de trabajo (LAT). El enfoque utilizado para evaluar los cambios temporales en las tasas se suele basar en la regresión Poisson (RP), pero se debe tener en cuenta que la tendencia temporal en las tasas puede no ser lineal y que la RP puede presentar sobredispersión. En este estudio se analizan tendencias temporales en tasas de LAT mediante una regresión binomial negativa (RBN), considerando en el modelo puntos de cambio en la tendencia, y se muestra como la RBN es una alternativa más útil que la RP cuando esta última presenta sobredispersión.

Métodos: Se utilizaron datos reales de un estudio que evalúa la efectividad de unas actividades preventivas llevadas a cabo por las comunidades autónomas sobre la incidencia de las LAT no mortales con baja, mecánicas y por sobreesfuerzos, ocurridas en jornada, en empresas manufactureras y de servicios no públicos, en España. La comparación de RP y RBN se realizó mediante el criterio de información de Akaike (AIC) y los residuos de deviance. Asimismo, se calculó el porcentaje de cambio anual (PCA) del periodo anterior y posterior a la implantación de las actividades preventivas para ambas regresiones, y su intervalo de confianza al 95%(IC95%).

Resultados: Los resultados de las LAT mecánicas en el conjunto de España, muestran un PCA en el periodo anterior, en industrias manufactureras, de 1,3 (IC95%: -1,0; 3,7) para la RBN y de 1,2 (IC95%: 1,1; 1,3) para la RP, siendo el PCA posterior de -10,1 (IC95%: -12,2; -8,0) y -9,9 (IC95%: -10,0; -9,8), respectivamente. En el caso de los servicios, observamos un PCA anterior de 4,7 (IC95%: 1,7; 7,8) y 4,9 (IC95%: 4,8; 5,0) para la RBN y RP respectivamente, y posterior de -9,4 (IC95%: -12,0; -6,7) en la RBN y -9,3 (IC95%: -9,4; -9,2) en la RP. El AIC en industria fue de 236,85 en la RBN y de 5.272,53 en la RP, y en servicios de 243,52 y 9.514,92 respectivamente.

Conclusiones: El análisis de los datos mediante RP produce intervalos de confianza más estrechos cuando existe sobredispersión, pudiendo aceptar la significación estadística cuando en realidad no existe, tal y como se muestra en los resultados de este estudio. En este caso, la RBN se presenta como una alternativa para datos Poisson con sobredispersión. En caso de existencia de cambios en las tendencias temporales puede ser útil considerar los puntos de inflexión para

reducir la sobredispersión, así como obtener una descripción más precisa de la evolución temporal de las tasas.

COMUNICACIONES ORALES XXV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Dieta y alimentación: impacto en la salud

O-159. BIBLIODIETA, PLATAFORMA INFORMÁTICA PARA EVALUACIÓN DIETÉTICA Y ANÁLISIS AUTOMATIZADO DE DATOS DIETÉTICOS MEDIANTE CUESTIONARIO DE FRECUENCIA ALIMENTARIA (MACROCF)

E.M. Navarrete, A. Castelló, J. Vioque, M.D. Climent, M. García de la Hera, D. Giménez, N. Galiana, P. Juan, T. Weinbrenner, et al

Departamento de Salud Pública, Universidad Miguel Hernández; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Se ha reconocido la necesidad de contar con métodos rápidos y eficientes para evaluar la dieta en estudios epidemiológicos. En la actualidad el instrumento más usado y que mejor cumple estos requisitos es el Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (CFA). Por ello, nos planteamos desarrollar una plataforma informática -BIBLIODIETA- de acceso libre para acceder a distintas opciones de CFA adecuados para evaluar dieta y analizar relaciones dieta-enfermedad en estudios poblacionales, ofreciendo información fiable sobre su uso y procesamiento a grupos de investigación y de la administración, con poca experiencia o escasos recursos en el área de Nutrición y Salud Pública.

Métodos: La aplicación consta de dos elementos diferenciados. Un primer elemento basado en el desarrollo de un software en entorno Excel (MACROCF) para realizar la conversión de alimentos del CFA a nutrientes (> 100 nutrientes) y otros análisis dietéticos (ej. ingesta por grupos de alimentos en gramos o servings, índices de calidad alimentaria) de forma semi-automatizada. Un segundo elemento desarrollado en paralelo consistente en una plataforma Web (BIBLIODIETA: www.dsp.umh.es/BIBLIODIETA) de acceso libre en la que se presentan diferentes CFA validados o en proceso de validación, que se han utilizado en estudios nacionales o internacionales para evaluar dieta en adultos, ancianos, población infantil, embarazadas. Desde la plataforma se ofrece información sobre recomendaciones de uso y la metodología a seguir, y un servicio de asesoría y colaboración científica para evaluar dieta en estudios epidemiológicos, encuestas de nutrición.

Resultados: La plataforma BIBLIODIETA está ya operativa aunque su impacto hasta la fecha es limitado al encontrarse aún en fase de desarrollo. Se ha iniciado el proceso de solicitud de protección mediante la ley de la propiedad intelectual. No obstante, hasta la fecha han sido más de diez los grupos interesados en usar estos recursos. Respecto a la macro MACROCF se está colaborando en varios estudios, dos de ellos con amplia base poblacional: el Estudio INMA con más de 2400 mujeres embarazadas y sus hijos, y el Estudio DDM (Dieta y Densidad de Mama) con 3500 mujeres de 7 regiones españolas adscritas a programas de detección precoz para cáncer de mama.

Conclusiones: La plataforma informática BIBLIODIETA y su aplicación MACROCF, suponen una herramienta útil para difundir información sobre la metodología a emplear en estudios de evaluación dietética y facilitar el análisis automatizado de datos dietéticos a grupos de investigación y a otros grupos del sector público (administración) o privado (industria).

Financiación. Acción Específica Métodos CIBERESP.

O-160. VALORACIÓN DE LOS MENÚS DE GUARDERÍAS Y COLEGIOS DE VARIAS POBLACIONES DE LA PROVINCIA DE ALMERÍA

M. Pastor-Valero, M.E. Gutiérrez, P. Martín-Olmedo, A. Vázquez-Camacho, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Distrito Sanitario Poniente, Almería.

Antecedentes/Objetivos: Datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2003 muestran que en Andalucía la prevalencia de obesidad y sobrepeso de los niños y niñas de 2 a 17 años era de 32,25% y 31,36%, respectivamente. Examinamos si la composición nutricional de los menús de los almuerzos servidos en los comedores escolares de guarderías (1 a 3 años) y colegios de primaria (4 a 12 años) se adhieren o no a las recomendaciones nutricionales de la OMS, que especifica que la contribución de la comida de mediodía ha de ser el 35% de la ingesta calórica diaria.

Métodos: Se diseñó un estudio transversal compuesta por el 45% de los colegios (n = 24) y guarderías (n = 21) de la provincia de Almería que atendían a un total de 6607 escolares. Los datos sobre los menús fueron recogidos en un periodo de 6 meses mediante entrevistas a los responsables/jefes de cocina de cada comedor escolar, o mediante fichas técnicas proporcionadas por las empresas de catering. Para la conversión de los alimentos en nutrientes utilizamos el Programa de cálculo nutricional del Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietètica de Catalunya (CESNID). Se calcularon media \pm desviación estándar (DE) para los principales nutrientes que componían la comida del mediodía así como las raciones ofrecidas por semana de los principales grupos de alimentos, y se compararon con las recomendaciones de la OMS. Se calculó el porcentaje de energía aportado por cada macronutriente al total de kilocalorías del almuerzo.

Resultados: Se examinaron un total de 115 menús de la comida de mediodía de las guarderías y 115 menús de los colegios. El número de raciones servidas semanalmente tanto en guarderías como en colegios fue mayor que lo establecido en las recomendaciones para verduras, patatas, pasta y arroz, y en los colegios también para carnes, e insuficiente para lácteos, frutas, y legumbres tanto en los colegios como en guarderías. La media de Calorías por día y niño de los menús ofertados fue superior a lo recomendado, 552 Kcal. DE: 118 frente a 360 recomendados para guarderías, y 754 Kcal. DE: 106 frente a 575 recomendado para colegios con un aporte de proteínas muy elevado tanto en guarderías como en colegios en detrimento de los hidratos de carbono en colegios y un elevado aporte de colesterol en colegios. En cuanto a los micronutrientes se observó un déficit de calcio y vitamina D.

Conclusiones: Los menús escolares servidos en los comedores visitados aportan un perfil calórico superior a lo recomendado con un desequilibrio de macronutrientes, especialmente de proteínas e hidratos de carbono que debe ser reajustado, y muestran un déficit importante de oferta de frutas y legumbres.

Financiación. Consejería de Salud, Junta de Andalucía 2006.

O-161. USO DEL ETIQUETADO NUTRICIONAL, FACTORES ASOCIADOS Y SU RELACIÓN CON UNA DIETA SALUDABLE

M.D. Climent, E.M. Navarrete, N. Galiana, L. Asensio, D. Giménez, M. García de la Hera, T. Weinbrenner, J. Vioque, et al

Departamento de Salud Pública, Universidad Miguel Hernández; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En España, desde 1992 el etiquetado nutricional es obligatorio para aquellos alimentos enriquecidos nutricionalmente o que han sufrido alguna reclamación nutricional. El etiquetado nutricional pretende, entre otros, ser un elemento favorecedor de una dieta más saludable para mantener y promocionar

la salud. En este sentido, se han definido indicadores para medir la adhesión a una dieta saludable, alternate Healthy Eating Index, aHEI y el de adhesión a dieta Mediterránea (aMED). 1) Describir el uso del etiquetado nutricional en una población adulta sana española en 1994 y 2004, 2) Explorar los factores asociados al uso del etiquetado, 3) Analizar la asociación entre el uso del etiquetado y la adherencia a una dieta saludable.

Métodos: Se han estudiado 182 personas mayores de 14 años (80 hombres, 102 mujeres) que participaron en la Encuesta de Nutrición Valenciana de 1994 y fueron re-entrevistados en 2004. Para evaluar la dieta se utilizó un Cuestionario de Frecuencia Alimentaria validado, y para medir el uso del etiquetado se incluyó la pregunta: "Al comprar un alimento envasado me guío por su información nutricional (energía, principios, vitaminas y minerales)". Para explorar la relación entre uso de etiquetado y dieta se ha utilizado regresión logística múltiple.

Resultados: El porcentaje de uso de etiquetado no varió entre 1994 y 2004, 52,7 y 48,9% ($p > 0,05$). Los factores asociados significativamente al uso del etiquetado en 2004 fueron ser mujer (OR = 2,37), tener ≥ 50 años (OR 5,44) y no beber alcohol (OR 2,34). El uso del etiquetado en 2004 se asoció a un patrón de dieta más saludable, (mayores aHEI y aMED), a expensas de un mayor consumo de frutas y verduras y menor de grasas saturadas. Estos resultados fueron similares a los de 1994. Los clasificados en los tertiles intermedio y superior de AHEI usaron con mayor frecuencia el etiquetado que los del tercil inferior aunque la diferencia no fue significativa. Los que presentaron mayor adherencia a dieta mediterránea (tertiles superiores de aMED), usaron 1,96 y 2,61 más veces el etiquetado de forma estadísticamente significativa. Un mayor consumo de frutas y verduras (tertiles 2 y 3) se asoció a un mayor uso del etiquetado (OR > 2); y un mayor consumo de grasa saturada a un menor uso del etiquetado (OR $< 0,80$).

Conclusiones: Alrededor de un 50% de la población adulta sigue sin utilizar el etiquetado nutricional. El mayor uso del etiquetado se observa entre las mujeres, las personas de mayor edad, los abstemios y los que presentan una dieta más saludable. Esta información puede ayudar a mejorar el uso del etiquetado en población española.

Financiación. FIS 00/0985.

O-162. LA INGESTA DIETÉTICA DE ÁCIDO FÓLICO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO DISMINUYE EL RIESGO DE BAJO PESO AL NACER PERO NO EL USO DE SUPLEMENTOS

E.M. Navarrete, M. Pastor-Valero, J. Vioque, M.D. Climent, M. García de la Hera, M. Rebagliato, F. Ballester, M. Murcia, C. Iñiguez, et al

Departamento de Salud Pública, UMH; CIBERESP; EVES.

Antecedentes/Objetivos: La Ingesta Dietética Recomendada de Ácido Fólico (AF) en el embarazo para disminuir el riesgo de defectos del tubo neural es de 600 $\mu\text{g}/\text{día}$, considerando dieta y suplementos. Sin embargo, pocos estudios han examinado la relación entre ingesta dietética de AF en el embarazo y crecimiento fetal. Analizar la relación entre ingesta dietética de AF en el embarazo y el bajo peso al nacer en embarazadas de la Cohorte INMA Valencia.

Métodos: Se estudiaron 787 embarazadas y sus hijos, incluidos en la cohorte INMA-Valencia. La ingesta dietética de AF se estimó mediante un cuestionario de frecuencia alimentaria (CFA) en dos periodos del embarazo, desde el mes 0 al 3º, y desde el 4º al 7º mes. Los datos antropométricos fetales se obtuvieron de registros hospitalarios. Se consideró pequeño para edad gestacional (PEG) al recién nacido con peso inferior al percentil 10 según tablas estandarizadas por edad y sexo. La asociación entre ingesta de AF (en quintiles Q1-Q5) y PEG se analizó mediante regresión logística calculando odds ratios (OR) ajustadas por variables sociodemográficas, estilos de vida,

antecedentes médicos y reproductivos de la madre, ganancia de peso y por el uso de suplementos de AF.

Resultados: La mediana de ingesta dietética de AF en el primer periodo, 335 $\mu\text{g}/\text{día}$, fue mayor que en el segundo, 317 $\mu\text{g}/\text{día}$ ($p = 0,017$). El peso medio al nacer fue de 3.227 g (DT: 526,9), observándose un aumento por quintiles de ingesta de AF, desde los 3.201 g para el Q1 (ingesta AF < 265 $\mu\text{g}/\text{d}$) hasta los 3.404 g para el Q5 (ingesta > 411 $\mu\text{g}/\text{d}$). Un 11,5% de los recién nacidos fueron clasificados como PEG al nacer, observándose asimismo, una relación inversa con la ingesta de AF, desde el 18,6% en el Q1 de ingesta hasta 10,3% en el Q5, si bien el Q4 fue el que presentó un menor porcentaje de PEG, 7,0%. En el análisis multivariante, se observó una asociación inversa estadísticamente significativa entre ingesta de AF en el primer periodo de embarazo y el riesgo de PEG. Respecto al Q1 de ingesta de AF (referencia), las OR fueron respectivamente OR = 0,59 (0,30-1,15), OR = 0,34 (0,16-0,71), OR = 0,25 (0,11-0,56) y OR = 0,39 (0,19-0,81), para los Q2-Q5 (p -tendencia < 0,001). Una asociación similar se observó para ingesta de AF en el segundo periodo pero no fue significativa. Las mujeres que usaron suplementos de AF en el primer periodo (> 1.000 $\mu\text{g}/\text{d}$) presentaron mayor riesgo de PEG que las que no usaron suplementos, ORaj. = 3,21 (1,46-7,06).

Conclusiones: Se muestra que a medida que aumenta la ingesta de AF en el primer trimestre del embarazo, disminuye el riesgo de bajo peso al nacer. La toma de suplementos de AF se asoció a un mayor riesgo de bajo peso al nacer.

O-163. EFECTO SOBRE EL RIESGO DE ANENCEFALIA DE LA INTERACCIÓN GEN-NUTRIENTE ENTRE EL POLIMORFISMO METILLENOTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA 677C > T Y NIVELES MATERNOS DE FOLATO, VITAMINA B12 Y HOMOCISTEÍNA

M. Lacasaña, M. Rodríguez-Barranco, J. Blanco-Muñoz, V.H. Borja-Aburto, C. Aguilar-Garduño, J.A. Sierra-Ramírez, C. Galaviz-Hernández, R. García-Cavazos, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada; Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México; Centro Médico Nacional "Siglo XXI". México; Instituto Nacional de Perinatología. México; Instituto Politécnico Nacional. México; CIBERESP (CIBER de Epidemiología y Salud Pública).

Antecedentes/Objetivos: La anencefalia es un defecto del tubo neural (DTN) cuya prevalencia en México es de las más altas del mundo. Estudios previos sugieren que el riesgo de DTN asociado a los polimorfismos de la MTHFR puede depender del estado nutricional de la madre (ácido fólico y vitaminas del grupo B). El objetivo del estudio fue evaluar el efecto sobre el riesgo de anencefalia de la interacción entre el perfil bioquímico materno relacionado con el ciclo metabólico del ácido fólico y el polimorfismo MTHFR 677C > T.

Métodos: Estudio de casos y controles. Se incluyeron 98 madres de casos de anencefalia registrados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Defectos del Tubo Neural de México, y 91 madres control reclutadas en los mismos servicios de maternidad que las madres de los casos. Todas las madres completaron un cuestionario general y otro de frecuencia de consumo de alimentos, y proporcionaron muestras de sangre para determinar el genotipo para MTHFR 677C > T y los niveles séricos de ácido fólico, vitamina B₁₂ y homocisteína. Se construyeron modelos de regresión logística multivariantes incluyendo las interacciones entre el perfil bioquímico y el polimorfismo 677C > T, además de otras variables confusoras.

Resultados: En las madres con el genotipo 677TT el incremento de 1 ng/ml de ácido fólico sérico disminuyó el riesgo de tener un niño/a con anencefalia un 15% (OR = 0,85; IC95% 0,75-0,96). Las madres con este genotipo y niveles séricos de ácido fólico en el tercil superior (> 14,1 ng/ml) tuvieron un 92% menos riesgo de tener un niño con anen-

cefalia (OR = 0,08; IC95% 0,01-0,50; p tendencia = 0,012) que aquellas madres con niveles en el tercil inferior (< 8,2 ng/ml). El modelo ajustado mostró además una reducción del riesgo del 6% en las madres con genotipo 677TT por un incremento de 50 $\mu\text{g}/\text{día}$ en la ingesta de folato ($p = 0,062$). No se obtuvieron interacciones significativas entre el polimorfismo 677C > T y los niveles séricos de la vitamina B₁₂ y homocisteína.

Conclusiones: Estos resultados son de gran interés en Salud Pública, especialmente en países con elevado riesgo de DTN, alta prevalencia del alelo T, y pocas intervenciones preventivas (suplementación periconcepcional y fortificación con multivitamínicos), especialmente en los sectores de población más desfavorecidos económicamente.

O-164. ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL, DISPONIBILIDAD CALÓRICA Y CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

LI. González-Zapata, A. Estrada-Restrepo, L.S. Álvarez-Castaño, L. Serra-Majem, C. Álvarez-Dardet, et al

Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquía-Colombia; Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; CIBER de epidemiología y Salud Pública. Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Determinar la asociación entre el estado nutricional por índice de masa corporal (IMC), disponibilidad calórica y características socioeconómicas de los países.

Métodos: Estudio ecológico. El IMC en adultos y su distribución por sexo y país se tomó de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la disponibilidad energética de la Food and Agriculture Organization (FAO) y el índice de desarrollo humano (IDH), producto interno bruto (PIB) e índice del PIB (INDPIB) del informe sobre desarrollo humano 2007-2008 del Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se asumió la clasificación del IMC según OMS así: déficit < 18,5, normalidad 18,5-24,9, preobesidad 25-29,9, sobrepeso ≥ 25 , obesidad ≥ 30 . Los datos se describieron con promedios y desviaciones, la asociación se determinó mediante correlación de Pearson y parcial. La significación se estableció en $p < 0,05$. Los cálculos se realizaron en el SPSS-16.

Resultados: El IMC se asoció con IDH en forma inversa para delgadez y normalidad y en forma directa para sobrepeso, preobesidad y obesidad. Para la delgadez dicha asociación fue de $r = -0,672$, más alta en hombres ($p < 0,001$); igual para sobrepeso y preobesidad ($p < 0,001$). Las demás asociaciones fueron significativas con $r < 0,60$. Con el PIB y el INDPIB el IMC presentó un comportamiento similar, solo que las correlaciones con el PIB fueron menores. La relación del INDPIB con el sobrepeso ($r_m = 0,644$; $r_f = 0,597$) y la preobesidad ($r_m = 0,704$; $r_f = 0,576$) fue mayor en hombres, mientras que la asociación con la obesidad fue mayor en mujeres ($r_m = 0,498$; $r_f = 0,516$). De forma similar la disponibilidad energética presentó mayor correlación en la preobesidad en hombres, a su vez la obesidad presentó una mayor correlación en mujeres. Entre la disponibilidad calórica y los indicadores económicos y sociales se encontraron fuertes asociaciones ($r > 0,75$; $p < 0,001$). Según la clasificación del IDH se halló una asociación directa con la disponibilidad de calorías ($p = 0,000$) e inversa con el estado nutricional ($p < 0,05$) a excepción de la normalidad en mujeres ($p = 0,190$). Sin embargo, al controlar la relación IMC y disponibilidad calórica por IDH desapareció la asociación entre estas dos variables. Cuando se controló por INDPIB se mantuvo una relación inversa para las variables bajo peso en adultos y directa con la preobesidad en hombres ($p < 0,05$).

Conclusiones: El IMC se asocia más con indicadores socioeconómicos de los países que con disponibilidad de calorías. Las políticas públicas y la equidad son factores determinantes del estado nutricional poblacional.

O-165. LA INFLUENCIA DE LA DIETA EN LAS CONCENTRACIONES CORPORALES DE COMPUESTOS ORGÁNICOS PERSISTENTES: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA ESPAÑOLA

M. Gasull Panadès, E. Puigdomènech Puig, M. Bosch de Basea Gómez, M. Porta Serra, et al

IMIM; UAB; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Los compuestos orgánicos persistentes (COPs) se caracterizan por ser tóxicos, lipofílicos, bioacumulables y difícilmente degradables. La principal vía de exposición de la población general a los COPs es la dieta. El objetivo de esta revisión de la literatura española fue examinar las principales características de los estudios que analizan esta relación y conocer qué alimentos contribuyen en mayor medida a la acumulación de COPs en el organismo.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de estudios científicos e informes publicados hasta mayo de 2008 en los que se hubiese determinado la influencia de la dieta en las concentraciones corporales de COPs en España en las siguientes bases bibliográficas: Medline/PubMed, ISI-Thomson, ScienceDirect, Scopus, SciELO y Blackwell's Synergy. La búsqueda se extendió también a documentos y webs de las administraciones autonómicas y estatales, tesis doctorales y comunicaciones a congresos.

Resultados: Se localizaron 7 estudios. Éstos fueron publicados entre 1999 y 2007, y analizaron mayoritariamente COPs incluidos en el Convenio de Estocolmo. Las poblaciones estudiadas pertenecían a Andalucía, Baleares y Cataluña, y ninguna fue representativa de la población general (por ej. 4 de ellos analizaron sólo mujeres). Para medir la ingesta de alimentos utilizaron fundamentalmente cuestionarios simples y heterogéneos entre ellos. Uno de los estudios recogió información sobre la ingesta de alimentos durante las últimas 24 horas, mientras que otros 2 durante el período de embarazo. En algunos estudios el consumo de pescado se asoció a mayores concentraciones corporales de DDE, lindano, dieldrina y PCBs; el de carne, a p,p'-DDT, o,p'-DDT, lindano y dieldrina; el de aves de corral, a aldrina; el de embutidos, a HCB; el consumo de productos lácteos, a p,p'-DDT, lindano, dieldrina y PCBs; y el de verduras, a algún congénere de PCBs. Sin embargo, no todos los estudios encontraron una relación entre características de la dieta y concentraciones de COPs.

Conclusiones: Pocos estudios españoles han analizado la influencia de la dieta en las concentraciones corporales de COPs, y en diversos casos ésta no fue el principal factor de estudio. A pesar de las limitaciones de los estudios (y en especial, que no se realizaron en población general), los resultados sugieren que uno de los alimentos con mayor influencia en los niveles corporales de COPs es el pescado.

Financiación. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

O-166. EXPOSICIÓN PRENATAL A MERCURIO EN 4 COHORTES DEL ESTUDIO INMA

F. Ballester, R. Ramón, M. Murcia, X. Aguinagalde, M. Guxens, J. Ibarlucea, A. Tardón, J. Vioque, J. Sunyer, et al

EVES; CSISP; CIBERESP; DG Salud Pública G. Vasco; CREAL; U. Oviedo; UMH.

Antecedentes/Objetivos: La probabilidad de padecer problemas de salud en la infancia ligados al mercurio, aumenta cuando la exposición prenatal a mercurio es más alta. Objetivo: valorar los niveles de mercurio en sangre de cordón de 4 cohortes del estudio INMA.

Métodos: La población a estudio corresponde a las mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos de las cohortes 'de novo' del estudio Infancia y Medio Ambiente (INMA). Se incluyeron 530 parejas madre-hijo de Gipuzkoa, 462 de Sabadell, 339 de Asturias y 554 de

Valencia. El método de determinación analítica fue la espectrometría de absorción atómica utilizando un analizador específico para mercurio. Los niveles de mercurio se expresan como el nivel de mercurio total (en microgramos) por litro de sangre de cordón. Se recogieron, mediante cuestionario, diferentes características maternas (variables sociodemográficas y de exposición).

Resultados: La mediana (y el rango intercuartílico) para cada una de las cohortes a estudio fue de 8,1 µg/l (5,1-12,0) en la cohorte de Gipuzkoa, 6,3 (4,1-10,0) en Sabadell, 12,0 (6,7-19,0) en Asturias y 9,5 (5,4-18,0) en Valencia. En el momento del envío de la comunicación se dispone del análisis de factores asociados para la cohorte de Valencia. Los niveles de mercurio se asociaron con edad de la madre, país de origen, estación del año en el momento del parto, nivel de estudios, consumo de tabaco y, especialmente a consumo de pescado. La media geométrica según quintiles de consumo de pescado en la cohorte de Valencia fue, del primer al quinto quintil, de 5,8; 8,5; 9,9; 12,2 y 14,3, respectivamente. El consumo de pescado azul grande (pez espada o emperador, atún fresco y bonito fresco) fue el tipo de pescado que mostró una relación mayor con los niveles en sangre de cordón. La media geométrica según frecuencia de consumo de este tipo de pescado fue de 6,6 para 'nunca o menos de 1/mes'; 10,0 para '1-3/mes'; 13,7 para consumo de '1/semana' y, finalmente, 14,7 µg/l para frecuencia de consumo de 2 ó más veces por semana.

Conclusiones: Los niveles encontrados son similares a descritos en países con gran consumo de pescado. Estos valores se sitúan por encima de los observados en otros países europeos, y muestran que un porcentaje importante de los recién nacidos estudiados presentan niveles por encima de los recomendados por organismos internacionales. En España es necesario desarrollar acciones para prevenir los riesgos de exposición prenatal a mercurio. Entre dichas acciones se incluyen: el desarrollo de guías sobre el consumo de pescado durante el embarazo, para orientar a las madres gestantes sobre la elección del tipo de pescado a consumir, así como la monitorización continuada de los niveles de mercurio en pescado.

Financiación. RETICS G03/176, FIS-FEDER 04/1112, FIS 03/1615, FIS 04/1509, FIS 06/1213, y RCESP C03/09.

COMUNICACIONES ORALES XXVI

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Desigualdades en salud

O-167. DESIGUALDADES EN SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CATALUNYA SEGÚN GÉNERO, CLASE SOCIAL Y ESTATUS MIGRATORIO

D. Malmusi, J. Benach, C. Borrell, et al

U. Docent M. Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB; Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud, Unidad de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En España se ha consolidado la descripción de las desigualdades en salud según los ejes de género, clase social y, más recientemente, inmigración. Sin embargo, faltan estudios que planteen el estudio simultáneo de los tres ejes, combinen información de indicadores socioeconómicos y de salud y de más de una encuesta. El objetivo del estudio es describir con este enfoque las desigualdades sociales en salud en Catalunya.

Métodos: Estudio transversal en la población de 25 a 64 años con datos de dos encuestas de base poblacional, la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA; n = 10.355) y la Encuesta de Condiciones de Vida y

Hábitos de la Población (ECVHP; n = 7.107), ambas de 2006. Se clasificó la clase social según la propuesta de la SEE, y el origen según el lugar de nacimiento: Catalunya; resto de CC.AA., divididas en tres grupos según su índice de desarrollo humano (IDH) en 1980 (época de las migraciones internas); y países extranjeros en cuatro grupos según el IDH de 2006 y el tiempo desde la llegada. Se realizó una estratificación por sexo, clase y origen, posteriormente simplificada agregando grupos en función de su similitud en distintos indicadores económicos y laborales de las dos encuestas. En ambas encuestas y en los grupos obtenidos, se comparó la salud general autovalorada ajustada por edad.

Resultados: Las mujeres tienen peor salud que los hombres en todos los grupos según clase social y origen. La clase social determina un gradiente en la salud en ambos sexos, en autóctonos y en todos los grupos de inmigrantes. Las personas de las CC.AA. y países más favorecidos tienen indicadores socioeconómicos y de salud igual o mejores que las autóctonas. En cambio, en ambos sexos (salvo en hombres en la ECVHP), las personas inmigradas de las CC.AA. más pobres tienen peor estado de salud que las autóctonas de la misma clase en las clases III, IV y V. Lo mismo se observa en la ESCA para las mujeres de países pobres de clase III, IV y V. Entre las personas de países pobres, las recién llegadas, a pesar de tener menores ingresos, en general declaran mejor salud que las que llevan más años ($p = ns$).

Conclusiones: El género, la clase social y el estatus migratorio interactúan en la producción de desigualdades en salud. El territorio de origen determina desigualdades en salud en la población española de Catalunya. A pesar de que una muestra insuficiente y la presencia de cierto efecto "inmigrante sano" no permiten identificar consistentemente desigualdades en salud en la población de origen extranjero, se confirma la relevancia del análisis por IDH del país de origen, tiempo de estancia y clase social.

Financiación. Ayuda "Enrique Nájera" para epidemiólogos jóvenes de la SEE.

O-168. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD POR LESIONES DE TRÁFICO, DROGAS, SIDA Y SUICIDIO EN JÓVENES DE 3 CIUDADES DE ESPAÑA. PROYECTO MEDEA

M. Marí-Dell'Olmo, M. Gotsens, G. Serral, M.A. Martínez-Beneito, M. Rodríguez-Sanz, R. Puigpinós, M.I. Pasarán, C. Borrell, Grupo MEDEA, et al

CIBERESP; Agència de Salut Pública de Barcelona; Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El análisis de áreas pequeñas es útil en la detección de desigualdades en salud a nivel local, a menudo enmascaradas cuando se analizan a un mayor nivel. El objetivo de este estudio es describir las desigualdades socioeconómicas en jóvenes para las causas de mortalidad evitables por lesión de tráfico, drogas, sida y suicidio en las secciones censales de las ciudades de Barcelona, Madrid y Valencia durante los años 1996-2003.

Métodos: Estudio ecológico transversal. Las unidades de análisis fueron las secciones censales de las 3 ciudades incluidas en el estudio (Barcelona, Madrid y Valencia) según el censo de 2001. La población de estudio fueron los menores de 50 años residentes en las 3 ciudades durante el periodo 1996-2003. Las fuentes de información fueron los registros de mortalidad y el censo de población y viviendas del año 2001. Se calculó la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) para 4 causas de defunción (lesión de tráfico, drogas, sida y suicidio), donde las muertes esperadas para cada sección censal se obtuvieron a partir de las tasas de España del 2001. Para la obtención de las RME se ajustó un modelo jerárquico bayesiano (modelo de Besag, York y Mollié) para controlar la inestabilidad estadística de las RME en áreas poco pobladas, donde las muertes observadas seguían una distribución de

Poisson. Las RME de cada sección censal se obtuvieron para cada ciudad, causa de mortalidad y sexo. Se comparó la distribución espacial de las RME con la de un índice compuesto de privación previamente calculado para cada ciudad en el proyecto MEDEA.

Resultados: El número total de defunciones fue de 1.723 en Barcelona, 2.816 en Madrid y 1.069 en Valencia para los hombres y 525 en Barcelona, 771 en Madrid y 321 en Valencia para las mujeres. En Barcelona, el percentil 25 y 75 de las RME para todas las causas fue de 71,7 y 127,7 en hombres y 74,3 y 119,8 en mujeres; en Madrid de 72,7 y 131,8 en hombres y 81 y 119 en mujeres; y en Valencia fue de 76,2 y 126,6 en hombres y 75 y 128,3 en mujeres. En las 3 ciudades, las causas de sida, drogas y suicidio fueron las que presentaron un patrón de distribución espacial más semejante al patrón que seguía el índice de privación.

Conclusiones: El estudio de la mortalidad prematura y evitable en áreas pequeñas como la sección censal, es útil para detectar desigualdades y, por lo tanto, zonas susceptibles de intervención.

Financiación. FIS-PI042013 y RCESP-C03/09.

O-169. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA Y CÉRVIX. ESFUERZO COMPARTIDO ENTRE MUJERES, CLÍNICOS Y LA SALUD PÚBLICA. CLM 2002-2006

O. Solas Gaspar, M. Alonso Alonso, M.E. Medina Chozas, E. Torres Besora, N. Magariños Laguía, et al

FISCAM. Castilla La Mancha.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar el nivel de adherencia de las mujeres, la práctica clínica y la eficacia del Programa de Cribado poblacional de Cáncer de Mama de CLM y analizar los factores que influyen utilizando como fuentes de información la Encuesta de Salud de CLM /2002-2006 y el Registro del Programa.

Métodos: Se ha analizado una submuestra de la ES/CLM de las mujeres de 16 y más años para el análisis de las prácticas preventivas ginecológicas y una submuestra de las mujeres de 45 y más años (767 casos en 2002 y 802 en 2006). Para identificar los posibles factores significativos en la realización del control ginecológico y mamografía se han utilizado modelos de regresión logística y como factores se han utilizado (edad, clase social, y nivel de estudio). Para identificar los factores significativos se ha utilizado modelos de regresión logística.

Resultados: Un 39,8% de las mujeres realizan revisiones ginecológicas periódicas. De estas 78,7% 1 vez/año. En 2006 las revisiones ginecológicas cubren al 51% de las mujeres de 25-44 años; al 56,3% de 45-64 años; 28% 16-24, y al 12,7% > 65 años. Entre 2002 y 2006 no ha variado el porcentaje de mujeres que se realizan revisiones ginecológicas periódicas (40,4% en el año 2002 y 38,9% en el año 2006). Las revisiones ginecológicas aumentan según el nivel de estudios y el nivel socioeconómico. A mayor nivel de estudios y clase social mayor uso de las prácticas preventivas en AP/AE. La prueba más frecuente en la última revisión es citología vaginal (84,3%); la exploración mamaria (69,2%), la ecografía ginecológica (62%) y el tacto vaginal (57%). En todas las se observa un incremento entre 2002 y 2006, excepto tacto vaginal. El 75,7% de las mujeres de 45-64 a. se han realizado alguna vez en la vida una mamografía. De estas un 93,7% en los últimos 2a. La vía de acceso a la mamografía es principalmente el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de la Junta (el 71,1% de las mamografías realizadas). La práctica de la mamografía está influida por la edad, la clase social, nivel de estudios. La probabilidad de no realizarse una mamografía a lo largo de la vida aumenta con la edad, (OR = 4,65 > 65 años), y pertenecer a las clases más desfavorecidas (OR = 2,13).

Conclusiones: Se confirma que el uso de la mamografía está asociado a la edad, clase social, estudios, recomendación del médico de AP, información y las actitudes de las mujeres. A partir de 2003 el

Programa amplía la edad hasta 70 a. Si bien se observan desigualdades sociales según edad, estudios y clase social, esta brecha se ha reducido entre 2002-2006 con el esfuerzo y compromiso de las mujeres, los clínicos de AP y las intervenciones de Salud Pública de CLM.

O-170. JUBILACIÓN ANTICIPADA Y SALUD MENTAL: INTERACCIÓN ENTRE EL GÉNERO, EL ESTADO DE CONVIVENCIA Y LA CLASE SOCIAL

L. Artazcoz, I. Cortès, E. Molinero, C. Borrell, V. Escribà-Agüir, L. Cascant, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Determinar la relación entre la jubilación anticipada por diferentes causas y el estado de salud mental.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud de 2006. La población analizada fueron las personas de 16 a 64 años ocupadas y jubiladas (9.852 hombres y 6.558 mujeres). La salud mental se midió con el cuestionario GHQ-12. Se consideraron casos las personas con puntuaciones superiores a 2. La variable predictora tenía 4 categorías: ocupado/a, prejubilado/a por razones de salud, prejubilado/a de forma forzosa y prejubilado/a de manera voluntaria. Las variables de ajuste fueron la edad, la clase social ocupacional con 5 categorías y el estado civil con 4 (soltero/a, casado/a o conviviendo en pareja, viudo/a y separado/a o divorciado/a). Se ajustaron modelos de regresión logística múltiple desagregados en tres etapas, en primer lugar según el sexo, en segundo adicionalmente según el estado civil o de convivencia (con dos categorías, casado/a y no casado/a) y en tercero también según la clase social (con dos categorías, manual y no manual).

Resultados: El 13,8% de los hombres y el 24,3% de las mujeres tenían problemas de salud mental y el 9,1% de los hombres y el 6,8% de las mujeres estaban prejubilados. La mayor parte de las prejubilaciones se debieron a problemas de salud (62,7% de los hombres y 79,2% de las mujeres). El 27,1% de los prejubilados y el 14,9% de las prejubiladas habían sufrido una jubilación forzosa. En la primera etapa del análisis, en los dos sexos, la jubilación por razones de salud se asoció con un mayor riesgo de mal estado de salud mental pero en las mujeres también lo hizo la prejubilación forzosa (ORa = 1,91, IC95% = 1,11-3,29). Tras desagregar el análisis por el estado civil o de convivencia, en los dos sexos, tanto en personas solteras como en casadas o que vivían en pareja, la prejubilación por razones de salud se asoció con mal estado de salud mental. Además, entre las mujeres casadas la prejubilación forzosa también lo hizo (ORa = 2,07, IC95% = 1,11-3,84). Finalmente, en la última etapa del análisis, la jubilación por motivos de salud se asoció con mal estado de salud mental en todos los grupos examinados, pero entre las trabajadoras casadas o que vivían en pareja y eran de clase manual la jubilación forzosa también se asoció con mal estado de salud mental (ORa = 2,78, IC95% = 1,01-7,71).

Conclusiones: La jubilación forzosa de parte de la plantilla es una de las estrategias más utilizadas por las empresas para afrontar situaciones de crisis. Sin embargo, podría tener un impacto negativo sobre la salud mental que parece superior entre las mujeres casadas menos cualificadas.

O-171. ANÁLISIS DE INDICADORES DE DESEMPLEO PARA LA VIGILANCIA DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

V. Puig Barrachina, D. Malmusi, J. Benach, et al

Grupo Investigación Desigualdades en Salud, Unidad de investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); U. Docente MPYSP IMAS-UPF-ASP.

Antecedentes/Objetivos: La salud de las poblaciones está fuertemente condicionada por determinantes sociales como la calidad de la vivienda, el nivel de ingresos o las condiciones de ocupación y trabajo. Recientemente, la Red sobre Condiciones de Ocupación de la OMS (EMCONET) ha analizado las dimensiones de ocupación (desempleo, precariedad laboral, trabajo informal, trabajo infantil y esclavismo o trabajo forzado) generadoras de desigualdad en salud. Desde la salud pública, es fundamental realizar la vigilancia de esos factores. Aunque el desempleo es una dimensión de ocupación con gran evidencia científica sobre su impacto en la salud y desigualdad, hasta el momento los sistemas de vigilancia relativos a este indicador son muy limitados. El objetivo de este estudio es proponer indicadores de desempleo que permitan su utilización en la vigilancia de salud pública como determinante de las desigualdades en salud.

Métodos: Se ha realizado una revisión de la literatura sobre el desempleo y la salud, utilizando como criterios de inclusión los que analizaron el impacto del desempleo en la salud según uno o más ejes de desigualdad (el género, la clase social, edad, situación familiar, prestación económica y duración del desempleo). Se realizó un análisis separado por sexo debido a existir un patrón desigual por género en los campos laboral y familiar. La evidencia disponible en cada eje de desigualdad ha permitido determinar y priorizar los grupos poblacionales más vulnerables según el riesgo para su salud.

Resultados: 18 artículos cumplieron los criterios de inclusión. En nueve artículos se estratificaron los resultados por género y en tres se analizaron tres o más ejes de desigualdad a la vez. Los factores relacionados con el desempleo con mayor influencia en la salud en hombres y mujeres son la percepción y tipo (contributiva o asistencial) de prestación económica, la clase social en hombres, y la situación familiar en mujeres. En los hombres, el indicador seleccionado fue el desempleo en trabajadores manuales que no reciben prestación económica contributiva, y en mujeres las desempleadas sin prestación contributiva y trabajadoras en el hogar. Además, se seleccionó el desempleo juvenil ya que es buen predictor del futuro desempleo y tiene un impacto mayor que en la edad adulta de adquisición de hábitos poco saludables.

Conclusiones: El desarrollo de indicadores de desempleo como determinante social de la desigualdad en salud puede ser muy útil para vigilar la situación de los grupos de mayor riesgo, para controlar la evolución de su impacto poblacional en la salud y para ayudar a plantear políticas que reduzcan las desigualdades en salud.

Financiación. CIBERESP.

O-172. MODIFICACIÓN DE LA CLASE SOCIAL OCUPACIONAL TRAS LA MATERNIDAD Y FACTORES ASOCIADOS A SU DISMINUCIÓN

M.C. González-Galarzo, M. Estarlich, A.M. García, C. Iñiguez, F. Ballester, et al

CIBERESP; Escuela Valenciana de Estudios de la Salud; Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Tras la interrupción temporal de la ocupación por la maternidad, la recuperación de los empleos previos puede presentar dificultades, pudiendo llevar a una disminución del nivel ocupacional. El objetivo de este trabajo es identificar el cambio en la clase social ocupacional (CS) en las mujeres que se reincorporan al empleo tras la maternidad y los factores asociados a la disminución de su nivel social basado en la ocupación.

Métodos: La población a estudio son 414 mujeres de la cohorte IN-MA-Valencia que habían trabajado en el embarazo y se reincorporan al empleo al año del parto. Se obtienen las CS basadas en la ocupación durante el embarazo y en la ocupación más reciente al año del parto,

según la propuesta de la S.E.E., en cinco categorías. Mediante el estadístico de Wilcoxon, se describe el cambio de CS. Se realizó regresión logística multivariante para el análisis de las variables que influyen en la disminución de la CS. En el análisis se consideró la edad, zona de residencia, CS del embarazo, nº de hijos y circunstancias laborales previas (actividad económica, tipo de contrato y jornada y tiempo trabajado en los 10 años previos al embarazo).

Resultados: El 71% de las mujeres que trabajaron en el embarazo se reincorporaron al año del parto. No se han encontrado diferencias significativas entre la CS previa y posterior al embarazo ($p = 0,648$). Entre las mujeres que cambian su CS (10%) un 43% la disminuye. La disminución en la CS es más frecuente en las mujeres que pertenecían a la CSIII durante el embarazo (OR: 4,87; IC 95% = 0,98-24,31), frente a la CSI-II, con contrato temporal previo (3,36; 1,09-10,33), frente contrato fijo y menos frecuente entre las mujeres con jornada parcial (0,25; 0,05-1,26).

Conclusiones: Aunque no se encuentran diferencias significativas en el cambio de CS tras la maternidad, un alto porcentaje de las mujeres que la modifican lo hacen para disminuir su nivel social ocupacional. Las condiciones laborales y la CS del embarazo están asociadas a la disminución del nivel social ocupacional.

Financiación. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana (EVES2006-PI-058).

O-173. EL IMPACTO DEL SEXISMO EN LA SALUD

C. Borrell, L. Artazcoz, I. Rohlf, D. Gil, G. Pérez, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universitat Pompeu Fabra; Universitat de Girona; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: En la última década ha aumentado la literatura sobre el impacto de la discriminación percibida en la salud, siendo la mayoría de estudios de EEUU. La evidencia en nuestro medio es prácticamente inexistente. Los objetivos de este estudio son: 1) describir la prevalencia de discriminación a causa del sexo (sexismo) en hombres y mujeres de España, 2) estudiar la asociación entre el sexismo y la salud percibida, las conductas relacionadas con la salud y la utilización de los servicios de salud y 3) determinar si estas relaciones son modificadas por el país de origen y la clase social.

Métodos: Estudio de diseño transversal. La población de estudio es la residente en España y no institucionalizada de 16 a 64 años en el año 2006. Los datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, que incluye 23.760 personas de este grupo de edad. Se analizaron siete variables dependientes: cinco indicadores de estado de salud, el consumo de tabaco y la atención sanitaria no recibida. La percepción de discriminación a causa del sexo o sexismo, medida con la escala de Krieger, es la principal variable independiente (la exposición). Las variables de ajuste fueron: la edad, la situación laboral, el apoyo social y el estado civil. Se obtuvo la prevalencia de sexismo y se ajustaron modelos de regresión logística separados por sexo para estudiar la asociación entre el sexismo y las variables dependientes. Además, para las mujeres, la clase social y el país de origen se consideraron como variables de estratificación (no hubo suficiente número de casos con percepción de sexismo en el caso de los hombres).

Resultados: El sexismo se declara más por parte de las mujeres (3,2%, $n = 381$) que de los hombres (0,4%, $n = 48$). Lo declaran más las mujeres de clases no manuales y de países pobres. Existe una asociación entre el sexismo y 4 indicadores de salud en hombres y mujeres (mala salud percibida, mala salud mental, depresión y lesiones). Los mayores OR se dan con la mala salud mental en las mujeres (OR: 2,53, Intervalo de Confianza del 95% -IC95%-: 2,04-3,14) y con la depresión en los hombres (OR: 3,16, IC95%: 1,57-6,37). La asociación entre el

sexismo y la mala salud mental en las mujeres es más fuerte en las procedentes de países pobres (OR: 6,38 para las de clase no manual y OR: 6,43 para las de clase manual).

Conclusiones: A pesar de que la prevalencia de sexismo declarado puede estar infraestimada, existe una asociación consistente con los indicadores de salud analizados. Las políticas pro igualdad, que tienen por objetivo combatir las desigualdades entre mujeres y hombres, deben tener en cuenta este impacto.

Financiación. CIBERESP, Ministerio de Sanidad y Consumo.

O-174. DESIGUALDADES SEGÚN GÉNERO EN LA MOVILIDAD POR MOTIVOS RELACIONADOS CON EL HOGAR Y CON EL OCIO

M. Olabarria, E. Santamariña-Rubio, K. Pérez, J.M. Aragay, M. Capdet, R. Peiró, M. Rodríguez-Sanz, C. Borrell, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universidad de Barcelona; Autoritat del Transport Metropolità; Centro de Salud Pública Alzira.

Antecedentes/Objetivos: El diferente contexto sociolaboral de hombres y mujeres se refleja en su movilidad diaria. Se plantea como objetivo analizar las desigualdades según género en la movilidad por motivos relacionados con el cuidado del hogar y con el ocio en la población ocupada de Cataluña.

Métodos: Se trata de un estudio transversal. La población de estudio son las personas ocupadas de 16 a 64 años que refirieron algún desplazamiento en día laboral en la Encuesta de Movilidad Cotidiana 2006, realizada por la Generalitat de Cataluña y Autoritat del Transport Metropolità, a una muestra representativa de la población de Cataluña ($N = 45.787$). Las variables dependientes fueron: tiempo empleado al día en desplazamientos por motivos relacionados con el hogar (incluye compras cotidianas y acompañar personas), y tiempo empleado en desplazamientos por ocio. Las variables independientes: sexo, edad, nivel de estudios, ámbito de residencia y disponibilidad de vehículo. Se realizó un análisis bivariado y multivariado de regresión logística para determinar factores asociados a mayor tiempo empleado en desplazamientos (superior a la mediana), mediante el cálculo de Odds Ratios (OR) y sus intervalos de confianza del 95%, ajustado por ámbito de residencia y disponibilidad de vehículo, y estratificando por sexo.

Resultados: El 33% de mujeres ocupadas se desplazó por motivos relacionados con el hogar, frente al 16,2% de hombres ($p < 0,001$). Una mayor edad está asociada a un mayor tiempo en desplazamientos por motivo relacionados con el hogar en ambos sexos. Tener 24-29 años en mujeres (OR = 1,4 [1,1-1,8]), y tener estudios secundarios (OR = 1,2 [1,1-1,3]) o universitarios (OR = 1,2 [1,1-1,3]) en hombres está asociado a mayor tiempo en estos desplazamientos. Por otro lado, no existen diferencias significativas según género en el porcentaje de personas que realiza desplazamientos por ocio. En ambos sexos, el tiempo en desplazamientos por ocio aumenta al aumentar el nivel de estudios y disminuye al aumentar la edad, siendo los de 45-64 años los que menos se desplazan. En ambos sexos y respecto a los mayores, tener 16-23 años y 24-29 años está asociado a mayor tiempo en desplazamientos por ocio, pero sólo en hombres tener 30-44 años (OR = 1,4 [1,2-1,6]) es un factor asociado.

Conclusiones: Las mujeres ocupadas deben conciliar, desde edades más tempranas, los desplazamientos realizados por motivos relacionados con el hogar con los desplazamientos derivados de su ocupación. Así mismo, a edades más jóvenes que los hombres sus desplazamientos por motivos de ocio se reducen.

Financiación. FIS MD07/00082.

COMUNICACIONES ORALES XXVII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 12:30 a 14:30 h

Inmigración y salud

O-175. CARACTERÍSTICAS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA INTERNACIONAL SOBRE INMIGRACIÓN Y SALUD

A.A. Agudelo-Suárez, D. Gil-González, C. Vives-Cases, E. Ronda-Pérez, et al

Universidad de Antioquia/Medellín-Colombia. Fundación Carolina-España; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. España; Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS); CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El crecimiento de las publicaciones sobre inmigración y salud en los últimos años ha derivado en una heterogeneidad de enfoques y temas que no han sido compilados en el ámbito científico. **Objetivo:** Describir la producción científica internacional sobre inmigración y salud en el periodo comprendido entre enero de 2002 y junio de 2008.

Métodos: Búsqueda sistemática de los estudios empíricos publicados en revistas de revisión por pares cuyo tema principal sea la inmigración y su relación con la salud. Se utilizaron palabras claves en lenguaje libre y controlado en inglés y español. La búsqueda se realizó en las bases de datos: Medline, Embase, CINAHL, Sociological Abstracts, PsycINFO, Cochrane, Scopus, Lilacs, ISI Web of Knowledge, CSIC, ERIC y Cuiden. Estudio descriptivo de las características principales de los estudios localizados: Año, sexo del primer autor, país del estudio, enfoque metodológico, idioma de publicación, factor de impacto (según Journal citation report) y tema principal del estudio.

Resultados: Fueron identificados 2.438 estudios, el 56,5% encabezado por mujeres como primer autor y el 65,9% se hallaron en revistas con factor de impacto. Un 91,4% de los artículos se publicaron en inglés y un 78,5% fueron cuantitativos. El 40,2% de las investigaciones se realizaron en Estados Unidos, el 8,1% en Canadá, el 5,2% en Suecia y el 4,9% en España. Con respecto a la temática de los estudios, un 15,1% versa sobre el reconocimiento de las condiciones epidemiológicas de la población, un 13,9% sobre salud mental, un 10,3% sobre determinantes económicos, políticos, y sociales de la salud. El análisis de los conocimientos, prácticas y creencias en salud supone un 9,7%. El acceso a servicios sanitarios ha sido analizado en el 8,6%, salud de la mujer en un 7,5% y estrategias para dar atención a los/las inmigrantes en un 5,9%. Otros temas en menor proporción son: aspectos nutricionales y salud (4,9%), salud laboral (3,7%), cultura y salud (3,5%), estudios microbiológicos/genéticos (2,5%), refugiados (2,4%), indicadores demográficos (2,3%), salud bucal (2,3%) y violencia y salud (2,1%), entre otros.

Conclusiones: Si bien existe heterogeneidad temática en el abordaje de la inmigración y la salud como un fenómeno de importancia en la agenda científica, se requiere profundizar en aspectos como el análisis de políticas en salud, metodologías de investigación, formación de profesionales en inmigración; y estudios específicos en países con alta presencia de inmigrantes. Esto soporta la evidencia para la toma de decisiones en salud pública.

O-176. ¿CUÁL ES EL DEBATE PARLAMENTARIO SOBRE INMIGRACIÓN Y SALUD EN ESPAÑA?

A.A. Agudelo-Suárez, D. Gil-González, C. Vives-Cases, E. Ronda-Pérez, et al

Universidad de Antioquia/Medellín-Colombia. Fundación Carolina-España; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. España; Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS); CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La inmigración en España es un tema de actualidad que plantea un gran número de desafíos legislativos, políticos, culturales, sociales, laborales y sanitarios. Son escasos los estudios que desde la salud pública analizan las decisiones políticas en el contexto parlamentario. **Objetivo:** describir y analizar las iniciativas parlamentarias (IP) sobre inmigración y salud en España.

Métodos: Búsqueda y análisis del contenido de las IP que abordan este tema desde el inicio del periodo democrático español en 1979 hasta 2007. Se aplicó un protocolo de recogida de información para identificar las principales características del debate parlamentario y los principales temas recogidos en las IP. Se calculó la razón entre las iniciativas de este tema y las iniciativas totales por años y legislaturas. También se analizó su relación con la evolución de las tasas de población inmigrante.

Resultados: Se identificaron un total de 4.022 IP sobre inmigración. El debate tuvo una mayor presencia en las últimas tres legislaturas (1996-2007), constituyendo el 98,2% de las IP. En éstas destaca la generación de datos estadísticos sobre diferentes aspectos que afectan a la población inmigrante (n = 2300; 57,2%). En las IP sobre inmigración y salud (n = 116; 2,9%), destaca la discusión sobre estrategias de atención sanitaria (n = 29; 25,0%), el acceso a servicios de salud (n = 28; 24,1%) y la información epidemiológica (n = 23; 19,8%). El 44% (n = 51) de las IP fueron lideradas por hombres y el 74,2% (n = 98) por los grupos parlamentarios popular y socialista. La mayoría de estas IP corresponden a la función de control del gobierno (n = 109; 94%). El 89,2% (n = 103) de las iniciativas respondieron al tipo específico de preguntas con respuesta escrita, orales, en pleno o comisión y el 7,6% (n = 9) a comparencias y proposiciones no de ley. En 113 IP (97,4%) sobre inmigración y salud no se tomaron decisiones con impacto en las políticas. Con respecto a las iniciativas que abordan el tema de inmigración y salud, los mayores incrementos se presentaron en los años 1991, 1999, 2002 y 2004. De otra parte, mientras se observa una presencia cada vez mayor de la población inmigrante con relación a la población española, en las IP que abordan el tema de inmigración no se observan cambios notorios hasta el año 1996.

Conclusiones: El debate sobre inmigración y su relación con la salud es heterogéneo. Junto a los esfuerzos por generar información estadística, sería conveniente incrementar la discusión sobre estrategias políticas y sociales para proteger y promover la salud de la población inmigrante.

Financiación. Observatorio de Salud de la Mujer/Ministerio de Sanidad y Consumo-España.

O-177. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISCRIMINACIÓN EN ESPAÑA

D. Gil-González, C. Vives-Cases, C. Borrell, A. Agudelo-Suárez, M. Martínez, C. Álvarez-Dardet Díaz, et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra; Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín- Colombia. Fundación Carolina.

Antecedentes/Objetivos: La discriminación está relacionada con la salud. La inclusión en la Encuesta Nacional de Salud (ENS-06) de una pregunta sobre experiencias de discriminación ha permitido plantear este estudio con el objetivo de analizar su frecuencia y las características sociodemográficas que la determinan.

Métodos: Estudio de diseño transversal siendo la población de estudio la residente en España. La información se ha obtenido de la ENS-06 con una muestra de 14.459 hombres y 15.019 mujeres. Se analizaron las preguntas sobre haber experimentado discriminación, sus causas y en que situaciones (variable dependiente). Las variables independientes fueron: sexo, edad, nacionalidad (país de origen), ni-

vel de estudios y clase social (no manuales y manuales). Se calcularon frecuencias, prevalencias y Odds Ratio bivariadas. Se ajustaron modelos de regresión logística para estudiar la asociación entre la discriminación autopercebida y las variables independientes, incluyendo también la interacción entre el país de origen y la clase social.

Resultados: La prevalencia de discriminación es de 5,2% (M: 6,3%, H: 4,1%). Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de percibir discriminación (OR = 1,56 [IC95% 1,40-1,73], sobre todo, en casa por su pareja (OR = 6,14 [IC95% 3,42-11,01] o por otros miembros del hogar (OR = 2,05 [IC95% 1,24-3,39] y buscando trabajo (OR = 1,54 [IC95% 1,22-1,95]. Proceder de un país pobre incrementa el riesgo de percibir discriminación tanto en hombres (OR: 3,54 [IC95%1,83-6,84]) como en mujeres (OR = 2,41 [IC95% 1,42-4,11]), una vez ajustado por el resto de variables sociodemográficas. Por lugares, las personas procedentes de países pobres tienen más riesgo de discriminación buscando trabajo (H: OR = 2,40 [IC95%1,62-3,54]; M: OR = 3,14 [IC95%2,35-4,20]), y en un sitio público (H: OR = 2,60 [IC95%1,84-3,68]; M: OR = 3,50 [IC95%2,83-4,67]). La interacción indica que tienen más riesgo de percibir discriminación: los hombres de países pobres de clase social no manual (OR = 2,39 [IC95%1,59-3,60], las mujeres españolas de esta misma clase social (OR = 2,16 [IC95%1,40-3,35], y las mujeres de países pobres y clase social manual (OR = 1,6 [1,08-2,39].

Conclusiones: La discriminación en España es percibida principalmente por las mujeres y por las personas procedentes de países pobres. El ámbito doméstico es el lugar donde más discriminación experimentan las mujeres; y, en detrimento de las personas procedentes de países pobres, son la calle y el ámbito laboral los lugares de mayor riesgo de discriminación.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

O-178. PARTICIPACIÓN E INFLUENCIA DE LOS TRABAJADORES INMIGRANTES EN SUS CONDICIONES DE TRABAJO

M.J. López-Jacob, E. Canaletta Safont, A.M. García, et al

Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Universitat de les Illes Balears; Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: En 2008 más del 11% de los trabajadores afiliados a la seguridad social en España eran extranjeros, frente al 2,7% registrado en el año 2000. Sin embargo, el conocimiento de las condiciones de trabajo de este colectivo es todavía muy escaso. La participación de los trabajadores en términos del control y la influencia que pueden ejercer en sus condiciones de empleo y trabajo es un determinante fundamental de los efectos tanto positivos como negativos del trabajo sobre la salud. El objetivo del estudio ha sido analizar el grado de control e influencia de los trabajadores inmigrantes sobre sus condiciones de trabajo y sus determinantes.

Métodos: Estudio cualitativo, enmarcado en el proyecto ITSAL (Inmigración, trabajo y salud), desarrollado en 5 ciudades españolas, mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales con 158 trabajadores inmigrantes y 7 entrevistas a delegados de prevención inmigrantes. Se procedió al análisis de contenido y discurso en función del estatus legal de los trabajadores, el sexo y las características de la empresa.

Resultados: Se constata escasa capacidad de influencia sobre las condiciones de empleo y trabajo, siendo las que más preocupan las cuestiones salariales, contractuales y el tiempo de trabajo. Las acciones de reivindicación de mejoras son muy escasas y están fuertemente determinadas por el miedo a perder el empleo. La información que reciben los trabajadores sobre sus derechos laborales y el interés de las empresas por la prevención de riesgos laborales se muestran muy insuficientes. Las estrategias para mejorar las condiciones de trabajo se reducen a la solución individual de los conflictos, siendo mínima

la percepción de las posibilidades de influencia a través de los sindicatos. Las redes informales juegan un papel fundamental, no siempre positivo, en la difusión de la información sobre derechos laborales. El estatus legal, la precariedad y los conocimientos sobre derechos y recursos de apoyo, especialmente al inicio del proceso migratorio, aparecen como factores determinantes de las posibilidades de control e influencia de los trabajadores inmigrantes sobre sus condiciones de trabajo. Los trabajadores en situación irregular y las mujeres, especialmente del servicio doméstico, son los colectivos más desfavorecidos.

Conclusiones: La mejora de las condiciones de empleo y trabajo de los trabajadores inmigrantes en España requeriría optimizar el proceso administrativo para conseguir y mantener su estatus legal y aumentar el nivel de información sobre sus derechos laborales. El apoyo que los sindicatos podrían jugar en este proceso es desestimado o muy poco conocido por este vulnerable colectivo de trabajadores.

Financiación. Ministerio de Sanidad y Consumo (FIS PI052202, PI052334).

O-179. ACCIDENTES DE TRABAJO REFERIDOS EN UNA MUESTRA DE TRABAJADORES INMIGRANTES EN ESPAÑA

A.M. García, M.J. López-Jacob, E. Sousa, F.G. Benavides, et al

Universidad de Valencia; Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS); Universitat Pompeu Fabra; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las estadísticas oficiales de accidentes laborales en España son posiblemente insuficientes para conocer el impacto de las lesiones relacionadas con el trabajo en el colectivo de trabajadores inmigrantes. El análisis de las entrevistas a inmigrantes realizadas en 2008 en el marco del Proyecto ITSAL (Inmigración, Trabajo y Salud) aporta información de interés sobre este fenómeno de salud laboral.

Métodos: Estudio transversal con muestreo estratificado por nacionalidad (Ecuador, Marruecos, Rumania y Colombia), sexo y situación legal (permiso de trabajo) y entrevistas personales a 2.434 trabajadores inmigrantes residentes en cinco ciudades españolas. El cuestionario incluye preguntas sobre variables personales y laborales, condiciones de empleo y lesiones por accidentes de trabajo.

Resultados: La muestra incluye 1.395 hombres y 1.039 mujeres residentes en España al menos un año y con experiencia laboral en nuestro país de al menos tres meses. El 40% (n = 970) declara haber padecido alguna lesión o accidente de trabajo, y más de la mitad de ellos (n = 551) requirieron asistencia médica por ese motivo. De estos últimos, un 40% fueron atendidos en la mutua de la empresa y 55% por el médico general o en un hospital. En la mayoría de los casos (81%) la lesión motivó la ausencia del trabajo por más de un día. El 71% de los lesionados recibieron copia del parte de notificación del accidente de trabajo. Un 29% de los lesionados considera que no estaba suficientemente recuperado cuando se reincorporó al trabajo tras el accidente. El riesgo de accidentes de trabajo es mayor en los hombres que en las mujeres (OR = 1,35; IC95% 1,15-1,60), en los trabajadores sin estudios en comparación con los que tienen estudios medios o superiores (OR = 1,53; IC95%1,03-2,28), y tiende a aumentar con el tiempo de residencia en España en comparación con los que llevan 3 años o menos (4-5 años: OR = 1,41; 6-9 años: OR = 1,79; 10 años o más: OR = 1,87).

Conclusiones: Los trabajadores inmigrantes refieren lesiones por accidentes de trabajo frecuentes, la mayoría causando baja laboral de al menos un día y requiriendo asistencia médica. El registro de estos accidentes en las estadísticas oficiales podría ser incompleto. Se observan diferentes niveles de riesgo según variables personales y laborales. Nuestros datos sugieren la necesidad de acciones de vigilancia y prevención específicas sobre este colectivo de trabajadores.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria (PI052202; PI052334; PI050497).

O-180. ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA DIVERSIDAD CULTURAL

P. Ramos, C. Cortina, N. Sagarra, M.I. Pasarín, E. Díez, S. Gómez, L. Egea, O. Juárez, A. Martínez, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se constata un incremento de la obesidad infantil y un cambio poblacional con la llegada de personas de otros países, siendo Ciutat Vella el distrito de Barcelona con mayor población inmigrante. El objetivo de nuestro estudio es conocer las conductas relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico de las familias inmigradas del distrito teniendo en cuenta la diversidad cultural.

Métodos: Estudio cualitativo exploratorio descriptivo mediante grupos focales realizado entre Noviembre-Diciembre del 2007. La segmentación de los grupos se determinó según el país de nacimiento, mediante el padrón de habitantes, seleccionando los 4 grupos mayoritarios del distrito: Marruecos, Ecuador, Filipinas y Pakistán. Se realizaron 12 entrevistas a informantes clave –personas con conocimientos sobre alimentación en las comunidades señaladas (maestras, enfermeras pediátricas y representantes de entidades del distrito)–, con la finalidad de conocer datos relevantes para formar los grupos e identificar las áreas del guión de discusión grupal. Señalaron como población diana las madres con hijos entre 3/16 años. Como áreas a explorar se identificaron: la percepción de obesidad infantil y sedentarismo, la adquisición de nuevos hábitos y las posibles estrategias de educación para la salud. La captación fue mediante carteles y dípticos repartidos en escuelas, boca a boca y búsqueda activa en entidades. Se consiguieron 73 participantes distribuidos en 8 grupos (2 por segmento). El análisis de las transcripciones se realizó mediante la triangulación de resultados y el software Atlas.Ti.

Resultados: Se observan diferencias en los hábitos alimentarios influenciados por la religión, el género, la accesibilidad económica y la incorporación de la mujer al mercado laboral. Todos los grupos, y más las niñas, reducen las horas dedicadas a la actividad física al llegar al país de acogida. Aumentan el consumo de refrescos, comida preparada y bollería industrial. Aunque valoran positivamente la dieta mediterránea manifiestan temor a la pérdida de sus hábitos más saludables fundamentalmente debido al coste elevado de sus productos autóctonos y el acceso a alimentos poco saludables pero muy valorados en su país de origen. Todas las madres señalan a las profesoras de sus hijos/as como autoridad en temas alimentarios y el comedor escolar cuenta con su confianza.

Conclusiones: La información obtenida facilitará las estrategias de educación para la salud dirigidas a familias así como la difusión de mensajes de alimentación saludable y actividad física teniendo en cuenta la diversidad cultural.

Financiación. Proyecto parcialmente financiado por el Plan de Acogida e Integración de las personas inmigradas del distrito de Ciutat Vella.

O-181. ¿QUÉ DIFERENCIA A LAS MUJERES MALTRATADAS EXTRANJERAS DE ESPAÑOLAS? FACTORES DE RIESGO Y TOMA DE DECISIONES

C. Vives Cases, D. Gil González, et al

Universidad Alicante; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Observatorio Políticas Públicas y Salud (OPPS).

Antecedentes/Objetivos: No siempre el impacto de la violencia de género (VG) es diferente entre mujeres extranjeras y autóctonas, pero existe evidencia de una desigualdad en el acceso a los recursos existentes. En España, las mujeres extranjeras tienen mayor riesgo de morir por esta causa. Los objetivos de este estudio son analizar el riesgo de VG de las mujeres extranjeras vs españolas, explorar

posibles causas según sus características sociodemográficas e identificar diferencias en la toma de decisiones para enfrentarse a este problema.

Métodos: Estudio transversal realizado de forma coordinada por 6 grupos de investigación y dirigido a 16.419 mujeres que acudieron entre 2006 y 2008 a consultas de atención primaria de todo el territorio español. Se creó un cuestionario estructurado y autoadministrado con 27 cuestiones que fue pilotado con 60 mujeres, mostrando ser fácilmente comprendido y aceptado. Este estudio se basa en los 10.322 cuestionarios que fueron finalmente válidos. Variable dependiente: Violencia contra la mujer en el último año recogida mediante el Index of Spouse Abuse (ISA). Variables independientes: país de origen, estado civil, ingresos propios, nivel de ingresos familiares, nivel de estudios, edad y presencia de hijos. También se analizaron las respuestas frente a la VG de las mujeres en situación de maltrato según su país de origen. Se realizó un estudio descriptivo y se calcularon Odds Ratio Crudas para españolas y extranjeras, y ajustadas por el resto de variables independientes.

Resultados: Las mujeres extranjeras tienen mayor riesgo de VG en el último año que las españolas (OR = 2,31 [1,91-2,79]). Esta desigualdad se produce tanto si el maltrato es físico (OR = 2,88 [2,33-2,57]) como no físico (OR = 2,39 [1,96-2,91]). Las mujeres inmigrantes sin ingresos propios (OR = 1,98 [1,35-2,89]) tienen más riesgo de sufrir VG. Tener estudios –secundarios (OR = 0,56 [0,42-0,75]) o universitarios (OR = 0,40 [0,28-0,59])– e ingresos altos (OR = 0,26 [0,14-0,49]) las protege de la VG. Las características sociodemográficas analizadas no determinan el mayor riesgo de VG en las extranjeras. Un 15,8% de extranjeras maltratadas no sabe cómo resolver su situación frente a un 8,9% de españolas. Es mayor el riesgo de que las extranjeras no puedan resolver su situación que las españolas (OR = 1,44 [1-2,07] p = 0,047).

Conclusiones: Las mujeres extranjeras tienen mayor riesgo de VG que las españolas, pero los factores que explican esta desigualdad no parecen estar entre sus características sociodemográficas. Generar conocimiento sobre los determinantes de la VG en las mujeres extranjeras puede contribuir a incrementar la efectividad de las respuestas existentes.

Financiación. Fondo Investigaciones Sanitarias. Ministerio Sanidad y Consumo.

O-182. ALTO RIESGO DE PALUDISMO EN INMIGRANTES RESIDENTES EN ANDALUCÍA QUE VISITAN SUS PAÍSES DE ORIGEN

E. Duran-Pla, F.J. Guillén Enríquez, et al

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

Antecedentes/Objetivos: El paludismo importado es una enfermedad potencialmente grave, prevenible, con una mortalidad evitable, que afecta a inmigrantes o viajeros, la tendencia estable en nuestra comunidad puede aumentar paralelamente al aumento de viajes internacionales y migraciones. Suele afectar a personas no inmunes, viajeros (turistas, cooperantes, comerciantes y misioneros), niños inmigrantes procedentes de zonas endémicas e inmigrantes que vuelven a visitar sus países de origen. En España, en el lustro 03-07, se declararon una media de 383 casos anuales (tasa bruta de 0,87/100.000 habitantes) con tendencia anual decreciente, registrándose 32 muertes en el periodo. El 3,1% de las personas residentes en Andalucía (2007) nacieron en países con paludismo endémico, 1,3% en África.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de paludismo declarados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) de 2003 a 2007, en especial de las variables país de origen y grupo de riesgo.

Resultados: En Andalucía en el lustro 03-07 se declaró una media anual de 33,2 casos/año de paludismo importado (0,42/100.000 habitantes) con incidencia anual estable; el 68,7% eran hombres. El 87,3% (145) fueron hospitalizados y fallecieron 5 personas (3%). El 69,7% (115) de los casos se registraron en las provincias de Málaga, Almería y Sevilla. Por orden decreciente los grupos más afectados en el periodo fueron: inmigrantes recién llegados (66/39,8%), inmigrantes residentes que visitaron sus países de origen (56/33,7%), pasando este grupo del 29% (9 casos) en 2003 al 40% (14 casos) en 2007; turistas (24/14,55%), expatriados por motivos laborales (18/10,8%), un caso de paludismo congénito y otro transfusional. El 75% de los inmigrantes que viajaron a sus países de origen fueron hombres (edad media de 33,5 años, 35 años en las mujeres). El 95% no realizó profilaxis, por un 62,5% en los viajeros españoles. El 96,4% viajó a África Central u Occidental, siendo los países más visitados Nigeria (41,1%), Senegal (17,9%) y Guinea Ecuatorial (17,9%).

Conclusiones: La incidencia creciente de paludismo importado en inmigrantes que vuelven de visita a sus países de origen tras años de residencia, puede deberse a que la semiinmunidad adquirida se pierde a partir de los 3 años de ausencia de la zona endémica, y la mayoría de inmigrantes, sin percepción de ese riesgo, no consultan antes del viaje, no adoptan medidas preventivas y viajan en condiciones de mayor riesgo. Los centros de atención primaria y de consulta sanitaria previaje deberían implementar estrategias encaminadas a aumentar la captación de este colectivo para profilaxis adecuada.

COMUNICACIONES ORALES XXVIII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Inmigración y salud sexual reproductiva

O-183. PROMOCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES INMIGRADAS Y AUTÓCTONAS. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ENSAYO SIRIAN

E. Díez, S. Gómez, E. Cobo, J. Cortés, J.C. Oliva, L. Estruga, M. Foz, G. Pérez, R. Almirall, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Associació CEPS; CAP Manso; CAP Les Hortes; Universitat Politècnica de Catalunya; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: En Barcelona las tasas de interrupción voluntaria del embarazo y los embarazos no planificados son más elevadas entre las mujeres inmigradas. De acuerdo con un estudio cualitativo ad-hoc, las inmigradas demandan información sobre los métodos contraceptivos. Se estudia la efectividad de una intervención multicomponente y culturalmente sensible, dirigida a aumentar el conocimiento y el uso de contracepción pre y postcoital, así como el uso de los servicios de salud reproductiva.

Métodos: Ensayo controlado aleatorizado. Ámbito: dos barrios de Barcelona con alta proporción de inmigración. Datos analizados: de octubre 2006 a marzo 2008. Muestra estimada: 200 por grupo para detectar una diferencia del 15%, con $p = q = 0,5$ y 95% de confianza. Participantes: mujeres inmigradas y autóctonas de 17 a 49 años. Captación: centros sociales, de salud, entidades, escuelas y tiendas. Asignación: aleatoria con minimización según país de origen. Recogida de datos: entrevista con cuestionario. Variables principales: conocimiento y uso de contracepción pre y postcoital, y de los servicios de salud reproductiva. Plan: en grupo de intervención (GI), encuesta + intervención y, tres meses después, encuesta; en el grupo control (GC), encuesta y, tres meses después, encuesta + intervención. Intervención: entrevista a medida, de 30 minutos, con derivación

preferente a servicios de salud según criterios y facilitación de preservativos, píldoras o DIU gratuitos. Análisis: por intención de tratar, descriptivo, OR e IC.

Resultados: Se evalúan 237 mujeres. Se aleatorizan 189. Se asignan al GI 99 y al GC 90. Pérdidas: 3 en GI y 3 en GC. Grupos comparables respecto a edad, captación, país de nacimiento, educación, situación laboral, pareja, tarjeta sanitaria, padrón, conocimiento y uso del CAP y del centro de salud sexual y reproductiva, y conocimiento y uso de métodos contraceptivos. Con la intervención aumenta el conocimiento de métodos contraceptivos (OR: 14,7; IC: 4,3-50,5) y de contracepción postcoital (OR: 6,3; IC: 3,3-12,1), el uso de métodos se acerca a la significación (OR: 1,8; IC: 0,9-3,7) y el uso de servicios permanece estable (OR: 1,3; IC: 0,6-2,8). Aumenta el uso del DIU (OR: 5,0; IC: 1,1-23,5).

Conclusiones: Los resultados preliminares muestran que una intervención de consejo individualizado en mujeres autóctonas e inmigradas aumenta el conocimiento de los métodos contraceptivos pre y postcoitales y el uso de un método que se proporciona de forma gratuita.

Financiación. FIS 2005/2727.

O-184. FÁRMACOS COMO MÉTODO PARA LA INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN MUJERES INMIGRANTES

D. Veracruz Quinto, D. Gil-González, C. Vives-Cases, et al

Master en Salud Pública. Universidad Miguel Hernández; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: De las 10.330 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) practicadas en la Comunidad Valenciana en el año 2006, sólo el 10,4% se realizaron en centros públicos. El 40% de las mujeres a las que se practicó la IVE fueron extranjeras, y de éstas, al 90% se les practico en centros privados. El consumo de medicamentos que contienen agentes farmacológicos abortivos y son más económicos pueden ser utilizados para la IVE. Los objetivos de este estudio son: Describir la evolución de la inmigración femenina en la provincia de Alicante frente a la prescripción de fármacos que pueden ser utilizados para la IVE, analizar la magnitud de la prescripción privada de estos fármacos, y estudiar el uso por parte de la población inmigrante de la contracepción de emergencia.

Métodos: Estudio descriptivo sobre la evolución de la población inmigrante en la Provincia de Alicante y las prescripciones de Cytotec®, Artrotec®, Normulen® (con misoprostol), Methergin® (potente uterotónico), Norlevo®, Postinor® (anticoncepción de emergencia) y Neogynona® (su composición incluye al de la contracepción de emergencia), dispensados a mujeres españolas e inmigrantes y que pueden ser utilizados para la IVE. Fuentes de información consultadas: padrones municipales del INE, Oficina de Gestión de Abucasis de la Agencia Valenciana de Salud, Grupo Hefame (distribuidor de medicamentos y productos sanitarios), y aplicación de un cuestionario a los demandantes de éstos fármacos en 10 farmacias de la provincia.

Resultados: La población inmigrante no comunitaria se ha incrementado más de un 50% en la provincia entre 2005 y 2007. De las prescripciones realizadas a la población inmigrante respecto a los fármacos estudiados, el 40% pertenecen al fármaco Artrotec, que contiene misoprostol. La prescripción privada se equipara a las prescripciones financiadas por la sanidad pública. El 71,1% de las extranjeras, ante un 10,5% de las españolas, es usuaria de la especialidad Neogynona® frente a la contracepción de emergencia.

Conclusiones: Las prescripciones de estos fármacos aumentan con el incremento de la población de mujeres inmigrantes, principalmente de América Latina. Estos fármacos podrían estar siendo utilizados por la población inmigrante con menos recursos como método para

interrumpir embarazos no deseados, ya que tienen menor precio y son aplicados en otros países. Una prescripción privada estandarizada podría contribuir al seguimiento y control de los fármacos.

O-185. DESIGUALDADES EN EL ACCESO Y LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL EN MUJERES INMIGRANTES EN LA COMUNITAT VALENCIANA

R. Mas, C. Barona, A. Fullana, et al

Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. València.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha producido un incremento en el número y diversidad cultural de las mujeres atendidas en el programa de seguimiento del embarazo en la Comunitat Valenciana (CV). Nuestro objetivo es describir las desigualdades en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios en la atención prenatal de mujeres inmigrantes en la CV, así como explorar las necesidades y barreras percibidas tanto por los profesionales sanitarios como por las mujeres.

Métodos: Se ha utilizado metodología cuantitativa y cualitativa. Se analizó una muestra de 9.082 Hojas Resumen del Embarazo de 2007. Se trata de un registro específico cumplimentado por las matronas que recoge datos sociodemográficos y sanitarios de las gestantes. Las variables estudiadas han sido: edad gestacional en primera consulta, número de visitas de la matrona y obstetra, ecografías realizadas, educación para la maternidad/paternidad. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. De forma paralela, se hicieron 6 entrevistas semiestructuradas a informadores clave, 3 grupos focales con matronas y 4 con mujeres inmigrantes que habían tenido un hijo en la CV en los 2 últimos años. Las conversaciones fueron grabadas y transcritas. Se realizó un análisis del contenido del discurso.

Resultados: El 23,1% de las gestantes eran extranjeras y procedían mayoritariamente de Latinoamérica (33,5%), Europa del Este (28,9%) y Magreb (20,5%). Todas acceden más tarde al control del embarazo y reciben un menor número de consultas de matronas y obstetras, especialmente las mujeres de Europa del Este. La participación en sesiones de educación para la maternidad/paternidad es baja, sólo un 13,6% de las embarazadas magrebíes acceden a ella. Los profesionales sanitarios perciben las barreras lingüísticas y las dificultades en la comunicación como elemento distorsionador en la consulta. Asimismo, refieren un uso inadecuado de los distintos recursos y niveles asistenciales por parte de las gestantes y un incumplimiento en las pautas organizativas y terapéuticas. Del discurso de las mujeres se desprende que el acceso a la atención prenatal está condicionado por factores como la situación administrativa irregular y precariedad laboral, que dificulta la utilización de los circuitos habituales de asistencia, así como, por factores culturales como la no percepción de la necesidad del control de la gestación y las discrepancias con la oferta y organización del sistema sanitario de origen.

Conclusiones: La inequidad en el acceso a la atención sanitaria contribuye a perpetuar las desigualdades en salud. Es fundamental el análisis de los determinantes sociales de la salud y su integración en las intervenciones dirigidas a la reducción de desigualdades en salud perinatal.

O-186. DIFERENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y SOCIOCULTURALES ENTRE MUJERES AUTÓCTONAS E INMIGRANTES

J. García García, C. Pardo Serrano, D. Gil González, J. Gómez Rozalen, et al

Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM); Universidad de Alicante (UA).

Antecedentes/Objetivos: Los estudios sobre inmigración y atención obstétrica en España son escasos, reducidos a variables clínicas y con limitada evidencia. El objetivo es identificar diferencias socioepidemiológicas entre gestantes inmigrantes y autóctonas que dieron a luz en el Hospital Universitario de Albacete durante los meses de junio-septiembre de 2008.

Métodos: Estudio observacional, de ámbito hospitalario, a 426 mujeres, 213 inmigrantes (totalidad) y 213 autóctonas (seleccionadas por método sistemático). Fuentes de información: libro de partos, historia clínica y entrevista. Las variables estudiadas se dividen en sociodemográficas (ocupación de la mujer y pareja, tipo de familia, hábitos), gestacionales (patologías asociadas a embarazo, fórmula obstétrica), control de embarazo, del parto y variables neonatales (peso, apgar, ingreso neonatología, pH umbilical). Se llevó a cabo análisis multivariante con el fin de identificar el efecto neto de la variable nacionalidad en relación a la vitalidad del recién nacido, y controlar los posibles factores de confusión.

Resultados: La proporción de partos en mujeres inmigrantes se sitúa en el 21,9%, el 98,6% son procedentes de países de baja renta. En cuanto a la hay menos mujeres inmigrantes trabajando que autóctonas. De las que trabajan, el 78,9% lo hacen en ocupaciones no cualificadas. Si bien la mayoría de las parejas de las inmigrantes trabajan ocupan puestos no cualificados o semicualificados fundamentalmente a diferencia de las parejas de las autóctonas ($p < 0,000$). Hay más parejas mixtas en inmigrantes. La pareja tipo de convivencia familiar en las autóctonas es "pareja con hijos" (89,6%) frente al 56,6% en las inmigrantes. El 42,5% restante de inmigrantes convive en agrupaciones de más de un núcleo con personas emparentadas y no emparentadas. La vitalidad del neonato no aparece condicionada por la nacionalidad. No se han identificado diferencias en el peso ($p = 0,625$), ingreso en pediatría ($p = 0,626$), apgar ($p = 0,381$), pH umbilical (0,052) y prematuridad ($p = 0,075$) entre autóctonas e inmigrantes. Sí que aparecen diferencias en el control de la gestación y ecográfico así como en la captación precoz del embarazo, siendo menores en inmigrantes ($p < 0,000$). No se encuentran diferencias en ingresos previos ni consultas a urgencias, así como en patologías previas salvo en la hepatitis b, mayor en inmigrantes ($p = 0,036$).

Conclusiones: La nacionalidad de la madre no está relacionada con la vitalidad del recién nacido, únicamente la edad y la paridad, siendo las inmigrantes más jóvenes y multíparas. Se confirma que los recursos económicos y condiciones de vivienda son peores en inmigrantes que autóctonas pero no se asocian con un peor proceso de embarazo y parto.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

O-187. FACTORES RELACIONADOS CON EL PESO AL NACER: UNA COMPARACIÓN ENTRE MADRES ESPAÑOLAS Y COLOMBIANAS

Li. González-Zapata, S.L. Restrepo Mesa, A. Estrada-Restrepo, A. Agudelo-Suarez, E. Ronda-Pérez, et al

Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquía-Colombia; Facultad de Odontología. Universidad de Antioquía-Colombia; Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La inmigración y otros factores relacionados con el peso al nacer, constituyen un campo de interés en la salud pública, por su vinculación a la morbilidad y mortalidad. Una de las poblaciones con mayor presencia de mujeres en edad reproductiva en España es la colombiana. Se propone comparar el comportamiento de la variable peso al nacer entre mujeres españolas Vs colombianas residentes en España, 2001-2005.

Métodos: Estudio descriptivo. La fuente de datos procede del Boletín Estadístico de Nacimientos de España. Se incluyó el total de re-

cién nacidos de madres españolas ($n = 1.529.817$) y colombianas ($n = 17.456$) entre 2001 y 2005. La variable efecto fue el peso al nacer (bajo peso < 2.500 g, peso insuficiente 2.500-2.999, normal 3000-3999, macrosomía ≥ 4.000) y las explicativas: intervalo intergenésico ($< 24, \geq 24$ meses), edad materna ($\leq 18, 19-39, \geq 40$), número de hijos nacidos vivos (1, 2, 3, ≥ 4), profesión de la madre (no manual, manual, labores del hogar, otras), sexo (varón, mujer). El análisis incluyó porcentajes, prueba chi cuadrado, la estimación de OR y sus intervalos de confianza ($p < 0,05$). Se empleó el SPSS-16.

Resultados: El 90% de las madres tenían entre 19-39 años y más del 75% presentaron un intervalo intergenésico ≥ 24 meses. El 54,2% de las españolas realizaban labores no manuales y el 38,6% de las colombianas labores del hogar. Se halló una mayor prevalencia de bajo peso (bp) en españolas (Esp 3,4%; Col 2,1; OR = 1,89 IC95% 1,65-2,16), así como de peso insuficiente (pi) (Esp 21,8%; Col 16,5) y una mayor proporción de macrosomía en colombianas (Esp 5,2%; Col 8,0; $p = 0,000$). En las mujeres españolas con intervalo intergenésico < 24 meses, se presentó un mayor porcentaje de bp (Esp 3,2%; Col 2,1) y pi (Esp 21,7%; Col 17,5). En relación a la edad, un mayor riesgo de bp se evidenció para las mujeres > 40 años (OR = 1,12 IC95% 1,07-1,18). La prevalencia de bp y macrosomía presentó una relación directa con el número de hijos: 2 hijos (OR = 1,13), 3 (OR = 1,78) y ≥ 4 (OR = 1,69) ($p < 0,001$). Aunque las españolas con trabajos manuales tenían una mayor proporción de bp (Esp 3,6%; Col 2,9; OR = 1,14 IC95% 1,10-1,19), las demás ocupaciones no muestran diferencias con el peso al nacer. Las niñas de las madres españolas tenían mayor porcentaje de bp (Esp 4,1%; Col 2,7) y pi (Esp 25,6%; Col 19,6), la macrosomía fue mayor en los hijos de colombianas (Esp 6,9%; Col 10,2).

Conclusiones: Los recién nacidos de las madres españolas presentan mayor prevalencia de BP, lo que es compatible con el síndrome del inmigrante sano.

O-188. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LA INMIGRACIÓN

C. Pardo Serrano, J. García García, D. Gil González, et al

Universidad de Castilla-La Mancha; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Son escasos los estudios en España sobre las culturas socioprofesionales sanitarias como principales barreras en la interacción con inmigrantes. Objetivo: caracterizar las representaciones sociales de los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada que prestan atención en el embarazo, parto y puerperio respecto de los colectivos inmigrantes.

Métodos: Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas en un Área de Salud castellano-manchega (se omite el emplazamiento por deseo de los informantes) durante febrero-marzo de 2005. El guión incluía la percepción de la inmigración en el Servicio y en el contexto social cotidiano. Se seleccionaron ocho informantes por muestreo en bola de nieve: ginecólogo, supervisora, auxiliar de enfermería, dos matronas, un matrn, administrativa y trabajadora social. Variables tipológicas consideradas: género, experiencia profesional, categoría y ámbito laboral. El análisis inductivo-deductivo fue secuencial y de contenido en tres niveles interpretativos donde emergieron tres núcleos temáticos: Factores culturales, Factores sociales, Factores institucionales.

Resultados: Factores socioculturales: Se representa a los inmigrantes como sujetos colectivos uniformes, pobres y atrasados donde rumanos y marroquíes salen peor parados. La integración propuesta es la asimilación mediante la ocupación de los peores puestos de trabajo, y en la dicotomía trabajo subalterno/delinuencia se resuelve el estatus sociomoral del inmigrante y se justifican las políticas de control. A las inmigrantes se les atribuye un rol de víctimas, ignorantes y resignadas, sin proyectos propios y necesitadas de intervención externa. Las profesionales asumen solamente un rol subalterno en

las relaciones sociales cotidianas con hombres inmigrantes. Factores institucionales: Se representa a los inmigrantes como riesgo para la salud y para el funcionamiento institucional porque incumplen las normas que apenas se cuestionan. Se percibe un incremento importante en la demanda de estos colectivos, construida según el rol profesional, y del trabajo. Los profesionales consideran que responden adecuadamente a esta situación, si bien reconstruyen relaciones de poder autoritario-paternalistas sobretudo con mujeres inmigrantes. La lactancia materna se configura como un aspecto estigmatizante más para las inmigrantes que no pueden cumplir como "buenas madres".

Conclusiones: Los factores culturales, sociales e institucionales que configuran las representaciones sociales de los profesionales sanitarios se retroalimentan continuamente en una (re)construcción del inmigrante extracomunitario/económico como amenaza social y sanitaria donde los límites de las instituciones se transforman en las limitaciones de los inmigrantes.

COMUNICACIONES ORALES XXIX

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Promoción de salud en los centros educativos

O-189. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA SALUD Y ESCUELA EN LA REGIÓN SANITARIA BARCELONA

I. Vallverdú, I. Ruano, J. Armengol, C. Benet, M. Tella, R. Llausí, C. López, A. Guarga, C. Pijem, et al

Consorci Sanitari de Barcelona; CatSalut.

Antecedentes/Objetivos: El programa salud y escuela es un programa impulsado por las Consejerías de Salud y de Educación de Cataluña cuyo objetivo es mejorar la salud de los adolescentes a través de acciones de promoción de la salud, prevención de situaciones de riesgo y atención a problemas de salud relacionados preferentemente con la salud mental, la salud afectiva-sexual, el consumo de drogas, legales e ilegales y los trastornos de la alimentación mediante la implementación de una consulta abierta en los centros de secundaria, liderada por un profesional de enfermería perteneciente al equipo de atención primaria.

Métodos: Intervención implantada en 15 gobiernos territoriales de salud (GTS) y dirigida a la población de 3º y 4º de ESO (85.227 adolescentes) de 650 centros de secundaria públicos y concertados con la implicación de 365 profesionales de enfermería de 203 Equipos de atención primaria de salud. Las múltiples acciones se realizan con la participación y cooperación de los centros educativos, los servicios de salud, y los servicios comunitarios presentes en el territorio, elaborando protocolos de actuación conjunta con la finalidad de integrar las distintas actuaciones en un único proyecto.

Resultados: La consulta se ha implantado en el 89,2% de los centros ($n = 580$). Durante el curso 2007-2008 se atendieron 14.846 consultas de las cuales el 55,5% eran primeras consultas. El 72% de los adolescentes que consultaron eran chicas de 15 años pertenecientes a la Europa comunitaria (60%) y que acceden a la consulta por iniciativa propia. Los motivos más consultados hacen referencia a temas de sexualidad y afectividad, alimentación y drogas, destacando que este último tema es el más consultado por los varones adolescentes, a diferencia de los demás temas donde predominan las consultas femeninas.

Conclusiones: La implicación de todas las instituciones partícipes es la clave del éxito para el funcionamiento del programa. La presencia del profesional de enfermería de atención primaria en los centros

de secundaria facilita a los adolescentes la obtención de información y de orientación y en algunos casos derivación a centros especializados para la atención de problemas de salud o prevención de situaciones de riesgo.

O-190. COMEDORES SALUDABLES. ASESORÍA A COMEDORES ESCOLARES. LA EXPERIENCIA EN ANDALUCÍA

L. Morán Fagúndez, A. Rivera Torres, J.M. Rabat Restrepo, J.A. Irlés Rocamora, P. Serrano Aguayo, A. Esteban Gascón, P. Halcón Guardiola, R. Benítez Ávila, et al

Grupo comedores saludables SANCYD.

Antecedentes/Objetivos: Comedores Saludables es un servicio que se pone en marcha en septiembre de 2007, gracias a la colaboración de la Consejería de Salud, la Consejería de Educación, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD), en el marco del Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008. El objetivo general del servicio es promover una alimentación saludable en los comedores escolares, informando y asesorando a los centros sobre las bases para la elaboración de menús escolares equilibrados.

Métodos: La web www.comedoresaludables.org consta de dos apartados, uno de acceso público con información sobre alimentación y hábitos de vida saludables en la infancia y otros temas de interés. Además se facilita un menú tipo para población infantil y enlaces web de interés. El segundo apartado es de asesoramiento exclusivo a los centros educativos de Andalucía. Acceden a través de una clave que les permite realizar consultas on-line sobre la adecuación nutricional de los menús o cualquier tipo de duda relacionada con la alimentación del centro. Las consultas son respondidas por un equipo de dietistas-nutricionistas de la SANCYD apoyados por médicos especialistas en nutrición y bromatólogos.

Resultados: En el primer año, se han registrado un promedio de 80 visitas diarias con un total de 31.124 sesiones. 56 consultas, 57,1% referentes a revisión de menús y el 42,9% corresponde a consultas sobre alimentos, cantidades/tamaños de raciones y otros. Se han realizado 607 revisiones de menús correspondientes a 25 centros. Las deficiencias nutricionales más frecuentes se refieren a insuficiente consumo de verduras/hortalizas, frutas y pescado, excesivo consumo de fritos, precocinados/embutidos, así como poca variedad de alimentos con predominio de contenido proteico. La mayoría de las consultas fueron realizadas por centros de atención socioeducativa (57,1%).

Conclusiones: El sistema facilita una comunicación directa con los responsables de los comedores de los centros, permite detectar deficiencias nutricionales en los menús establecidos y corregirlas a través de la información y sugerencias que ofrecen profesionales cualificados. Aunque el número de visitas es bastante aceptable, no lo son tanto, las consultas y centros que han accedido al sistema de asesoría directa, a pesar de lo novedoso del proyecto que da un trato personalizado a cada consulta. Por lo tanto, para optimizar esta herramienta, sería conveniente seguir avanzando en su difusión para que un número mayor de centros se beneficie de este servicio y permita mejorar la calidad nutricional de los comedores escolares.

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

O-191. IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO “DESAYUNOS SALUDABLES” EN UN ÁREA DE MADRID

S. Sánchez Buenosdías, C. Solano Villarrubia, M. García Barquero, M. Cisneros Britto, E. Córdoba Deorador, E. Rodríguez Baena, et al

Salud Pública Área 1 y Gerencia de A.P. Área 1. D.G. Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Con el objetivo de consolidar el hábito del desayuno saludable entre la comunidad escolar, desde el año 2002 hasta la actualidad, se desarrolla en los colegios del área sanitaria 1 de Madrid el proyecto “Desayunos Saludables”. Éste se inició de forma local y debido a su éxito, en la actualidad es un proyecto que se desarrolla a nivel regional.

Métodos: El proyecto aglutina un conjunto de actividades en torno al desayuno saludable y a la alimentación en general, dirigidas al alumnado de educación primaria, que varían en función del ciclo; también cuenta con actividades dirigidas a familias y a profesorado. Estas actividades son desarrolladas por los Equipos de Atención Primaria (EAP) y por técnicos de salud de distintos ayuntamientos, contando con el apoyo e implicación del profesorado. La coordinación de las campañas en el área 1 se realiza a través del Servicio de Salud Pública y de la Gerencia de Atención Primaria, existiendo además una coordinación regional, en la que se implican otros organismos que apoyan con recursos materiales al proyecto. Las evaluaciones se llevan a cabo anualmente, atendiendo a criterios de cobertura, pertinencia y eficacia, utilizando indicadores cuantitativos y cualitativos. Además el diseño del proyecto se sometió a una evaluación ex ante y trianualmente se evalúa el impacto.

Resultados: En la campaña 2007-2008 se puso en marcha el proyecto en 88 colegios (60,2% de los colegios del área 1), participando un total de 8.657 alumnos de primaria y 2.116 familias. Todos los profesionales sanitarios y educativos consideran que las actividades son pertinentes y adecuadas en relación con objetivos, metodología y contenidos, y más del 95% de encuestados considera que se han desarrollado de forma “satisfactoria”. Además, tanto con el alumnado como con las familias se ha conseguido el objetivo relacionado con el aprendizaje de conocimientos. En lo referente al impacto, los datos de anteriores campañas indican que gracias al proyecto se incrementa el porcentaje de alumnos que desayunan a diario y también se mejoran otros aspectos del desayuno (tiempo que se dedica, etc.).

Conclusiones: Como indican los resultados, parece que este proyecto favorece la adquisición y mantenimiento del hábito del desayuno entre los escolares. Además, es muy bien aceptado entre profesionales sanitarios y educativos, los cuales consideran las actividades pertinentes y el desarrollo de las mismas lo valoran de forma satisfactoria. Por todo ello y añadiendo además el valor de la coordinación interinstitucional que el proyecto implica, se considera pertinente recomendar la continuidad y la expansión del mismo.

O-192. APORTACIÓN DE LOS PROFESIONALES AL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

C. López Alegría, A. Lozano Olivar, F. Martínez Moreno, M. González Ros, M.C. Jiménez Checa, F. Pérez Riquelme, J.J. Gutiérrez García, et al

Consejería de Sanidad y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: Conocer los factores que pueden o no favorecer el desarrollo de la educación para la salud (EpS) en la escuela, a fin de planificar acciones de sensibilización y captación, elegir modelos más eficaces y establecer prioridades. En definitiva determinar las necesidades, intereses, preocupaciones y motivaciones de los sectores de intervención.

Métodos: El estudio se ha desarrollado mediante la metodología Delphi en tres fases: establecimiento de los fundamentos del estudio, trabajo con el grupo de expertos para la resolución de los cuestionarios y el análisis de los resultados. La selección de expertos se realizó de acuerdo a 5 criterios (experiencia en relación a objetivos propuestos, multisectorialidad, multidisciplinariedad, áreas geográficas de la Región y escenarios de intervención) El 1º cuestionario consta de 9

preguntas abiertas, del que se generaron 89 ítems para las siguientes rondas. Sobre los resultados, se pidió el grado de acuerdo o desacuerdo, considerando unanimidad cuando el 100% de los encuestados mostraran su acuerdo con el ítem, el consenso cuando lo hicieran el 79-97% de los participantes, la mayoría cuando el acuerdo estuviera entre 66%-76% y discrepancia los porcentajes inferiores al 65%. Simultáneamente se pidió que establecieran un orden de prioridad sobre la importancia del problema o necesidad.

Resultados: Tras el análisis, los siguientes ítems obtuvieron al menos el grado de consenso y el nivel de prioridad alto: 1. Necesidad de un Centro de Recursos de referencia de EpS en la escuela 2. La existencia de partidas presupuestarias específicas facilitarían su reconocimiento como área de intervención prioritaria 3. La EpS depende del voluntarismo y motivación del profesorado 4. Se carece de coordinación institucional entre docentes y sanitarios 5. Preferencias por la formación en los propios centros de trabajo con equipos multidisciplinares 6. Evidencia del desinterés de los padres frente a su labor educativa y de que el sistema educativo ha de resolver todos los problemas sociales 7. Falta de cumplimiento de legislación vigente 8. Influencia negativa de la publicidad y los medios de comunicación de masas sobre los estilos de vida 9. Falta de continuidad de los programas de EpS que se inician en los centros.

Conclusiones: El estudio Delphi ha permitido profundizar en el análisis de la situación de la EpS en la Escuela, siendo de gran relevancia su aportación para el mismo porque ha identificado tendencias y revelado las expectativas de profesionales y sectores para los próximos años, así como la identificación de problemas, que permite la definición de objetivos para su desarrollo en el escenario escolar.

O-193. DIFERENCIAS ENTRE EL PROFESORADO, POR ETAPAS EDUCATIVAS, SOBRE EL PARADIGMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

C. Rico Verdú, F. Pérez-Riquelme, C. López Alegría, F. Martínez Moreno, A. Lozano Olivar, J.J. Gutiérrez García, et al

Consejería de Sanidad; Consejería de Educación.

Antecedentes/Objetivos: Conocer el alineamiento del profesorado de enseñanzas no universitarias con respecto al paradigma de educación para la salud (EpS) más aceptado actualmente: proceso planificado y sistemático de comunicación y enseñanza-aprendizaje, orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las de riesgo.

Métodos: Tras la revisión bibliográfica y a partir de una investigación con grupos focales se diseña un cuestionario solicitando el grado de acuerdo con los ítems, mediante una escala tipo Likert, validándose posteriormente en un estudio piloto. La unidad de análisis es el profesor de centros públicos; la muestra se calcula para un nivel de confianza del 95%. Se realiza un muestreo estratificado bietápico (nivel de enseñanza que se imparte y docentes del centro) y por conglomerados. Se realiza análisis descriptivo. Se agrupan las respuestas en acuerdo/desacuerdo y se analizan en función del nivel de enseñanza que imparte el profesor, utilizándose la χ^2 para valorar la relación entre variables.

Resultados: Respondieron 464 profesores, tasa respuesta 63%. Hay un alto grado de acuerdo con afirmaciones alineadas con el paradigma: no debe centrarse solo en los conceptos biológicos y de higiene sino potenciar la capacidad de elegir y de tomar de decisiones (90%); debe ser planificada y sistemática (92%); es un proceso de enseñanza-aprendizaje (89%); de comunicación verbal y no verbal (83%); promueve la adquisición de procedimientos y habilidades (88%) y en cuanto a metodología, debe impregnar todas las áreas y etapas educativas (79%); promover el aprendizaje de actitudes y valores relacionados con la salud (90%); motivar a los alumnos a

partir de lo cercano (91%) y la importancia del profesor como modelo (80%). Se encuentran diferencias significativas en función de la etapa educativa; entre el profesorado de infantil y primaria hay una mayor proporción de acuerdos con las afirmaciones alineadas con el paradigma en tanto que entre el de secundaria la proporción de acuerdos es menor, en general 60 y 40% respectivamente, situación que se invierte en los ítems que proponen que la función del profesorado es la formación académica y que la educación para la salud debe hacerse por los profesores y en asignaturas de Ciencias Naturales y Educación Física.

Conclusiones: Entre el profesorado de educación infantil y primaria hay un alto grado de acuerdo con las afirmaciones alineadas con el paradigma investigado, en tanto que entre el profesorado de secundaria hay un mayor nivel de acuerdo con los ítems que se distancian del mismo, relevante en la planificación y puesta en marcha de programas de EpS en la Escuela.

O-194. ROL DEL PROFESORADO Y DETERMINANTES DE SU IMPLICACIÓN EN PROGRAMAS PREVENTIVOS ESCOLARES

O. Juárez, P. Ramos, M. Pasarín, L. Egea, D. Malmusi, C. Ariza, E. Díez, A. Guitard, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; UD Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB.

Antecedentes/Objetivos: Cada vez es más importante que los docentes se impliquen en la prevención de problemas de salud propios de la adolescencia mediante la aplicación de programas de efectividad probada. Por eso queremos conocer la opinión del profesorado en relación a su rol en la prevención de conductas de riesgo e identificar los factores que favorecen o dificultan esta implicación.

Métodos: El estudio tuvo dos vertientes, A) una cuantitativa, con tutores/as de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de Barcelona ciudad (N = 1.933), mediante un cuestionario diseñado de novo; con variables como: tipo de centro (público, concertado o privado), realización previa de programas preventivos, factores favorecedores/barrera (falta de conocimientos, falta de tiempo, etc.) se compararon con la prueba de chi cuadrado las características de los tutores/as según fueran aplicadores (A) o no (NA) de programas preventivos con sus alumnos. B) una cualitativa, mediante grupos de discusión y entrevistas en profundidad a directores/as y tutores/as de centros de ESO. Las variables de segmentación de los grupos fueron también A, NA y cargo en la escuela. Se utiliza el Software Atlas Ti para el análisis.

Resultados: A) Respuesta del 25% (n = 491), sobrerepresentación de (A) (61% en muestra, 45% en población) y de centros concertados (68% muestra y 64% población). A y NA muestran acuerdo en que la escuela es un buen lugar para la Educación para la Salud (EpS), que el alumnado la necesita y que complementa la acción docente. El 23% de A y 31% de NA (p = 0,068) creen que el profesorado no debería intervenir. La falta de experiencia y el desconocimiento de contenidos a trabajar son más altos entre NA (60%); la falta de tiempo es percibida por el 88% de NA y el 65% de A (p < 0,001). B) Los participantes valoran los programas de la ASPB como herramienta eficaz; el aula es el lugar idóneo para hacer prevención, la implicación del profesorado imprescindible, es importante trabajar EpS en primaria y secundaria.

Conclusiones: A pesar de que los programas preventivos son valorados positivamente, la implicación del profesorado, considerada imprescindible, y el aula el lugar adecuado de intervención, cuestiones como la falta de tiempo o el desconocimiento de los programas dificultan su aplicación en los centros escolares.

Financiación. Financiación parcial: ayuda de la Federación Española de Municipios y Provincias.

COMUNICACIONES ORALES XXX

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Ciudadanos y agentes sociales: opiniones y compromisos con la salud

O-195. DAVID VENCE A GOLIAT. RETIRADA DE LA CAMPAÑA DE LA VACUNA DEL VPH POR AUTOCONTROL DE LA PUBLICIDAD

M. Martín Llaguno, C. Álvarez-Dardet, et al

Departamento de Comunicación y Psicología Social; Departamento de Enfermería Comunitaria y Salud Pública, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El 24/10/ 2007, en rueda de prensa se presentaba 'Gardasil', "la primera vacuna para la prevención del cáncer de cuello de útero", "un hito en la historia de la medicina y para la Salud Pública". Era el inicio de la estrategia de promoción de una especialidad farmacéutica no publicitaria. Generar en la op un ciclo de interés y de preocupación sobre los peligros del cáncer del cuello de útero era imprescindible. Para ello, Sanofi, con la agencia Shackleton, pone en marcha dos acciones que facilitan la publicidad indirecta de su producto: "forma parte de la historia" y "cuéntaselo.org". La primera –"una campaña de concienciación de 6 sociedades científicas", orquestada con un mix de medios– persigue construir el monumento en el que los nombres de las 25.600 personas que hayan difundido la noticia de la aparición de la vacuna se grabarán. A partir de esta acción la vacunación con Gardasil aumenta un 556%. La segunda, Cuéntaselo.org, es una acción de concienciación que utiliza publicidad below (folletos, carteles) en centros sanitarios y una Web. El 11/11/2007 nace la plataforma de profesionales para la moratoria en la vacuna del VPH, que tiene, entre otros, el objetivo de paralizar las campañas de comunicación (engañosas por indirectas) sobre el tema.

Métodos: El 20/2/2008, la Asociación Dones de les Illes Balears per a la Salut presenta una querrela contra Sanofi por publicidad engañosa (por contenido y por la forma) no admitida a trámite Ante la imposibilidad de paralizar las acciones del laboratorio por vía legal, el 1/6/2008 se presenta una reclamación ante Autocontrol en la que se acusa a SEGO y AEP de estar vulnerando la LSSI y el Código de Confianza on-line, por no indicar en su URL la razón y la propiedad del dominio. Previamente se había averiguado que Sanofi era el titular de cuéntaselo.es mientras que cuéntaselo.org, creada un par de días antes que su sosias comercial, pertenecía Shackleton. A partir de la querrela de ADIBA, y para desvincular a Sanofi de la web de acción social se realizan 5 cambios de titularidad, que dan como resultado que el 1/06/2008 no aparece razón legal en cuéntaselo.org pero sí los logotipos de las asociaciones reclamadas.

Resultados: En menos de 15 días se recibe una notificación de Autocontrol en la que se indica que Sanofi Pasteur, anunciante al que no se había reclamado, decide dar de baja la Web "cuéntaselo.org".

Conclusiones: En este caso, el diseño de la intervención (por vía de la autorregulación y no por vía legal) fue el adecuado. Autocontrol de la Publicidad, garante de la buena salud de la comunicación comercial puede ser un aliado de la salud pública en España.

O-196. LOS AGENTES SOCIALES COMO FORMA INNOVADORA DE PREVENCIÓN. UNA EXPERIENCIA DE 12 AÑOS

F.J. Fernández, A. Ouaridi, S. Luque, M.I. Torres, S. Alba, E.M. Blanco, S. Sosa, et al

S.A.S. Unidad de Gestión Clínica Zona Norte, El Puerto de Santa María; S.A.S. Unidad de Gestión Clínica Montealegre, Jerez de la Frontera; S.A.S. Unidad de Gestión Clínica, Jerez Centro.

Antecedentes/Objetivos: Hace 12 años, intentamos comprender como es posible que no consiguiéramos modificar en el grado deseado, las desigualdades en salud, a pesar de tantos recursos en servicios sanitarios y sociales. Para conocer estas causas nos pusimos a trabajar codo a codo con todos los agentes sociales.

Métodos: Hemos asistido a 164 reuniones con políticos, técnicos, vecinos y ONGs en que se intentaba mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Hemos realizado una campaña publicitaria sobre salud pública en televisión, radio y autobuses de 4 años. Realizado 15 coloquios y talleres en un barrio pobre con los ítems necesarios para catalogarse de zona con necesidades de transformación social, priorizando a las personas con necesidades más graves y 12 en un barrio de clase media. 2 talleres de autoestima y 2 de alimentación en nuestros Centros. Un spot para la asociación del barrio pobre. Un mural con temas sociales que lleva 3 años. Se encuesta las personas que vieron los anuncios y se analizan las personas que asisten a las reuniones y talleres, se analiza las decisiones que se toman.

Resultados: El 53,1% de los encuestados recordaban los anuncios. El 95% recordaron los que salieron en televisión. Nunca se nombró alguna cita bibliográfica por los asistentes a las reuniones. Nunca asistieron personas por debajo del umbral de pobreza a nuestros talleres o coloquios a pesar de ir dirigidos a ellas. En el barrio pobre la asistencia fue de una media de 6 personas mientras que en la del barrio de clase media fue de 20. Entre diferentes ONGs y asociaciones no hubo colaboración. Las decisiones se toman por la fuerza de quien lo pide y no por las necesidades. Los dirigentes menos preparados pertenecían a asociaciones más pobres. En las reuniones hubo 3 licenciados. La intersectorialización brilló por su ausencia. El empoderamiento no se apoya. El absentismo escolar no se registra cuando el niño es muy conflictivo. Los profesionales piden más protección para enfrentarse a los problemas sociales. A nivel local no existen estudios de costo-eficiencia de los recursos sociales. Existen fallos en la coordinación entre diferentes concejalías. Existe miedo a que los ciudadanos conozcan resultados negativos, se ocultan y manipulan.

Conclusiones: Debemos aumentar el capital social. La formación no puede sustituir a la pobreza. Aumentar el nivel formativo y la intersectorialización de los líderes locales y sus técnicos. Aumentar la costo-eficiencia de las actuaciones sociosanitarias. Crear living lab sociales. El centro del sistema aún no es el ciudadano.

Financiación. Ayuntamientos de Rota y El Puerto de Santa María, S.A.S.

O-197. DECLARACIÓN Y COMPROMISO DE LOS PACIENTES POR LA SEGURIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

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

Escuela Andaluza de Salud Pública; Ministerio de Sanidad y Consumo.

Antecedentes/Objetivos: En el marco de las políticas sobre Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud contenidas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud se plantea la necesidad de conocer las opiniones, expectativas y posicionamiento de expertos que son representantes de asociaciones de pacientes, asociaciones de consumidores y usuarios y defensores del pacientes de diferentes comunidades autónomas sobre este tema y sobre su participación en futuras acciones encaminadas a prevenir riesgos y proponer soluciones vinculadas a la Seguridad de Pacientes. El objetivo principal de esta comunicación es exponer el trabajo realizado para la consecución de un documento conjunto en el que el/la paciente toma un papel activo y adquiere compromisos consensuados en apoyo a la estrategia de "Pacientes por la seguridad de pacientes".

Métodos: Para la consecución del objetivo se utilizó una metodología cualitativa basada en las siguientes técnicas: 1. Un taller de trabajo en el que se realizaron las siguientes técnicas cualitativas:

Discusión en grupo, panel y técnica de grupo nominal adaptada (Utilizando las propuestas generadas en la tormenta de ideas, priorizarlas en función de criterios y valorar visualmente la implementación) para definir el modelo horizonte. 2. Generación de un informe de resultados 3. Revisión y consenso de resultados vía email 4. Creación de un documento conjunto en base a esos resultados. 5. Sesión de trabajo conjunta para Consenso y adscripción al documento.

Resultados: Los temas consensuados por el grupo de trabajo fueron: la seguridad como derecho; la Seguridad del Paciente como prioridad en las políticas y acciones del Sistema Nacional de Salud; la identificación, análisis y prevención de efectos adversos; mecanismos de notificación de efectos adversos, espacios limpios y seguros; tratamientos basados en la evidencia científica; recursos humanos y materiales; Además de ello, se realizó el compromiso expreso por parte de los paciente a: Participar en las iniciativas y programas encaminados a mejorar la Seguridad del Paciente; Colaborar en la definición de buenas prácticas, Notificar los incidentes que afecten a su Seguridad, Divulgar información que pueda contribuir a prevenir efectos adversos y minimizar los posibles riesgos para la salud en el transcurso de la atención sanitaria y finalmente, a Formarse y colaborar en la formación de profesionales y pacientes en Seguridad.

Conclusiones: La “Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud” se presentó en la III Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente el 14 de diciembre de 2007 en Madrid.

O-198. ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL BÁSICO A LA COMUNIDAD

F. Fabiani Rodríguez, J. Cuevas Paz, A. Caballero Oliver, et al

UGC Montequinto (Sevilla); Plan Andaluz de Urgencias.

Antecedentes/Objetivos: La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una causa importante de muerte en Europa. El tiempo medio entre la llamada al servicio de emergencias y su llegada oscila entre 8 y 10 minutos. Cada minuto sin soporte vital condiciona una drástica caída en la supervivencia de una PCR. El SVB efectuado por testigos puede triplicar la supervivencia en estos casos. El objetivo principal de esta experiencia es promover el entrenamiento en SVB de la población de nuestra zona básica de salud. El objetivo secundario es disminuir el grado de ansiedad en los colectivos diana (profesores, familiares de cardiopatas, cuerpos de seguridad) ante la posibilidad de presenciar una PCR.

Métodos: Se imparten cursos del Programa ESVAP (enseñanza de SV en atención primaria) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria por monitores de SVB que trabajan en la Unidad de Gestión Clínica de Montequinto (Sevilla). El curso es eminentemente práctico y tiene evaluaciones teóricas y prácticas. Mediante una encuesta de satisfacción se detectan las áreas de mejora de la actividad. A los 6 y a los 12 meses del curso se entrega un cuestionario para valorar la evolución de los conocimientos y de la aptitud a la hora de enfrentarse a una situación de emergencia. Entre los profesores se selecciona a un grupo de 5 por cada centro educativo para ser capacitados después como monitores de SVB (ESVAP) y que puedan instruir a todos los alumnos de sus centros. Se ha iniciado la formación del profesorado y la captación de los familiares de pacientes cardiopatas.

Resultados: La acogida ha sido buena: en el primer mes se han realizado los dos primeros cursos y se han solicitado otros cuatro. Los 27 alumnos formados han sido aptos en las evaluaciones prácticas y teóricas (nota media evaluación teórica: 8,74; máximo: 10; mínimo: 7). La satisfacción global de los alumnos con el curso ha sido de 94,96%. La satisfacción por áreas (de 1 a 4) fue: 3,55 en el cumplimiento de los objetivos; 3,89 en los contenidos; 3,88 en la metodología de las sesiones teóricas; 4 en la metodología de las sesiones prácticas; 3,48 en la documentación entregada, y 3,85 con el equipo docente. El apartado de observaciones fue utilizado por 18 de los

alumnos y las más repetidas fueron: la necesidad de repetir el curso con periodicidad (5), extender estos cursos a toda la población (3) y ampliar a otras situaciones de emergencia (2).

Conclusiones: En esta fase inicial del programa, todos los alumnos han superado las evaluaciones, se detecta una gran motivación para conocer estas técnicas y el grado de satisfacción es muy alto. Se pretende evaluar la evolución en los conocimientos a los 6 y 12 meses de la ejecución de la actividad formativa. Se promueve la extensión del entrenamiento en SVB de más personas (jóvenes) a través de los profesores.

O-199. DISCURSOS SOBRE SALUD EN LECTORES DE PRENSA DE MADRID

A. Ugarte, U. Cuesta, T. Menéndez, et al

Grupo de Comunicación y Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid; Facultad de Ciencias de la Información. Universidad Complutense de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La mejora de la comunicación con la sociedad es una de las cuestiones principales que tiene que afrontar el movimiento salubrista español en un momento en el que políticamente se ha llegado a poner en cuestión la propia función de salud pública. Un elemento clave para abordar con posibilidades de éxito la tarea comunicativa pendiente es el estudio del discurso ciudadano en torno a la salud. Solo conociendo los intereses y las actitudes de la población en torno a la salud se podrán construir, adaptar y trasladar mensajes socialmente visibles y creíbles que contribuyan a la inclusión de la salud pública en la agenda de las cuestiones públicas relevantes.

Métodos: Para el estudio del discurso social sobre salud se eligió el método cualitativo de grupos de discusión. Se convocaron 4 grupos de entre 8 y 12 miembros cada uno entre los lectores de prensa de Madrid. Cada grupo fue representativo de un público objetivo distinto: jóvenes hasta 25 años; adultos entre 25 y 55 años; recién jubilados entre 60 y 70 años y, por último población inmigrante adulta. Se segmentó la selección de los integrantes de los grupos según dos criterios. Primero, que la mitad de los miembros de cada grupo fueran lectores asiduos de la prensa generalista de pago y la otra mitad, de la prensa generalista gratuita y, segundo, la presencia paritaria de hombres y mujeres en cada grupo. Los grupos fueron dirigidos por un especialista en dinámica de grupos y en psicología social y las discusiones se grabaron en audio y vídeo para su posterior estudio y análisis.

Resultados: En términos de discurso social, muchos individuos aspiran a que los periódicos publiquen asuntos que les afectan por su edad y experiencia vital, lo que está relacionado con la aparición de respuestas como “ocupar el tiempo libre” en el caso de los jubilados; “higiene y control de los alimentos en los bares” o “medicina natural” en el grupo de inmigrantes; o “primeros auxilios” en el grupo de adultos. Si aislamos las respuestas heterogéneas, hay dos grupos de asuntos bien identificados en los intereses comunes a todos los grupos. Uno, la “prevención y educación sanitaria” (prevención del consumo en jóvenes de drogas, alcohol y tabaco; nutrición saludable y ejercicio, vida sana) y un segundo conglomerado de asuntos ligados a la “asistencia sanitaria y sus problemas”.

Conclusiones: La adaptación del mensaje comunicativo a estas características e intereses aumentaría la visibilidad y presencia de la función de la salud pública en sociedad madrileña.

O-200. OPINIONES DE LOS JÓVENES SOBRE SU SALUD Y SU SALUD MENTAL EN HUELVA SEGÚN EL MODELO DE ACTIVOS

B.R. Botello Díaz, M. Hernán García, et al

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El Modelo de Activos (Assets Model) puede relacionarse con la salud mental de los jóvenes desde dos perspectivas: la perspectiva interior al propio joven identificando para ellos la capacidad social, la habilidad de resistencia, el compromiso hacia el aprendizaje, los valores positivos, la autoestima y el sentido de propósito y, la perspectiva exterior al propio joven con el apoyo recibido (familia y amigos), la valoración de la juventud por parte de la comunidad, el comportamiento hacia los jóvenes y el uso constructivo del tiempo. El presente estudio pretende conocer la opinión que tienen los jóvenes en Huelva sobre la salud y la salud mental positiva, explorando los factores que realzan las capacidades de los jóvenes mediante el Modelo de Activos.

Métodos: Estudio cualitativo basado en grupos focales (2), grupos triangulares (3) y entrevistas semiestructuradas (4). El estudio se realizó en Huelva durante los meses de junio a septiembre de 2008. Los sujetos del estudio fueron jóvenes de 18 a 20 años. La información se ha analizado mediante análisis de contenido apoyado en el programa Nudist-Vivo versión 1.1. Las dimensiones de análisis han sido las del Modelo de Activos (planteadas por Scales y Benson del Search Institute).

Resultados: Los jóvenes consultados expresan un concepto de salud amplio desde una perspectiva física, psíquica, social y ambiental. Opinan que para alcanzar la salud mental los factores principales a nivel de la comunidad son la amistad y el apoyo recibido. La ayuda ante las dificultades se focaliza en los amigos, la familia y los especialistas, estos últimos en menor medida. Los factores principales a nivel del individuo son el conocimiento de sí mismo y el afrontamiento ante los problemas. La configuración de activos específicos, como la habilidad de resistencia, es entendida por los jóvenes como defensa de sus convicciones. Otro activo específico, como la valoración de los jóvenes por parte de la comunidad, es identificado con la incompreensión hacia el colectivo juvenil.

Conclusiones: Explorar la situación de los jóvenes españoles desde la perspectiva de activos para intentar adaptar transversalmente el modelo. Futuros estudios deberían explorar cómo se articula la habilidad de resistencia en el grupo de iguales. Además sería interesante conocer las visiones de padres, profesionales que trabajan con jóvenes y otros expertos sobre cómo valoran a los jóvenes para relacionarlo con la percepción de estos.

COMUNICACIONES ORALES XXXI

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Tecnologías de la comunicación y gestión del conocimiento

O-201. NODOS VIRTUALES DE INTERCAMBIO DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA: DOS EXPERIENCIAS PRÁCTICAS INNOVADORAS

J.F. García Gutiérrez, J. Jiménez Pernet, P. Martínez Cabrero, J.B. Jardines, R.M. Borrell, Ch. Godue, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud OPS-PAHO.

Antecedentes/Objetivos: La importancia de las áreas tradicionales de la salud pública (SP) (epidemiología, bioestadística, control de enfermedades, salud medioambiental, ciencias sociales y gestión de servicios sanitarios) es indiscutible. Sin embargo, de cara al futuro se precisa desarrollar competencias en otras 8 áreas prioritarias: informática, genómica, ética, comunicación, multiculturalidad, nuevos formatos de investigación, salud global, legislación y políticas sani-

tarias. Para muchas instituciones de salud pública (ISP) este marco ampliado resulta prácticamente inabarcable.

Métodos: En la era de la Web 2.0, las ISP deberían potenciar nuevas formas de colaboración científica y educativa, y desarrollar de forma conjunta innovaciones en investigación, docencia y prestación de servicios. Los nodos virtuales de intercambio del conocimiento (NVIC) –que conectan el trabajo de diferentes ISP a través de Internet y de herramientas Web 2.0– se han convertido en una interesante opción. Desde la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) quisiéramos compartir dos experiencias innovadoras y exitosas en las que estamos participando.

Resultados: Campus Virtual de Salud Pública de las Américas – CVSP (www.campusvirtualsp.org). Una iniciativa con base en Internet coordinada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con la colaboración de nodos en 9 países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, España, México y Perú) que cuenta con la participación de más de 50 ISP. Esta red mantiene un nodo central a través de canales RSS y se ha diseñado para compartir cursos, objetos de aprendizaje, materiales educativos, proyectos de investigación y otros recursos bajo licencias Creative Commons (CC). Buenas Prácticas Docentes en Salud Pública (campus.easp.es/bpd). Un portal inicialmente diseñado por el EASP para promover el intercambio de experiencias educativas en salud pública, que se incorporará al CVSP en Enero 2009. Incluye un banco de buenas prácticas docentes, una base de datos con más de 250 documentos evaluados críticamente sobre metodologías de aprendizaje en ciencias de la salud y una comunidad virtual.

Conclusiones: Enfrentarse con éxito a los complejos retos sanitarios del siglo XXI dependerá, en gran parte, de la relevancia y de la calidad de la formación y capacitación en salud pública a nivel mundial. Para ello, las ISP necesitan crear formas diferentes de relacionarse entre sí y fomentar una cultura global colaborativa. Los NVIC podrían servir para potenciar la creación y el intercambio de nuevos conocimientos en SP usando las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación.

Financiación. Junta de Andalucía Consejería de Salud Consejería de Innovación.

O-202. OBSERVATORIO DE PRÁCTICAS INNOVADORAS PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (WWW.OPIMEC.ORG)

A. Jadad, E. Peinado, M.T. Gijón, F. Martos, J. Venegas, D. Gosálvez, A. Contreras, A. López, A. Cabrera, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; Dirección General Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías, Consejería de Salud; Universidad de Toronto, Canadá; Hospital Costa del Sol, Málaga.

Antecedentes/Objetivos: La OMS prevé para el 2020 que las enfermedades crónicas serán responsables del 73% de las muertes y del 60% de la carga de enfermedad. Actualmente no existen iniciativas para la identificación e intercambio de información sobre experiencias en Gestión de Enfermedades Crónicas Complejas. Por esta razón, la Dirección General de Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías de la Junta de Andalucía puso en marcha el “Observatorio de Prácticas Innovadoras para el Manejo de Enfermedades Crónicas” (www.opimec.org), con los objetivos de identificar y dar a conocer prácticas innovadoras en la Gestión de las Enfermedades Crónicas y de promover espacios de colaboración que permitan intercambiar información, crear conocimiento y establecer alianzas entre profesionales.

Métodos: Opimec utiliza metodologías basadas en el desarrollo de redes sociales, la gestión del conocimiento abierto y en herramientas de software libre.

Resultados: Algunos resultados son: – Consejo Asesor Internacional: orienta y asesora a Opimec en el desarrollo de su actividad.

– Plataforma web 2.0 (www.opimec.org): identifica y comunica conocimiento relacionado con enfermedades crónicas y promueve su generación a través de la colaboración. – Glosario global: actúa como lenguaje común para apoyar la identificación, selección, clasificación e implementación de prácticas innovadoras. – Directorio y mapa de innovaciones: recoge información y localiza geográficamente prácticas y organizaciones relacionadas con la gestión de enfermedades crónicas. – Comunidades Opimec que desarrollan 10 líneas claves: fragilidad, pluripatología y complejidad; modelos de gestión; evaluación de un índice/escala de complejidad; predicción del deterioro funcional; coordinación/implantación del proceso atención al paciente pluripatológico y complejo; prevención de la readmisión de pacientes; modelo de cuidados paliativos; reconocimiento y apoyo a personas cuidadoras; formación de pacientes; implicaciones políticas y socioeconómicas. – Establecimiento de alianzas con y entre organizaciones y personas. – Participación en encuentros nacionales e internacionales.

Conclusiones: Opimec está en el camino de ser un referente de promoción de conocimiento, innovación y desarrollo de prácticas que faciliten la mejora de la prevención, comunicación, tratamiento y continuidad en la atención a los problemas crónicos de salud de la población.

O-203. ANDALUCÍA ES SALUD: UNA EXPERIENCIA DE COMUNICACIÓN INTERNA EN SALUD PÚBLICA

M. Padial, J. Rodríguez, M. Ruiz, C. Torró, et al

Consejería de Salud; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de esta experiencia es crear un espacio para la comunicación y la participación de los profesionales que trabajan en salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Con este propósito, Andalucía es Salud (www.andaluciaessalud.es) nace el 14 de noviembre de 2007 editada por la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud.

Métodos: Andalucía es salud es una revista electrónica. Su puesta en marcha se desarrolló en tres fases. Primero se elaboró la estructura de contenidos, el diseño gráfico, la programación informática y la organización de las fuentes de información, principalmente, los servicios dependientes de la Secretaría General de Salud Pública y Participación a nivel central y provincial, profesionales del sistema sanitario público andaluz, organizaciones profesionales y tejido asociativo relacionados con la salud pública. En una segunda fase, este boletín digital se comenzó a distribuir semanalmente a más de 200 profesionales que trabajan en Andalucía en epidemiología, salud ambiental, seguridad alimentaria, prevención, promoción de la salud y participación, del ámbito provincial y autonómico. En una tercera fase esta experiencia se ha extendido a 6.450 profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Resultados: En el primer año de andadura 6.481 profesionales se han incorporado a la lista de distribución por correo electrónico (andaluciaessalud.csalud@juntadeandalucia.es), sin que se hayan producido bajas en la suscripción. Se han editado más de 300 noticias relacionadas con distintos aspectos de la Salud Pública. Los contenidos abarcan desde estrategias principales como la salud en todas las políticas, la evaluación de impacto en salud, la reducción de desigualdades en salud, los determinantes sociales de la salud y el enfoque de la perspectiva de género, hasta líneas más concretas de trabajo desarrolladas en Andalucía como la atención temprana, la promoción de la salud en el lugar de trabajo, la formación en materia de vacunas, los sistemas de autocontrol de alimentos, la atención al tabaquismo, la protección de la salud frente al cambio climático, la accidentabilidad, la salud mental, etcétera. En cada número se publican un tema central en portada, noticias breves, una agenda y webs relacionadas con la portada, además de herramientas, recursos, páginas web, do-

cumentos de interés e incluso fotografías y vídeos relacionados, que los lectores de Andalucía es Salud pueden descargarse a través del sitio web www.andaluciaessalud.es.

Conclusiones: Establecer espacios de comunicación interna es muy necesario para hacer visible la Salud Pública entre profesionales de la salud, dado que este hueco informativo no es cubierto en ocasiones por las vías de comunicación interprofesional.

O-204. BÚSQUEDAS SOBRE SALUD EN INTERNET

J. García León, I. Vicente, G. López Ibáñez, M. Bernal González, V. González Andrés, C. Méndez Martínez, E. Puerto Segura, L. Iváñez Gimeno, M. Ruiz Ramos, et al

DG Innovación Sanitaria Sistemas y Tecnologías; Consejería de Salud; Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es identificar los términos más buscados en Internet, los más asociados a salud, los realizados sobre los principales problemas de salud y el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Métodos: Se ha hecho un análisis de las búsquedas realizadas en España y Andalucía través del buscador Google en el periodo 2004-2008 utilizando el programa Google Insights for Search que calcula una razón entre el número de veces que se ha buscado un término de búsqueda respecto al total de búsquedas realizadas en ese ámbito territorial y temporal.

Resultados: Las búsquedas más frecuentes y de mayor crecimiento en el tiempo se refieren a redes sociales, destacándose en primer lugar Youtube. La importancia relativa de las búsquedas sobre salud es cada vez menor. Los problemas de salud sobre los que hay más búsquedas, son por este orden: cáncer, accidentes, cardiovasculares, diabetes, salud mental, problemas osteoarticulares, obesidad y asma. Las búsquedas sobre el Sistema Sanitario Público de Andalucía presentan el siguiente orden decreciente: SAS, Consejería de Salud, Hospital de Poniente, EASP, Fundación IAVANTE, Hospital Alto Guadalquivir, EPES, Agencia de Calidad Sanitaria, Hospital Costa del Sol, Fundación Progreso y Salud, Cabimer y Faisem. Las búsquedas en los portales institucionales sanitarios se asocian a la prestación de servicios específicos más que a la obtención de información sanitaria, destacándose el impacto del aumento de la oferta de servicios en Internet del Sistema Sanitario Público de Andalucía en 2005 y el importante incremento de las búsquedas sobre Salud Responde. Se observa un fuerte impacto en el volumen de búsquedas del tratamiento mediático de ciertos temas como gripe o testamento vital.

Conclusiones: Sería útil que las instituciones públicas difundan información en Youtube y otras redes sociales además de en sus portales institucionales. En los portales institucionales se buscan servicios pero no información sobre problemas de salud específicos. Las búsquedas sobre temas de salud están fuertemente influenciadas por el tratamiento mediático de estos temas. SAS es el término asociado a la salud más buscado en Andalucía, siendo Salud Responde el término de búsqueda de mayor crecimiento.

O-205. CALIDAD DE LOS SITIOS WEB SOBRE SALUD, ADOLESCENTES Y JÓVENES, EN WWW.FORMAJOVEN.ORG

C. Lineros González, R. Carrasco Campos, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Internet, como herramienta de información y comunicación posee un gran potencial para la difusión del conocimiento biomédico. Son los jóvenes y adolescentes los que más utilizan este medio, por lo que la red se convierte en un importante pilar para la promoción de la salud. El objetivo de este estudio es

disponer de una guía para la evaluación de la calidad de contenido y diseño de esta información en las webs dirigidas a adolescentes y jóvenes, así como definir un listado de sitios accesible a los/as profesionales.

Métodos: Se han seleccionado por consulta a 24 profesionales y a través de una búsqueda en Internet realizada por palabras claves (web + adolescentes + salud), un listado de páginas web dirigidas a este colectivo. A través de una revisión bibliográfica y entrevistas a expertos se eligieron criterios que permiten la evaluación de calidad de contenido. Estos criterios han servido para la elaboración de un cuestionario que recoge las siguientes dimensiones de análisis: autoría, accesibilidad, política de privacidad, fiabilidad de la fuente, calidad de la información, comprensibilidad de los contenidos y adaptación a la población, utilidad, diseño, actualización y referencias a fuentes, medición de la popularidad por enlaces, pagerank, presencia de sellos de calidad y adecuación de los contenidos al contexto del usuario. Este cuestionario fue aplicado por dos evaluadores independientes. Se puntuó cada criterio en función de si lo cumplían o no, y se seleccionaron sólo los que obtenían puntuación positiva del 50% de criterios.

Resultados: Se dispone de una guía para la evaluación de la calidad de sitios web de salud dirigida a adolescentes y jóvenes, y de un listado de 61 web validadas con este instrumento dirigido a adolescentes y jóvenes.

Conclusiones: Se ha observado que 3 de cada 10 no cumplían más de la mitad de criterios de calidad, por lo que han sido eliminadas del listado preliminar. Disponer de una guía para la valoración de los sitios ha generado una información que ha permitido explorar dificultades de acceso por este colectivo a la información sobre salud disponible en la red. Esta herramienta se hace accesible en la plataforma de Formajoven, una estrategia de actuación intersectorial ante los problemas de salud de adolescentes y jóvenes, que consiste en acercar a los espacios frecuentados por adolescentes y jóvenes asesorías de información y formación, atendidas por un equipo de profesionales.

O-206. LA TERAPIA HORMONAL EN LA WEB: ATINOS Y DESATINOS

E. Chilet-Rosell, M.T. Ruiz-Cantero, M. Carrasco-Portiño, M. Martín-Llaguno, J.L. Terrón, et al

Grupo de investigación de Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBERESP; Área de Comunicación Audiovisual y Publicidad. Universidad de Alicante; Área de Comunicación Audiovisual y Publicidad. Universidad Autónoma de Barcelona.; Observatorio de Comunicación y Salud (InCom-UAB).

Antecedentes/Objetivos: Una de las estrategias de marketing de fármacos es la promoción de sentimientos de enfermedad (Diseases Mongering) mediante la asimilación de riesgos a enfermedades. Este es el caso de la osteoporosis. Otra estrategia consiste en transformar en patológicos procesos vitales normales, como la menopausia. Tanto para la osteoporosis como para la menopausia se han prescrito terapias hormonales (TH) que han tenido como consecuencia el padecimiento de enfermedades reales. La comunicación sobre fármacos se ha convertido en un elemento nuclear para la "diseases mongering" Objetivo: Analizar los contenidos en Internet de los fármacos más vendidos en la actualidad para las TH.

Métodos: Búsqueda en Google (Septiembre, 2008) del nombre de los fármacos de TH de mayor venta nacional (8 fármacos) e internacional (12 fármacos). Revisión de las Web (n = 143, 18 de Compañías farmacéuticas) que aparecían en la primera pantalla del buscador. Recogida de información sobre las Web seleccionadas mediante un protocolo basado en la Ley del Medicamento y el Código de Farmaindustria.

Resultados: De las 10 Web que se dedican a la venta directa, 9 lo hacen sin prescripción. El 75% de las web no diferencian la información para pacientes y profesionales (5 de ellas de compañías farmacéuticas). Sólo 10 Web aportan referencias bibliográficas (1 de compañía farmacéutica). En 69 web no es posible conocer la autoría. La información de la ficha técnica (características del fármaco) es bastante completa (especialmente la de las compañías farmacéuticas), pero se han detectado 70 errores (en 45 web) de indicaciones que no se corresponden con los usos terapéuticos para los que el fármaco obtuvo la autorización de comercialización. La indicación de TH para la prevención de la osteoporosis aún sigue reflejada en 35 de las Web examinadas: 12 de venta en España y 23 fuera de España. Otros errores de prescripción de TH identificados: prevención de riesgos cardiovasculares, tratamiento de la disfunción sexual femenina, alivio de síntomas psicológicos, como anticonceptivo y para tratamiento de infertilidad.

Conclusiones: Las Web de TH contienen errores en las indicaciones, como es el caso de la prevención de osteoporosis (indicación retirada en enero del 2004 por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y deben ser mejorados en base a la evidencia científica.

Financiación. Instituto de la Mujer.

COMUNICACIONES ORALES XXXII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Estudios sobre uso de medicamentos y sus efectos

O-207. VARIABILIDAD EN CONSUMO DE FÁRMACOS EN POBLACIÓN MAYOR

T. Martínez, E. Rubio, R. Magallón, A. Lázaro, et al

Universidad de Zaragoza; IACS.

Antecedentes/Objetivos: El envejecimiento conlleva un aumento de enfermedades crónicas, asociada a un elevado consumo farmacológico. Además, la variabilidad de consumo es amplia en función de la morbilidad, actividad, dependencia, etc. La utilidad de una herramienta para analizar esta variabilidad, ayudaría a conocer mejor estos factores, facilitar estudios epidemiológicos y proponer mejoras. Objetivo: 1. Conocer el perfil de usuario y consumo de medicamentos en una población mayor de 65, activa socialmente. 2. Valorar la utilidad de una escala como agrupador y modelo explicativo de la varianza del consumo de fármacos en dicha población.

Métodos: Estudio transversal. Población objeto: 53.632 personas. Tamaño muestral: 380, por muestreo bietápico (nivel de confianza: 95%; potencia 90%). Variables: Universales. Cuestionario OARS validado y adaptado, mediante entrevista personal. Los medicamentos consumidos han sido analizados de forma independiente y agrupados. Análisis estadístico: chi-cuadrado. Análisis factorial y regresión logística para definir "grupos de medicamentos consumidos". Nivel de significación: $p < 0,05$.

Resultados: Perfil: mujeres (55%), menores de 75 años (52,3%) casados/pareja y viudos por igual (43,4 y 43,7 respectivamente), sin estudios (61%); perciben estado de salud bueno (63,6%), padecen de media 3,28 enfermedades crónicas y consumen 3,27 medicamentos diarios. El 41% es policonsumidora. Medicamentos más consumidos: HTA (36,1%), circulación (33%), artritis (31,8%) y dolor (30,7%). En el policonsumo influyen: padecer más de tres enfermedades (OR = 8,6 IC = 4,7-16,8), regular-mala salud percibida (OR = 3,4 IC = 2,0-5,8) y ser mujer (OR = 1,7 IC = 1,0-2,9). Por grupos de fármacos en función

del sexo, destaca la razón Hombre/Mujer para tratamiento de angina de pecho es 2,5/1 ($p < 0,001$); el resto de tratamientos son más consumidos por mujeres. Los de menores estudios consumen más, sobre todo para: artritis ($p < 0,001$), insuficiencia cardiaca ($p < 0,001$), circulación ($p < 0,05$), inductores al sueño ($p < 0,05$) y estreñimiento ($p < 0,05$). El análisis factorial de los 18 grupos de medicamentos, obtiene una agrupación de 7 factores o patrones de consumo, que explican el 54,42% de la varianza total.

Conclusiones: 1. Perfil de población activa socialmente: padecen 3,28 enfermedades crónicas y consumen 3,27 medicamentos diarios. El 41% es policonsumidora. 2. Consumen más las mujeres, los de nivel de estudios más bajo, y los que perciben peor estado de salud. Hay variabilidad en cuanto a grupos de fármacos en función del sexo. 3. De los 18 grupos de fármacos, se han evidenciado 7 patrones que explican el 54% de la variabilidad de consumo y que puede constituir una herramienta sencilla y manejable en los estudios epidemiológicos y farmacológicos.

Financiación. Diputación General de Aragón Proyecto S42.

O-208. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN POBLACIÓN ADULTA DE ARAGÓN

P. Carrera, M.C. Martos, M. Esteban, F. Arribas, J.M. Abad, M.J. Rabanaque, et al

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: El gasto farmacéutico presenta una tendencia creciente en Aragón. Según la OMS el uso racional de fármacos implica que los pacientes reciban los medicamentos adecuados, con las dosis precisas y durante el tiempo apropiado. El objetivo es analizar la evolución del patrón de consumo de medicamentos con receta, automedicación y productos de medicina alternativa, en los años 2003-2006, en la población no institucionalizada, residente en Aragón, e identificar factores asociados.

Métodos: Estudio transversal en el que se obtuvieron los datos para mayores de 15 años de las Encuestas Nacionales de Salud de 2003 y 2006. Se analiza, el consumo de medicamentos en las 2 semanas previas a la entrevista para el año 2006 y la evolución en el consumo entre 2003 y 2006. Se estudia la posible relación del consumo de fármacos con variables sociodemográficas, estado de salud, morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios y hábitos de vida. Se aplican modelos de regresión logística y se estiman las odds de prevalencias y sus intervalos de confianza al 95%, la bondad de ajuste se valora mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow.

Resultados: En el año 2006 el 69,6% de los entrevistados consumió uno o más medicamentos y sólo en un 58,5% de los casos todo lo consumido había sido recetado. El consumo total de medicamentos se incrementó en un 7,6% respecto a 2003, mientras que el porcentaje de automedicación descendió ligeramente. El incremento más destacado se produjo en el grupo de edad 25-34 años: de 37,8% en 2003 a 53,5% en 2006. Los que consideran tener un estado de salud bueno aumentan su consumo en un 8%. Los medicamentos más frecuentemente consumidos con receta, en ambos años, fueron los indicados para la tensión (19%-36%). Los más frecuentes sin receta fueron para el catarro (excepto los antibióticos) y para el dolor. El consumo de medicamentos con receta fue mayor en 2006 OR = 1,30 (IC95%: 1,03-1,65), aumenta con la edad y cuando empeora el estado de salud percibido. También fue mayor en mujeres OR = 1,41 (IC95%: 1,19-1,68), en los que han requerido el servicio de urgencias o han tenido una enfermedad limitante en el último año, en los que han visitado al médico en las últimas dos semanas, en los que no fuman y en los que perciben tener sobrepeso OR = 1,33 (IC95%: 1,12-1,59). De los 2700 encuestados, 112 (4,1%) consumieron productos de medicina alternativa, sólo un 2,9% lo hizo en 2003.

Conclusiones: El porcentaje de consumo en población mayor de 15 años en Aragón es alto en 2003 (62%) y, todavía mayor en 2006 (69,6%). Destaca este incremento en los fármacos con receta.

Financiación. Proyecto ICS08/0207.

O-209. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA EL ALZHEIMER

I. Villar-Fernández, L. Bjerrum, C. Feja, M.J. Rabanaque, et al

Servicio de Farmacia, Hospital Miguel Servet; Research Unit of General Practice, University of Southern Denmark; Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer (EA) es un problema creciente dado el envejecimiento poblacional. Además de los fármacos específicos (inhibidores de colinesterasa -IC- y memantina), estos pacientes reciben otros tratamientos para la EA y para el resto de sus patologías. Se pretende analizar el grado de polifarmacia y potenciales interacciones en pacientes con tratamiento específico para la EA.

Métodos: Estudio descriptivo sobre consumo extrahospitalario de fármacos específicos para la EA (donepezilo, rivastigmina, galantamina y memantina) en Aragón, durante 2004. Los datos procedieron de las recetas facturadas por las oficinas de farmacia al Sistema Aragonés de Salud. Se analizó la existencia de polifarmacia y potenciales interacciones farmacológicas en los pacientes con tratamiento específico para la EA. Para detectar simultaneidad de fármacos en el tiempo se consideró que el consumo de cada uno se iniciaba el mes de su primera dispensación registrada en 2004, y se estimó la duración de tratamiento asumiendo la toma diaria de una DDD. El análisis de polifarmacia e interacciones se realizó por bloques mensuales con los fármacos dispensados en ese mes y aquellos dispensados en meses previos cuya duración calculada se solapase. Para el análisis de polifarmacia se tuvo en cuenta el máximo detectado en los 12 meses. Para identificar los pares de fármacos con interacción se utilizó la Hansten and Horn's Drug Interactions & Updates Quarterly, y las interacciones se clasificaron de acuerdo a la clasificación propuesta por Hansten and Horn.

Resultados: Se identificaron 5.168 pacientes con tratamiento específico para la EA en 2004. Los resultados de polifarmacia fueron: 1.098 pacientes con 1-4 fármacos, 2.841 con 5-9 fármacos, 1.229 con 10 o más fármacos. Se detectaron 1.618 interacciones que afectaron a 1.250 pacientes. En cuanto a la gravedad por niveles de las interacciones detectadas se clasificaron en 4 interacciones de nivel 1, 1408 de nivel 2 y 206 de nivel 3. Los IC estuvieron implicados en 323 casos de interacción (20%), todas ellas nivel 2. Entre las 10 interacciones más frecuentes, 5 incluían un IC. De ellas, 209 implicaron un IC y paroxetina o fluoxetina, y 110 un IC y tolterodina.

Conclusiones: Los pacientes con EA están expuestos a un alto grado de polifarmacia. En su tratamiento existen interacciones que es necesario monitorizar. Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina frecuentemente utilizados en la EA -paroxetina y fluoxetina- tienen un potencial de interacción que puede requerir ajuste de dosis del IC.

Financiación. Fondos Uso Racional del Medicamento.

O-210. REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A LA VACUNACIÓN EN CATALUNYA

I. Martínez-Pino, M. Martínez, E. Borràs, L. Urbiztondo, J. Batalla, et al

Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Si bien las vacunas ocasionan escasas reacciones adversas y en general de poca gravedad, éstas son mal

toleradas por tratarse de una medida de prevención aplicada sobre población sana. Para conocer su alcance se creó en 1999 el registro de Reacciones Adversas Vacunales (RAV) en el contexto del Programa de Vacunación del Departament de Salut (Cataluña).

Métodos: Estudio descriptivo de las RAV declaradas entre 1999 y 2007 de forma pasiva al Registro de RAV de Cataluña. Las variables estudiadas fueron las incluidas en la ficha de declaración nominal referentes a las vacunas implicadas y al acto vacunal, la clínica presentada y los datos personales. Se analizó la asociación entre variables categóricas mediante la ji-cuadrado. En todos los cálculos se aceptó como nivel significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados: En el periodo de estudio se declararon 1497 RAV en Cataluña, en las que estuvieron implicadas un total de 1849 dosis de vacuna. Girona presentó la tasa de declaración de RAV por 100.000 habitantes más alta (64). Los casos que recibieron una única vacuna (1243), fueron vacunados con mayor frecuencia con la antitetánica-diftérica de adultos (28,2%), la antimeningocócica C conjugada (14,2%) y la vacuna pentavalente de difteria, tétanos, pertusis acelular, H. influenzae y poliomyelitis parenteral (11,4%). En este grupo el 56,6% de los casos presentó sólo un síntoma por RAV declarada siendo el edema el más frecuente (37,9%) seguido de la fiebre (18,2%) y el dolor en el lugar de la inoculación (13,6%). El hecho de recibir alguna vacuna con hidróxido de aluminio como adyuvante se asoció a una mayor frecuencia de RAV locales (72,3%) frente a generales (27,7%) ($p < 0,01$). En cuanto a la conducta seguida tras la RAV, el 92% de los casos fue tratado en el mismo centro de vacunación, el 6,6% en urgencias, el 1% fue derivado al especialista y el 0,3% requirió hospitalización. La mediana de tiempo transcurrido desde la vacunación hasta la aparición de los síntomas fue de 1 día ($DE = 8,1$) y de 3 días desde dicho día hasta la resolución de los mismos ($DE = 9,9$).

Conclusiones: Las RAV, aunque en general leves y poco frecuentes, siguen ocurriendo tras la vacunación. Es necesario potenciar una declaración activa y voluntaria que mantenga un registro de RAV completo. Esto permitirá conocer la magnitud de los efectos adversos para proporcionar información más precisa a los receptores de vacunas, monitorizar la reactogenicidad de las mismas y minimizar el impacto sobre la cobertura vacunal.

O-211. INFLUENCIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LA REVISIÓN DE MEDICACIÓN EN PACIENTES POLIMEDICADOS CON RIESGO VASCULAR ALTO

J.C. Domínguez Camacho, M.O. Caraballo Camacho, D. Palma Morgado, T. Molina López, B. Merino Rico, I. Ferrer López, E. Hevia Álvarez, J.M. Galiana Auchel, H. Sánchez Monteseirín, et al

Distrito Sanitario Sevilla; Servicio de Asistencia Farmacéutica; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la modificación en la calidad de vida asociada a salud consecuencia de un procedimiento de revisión de medicación (RM) dirigido a mejorar la calidad de los tratamientos en pacientes polimedicados con riesgo vascular alto.

Métodos: Ensayo clínico multicéntrico, controlado y aleatorizado por centros. Pacientes: 268 mayores de 65, de 7 centros, con más de 5 medicamentos crónicos y riesgo vascular alto o enfermedad vascular. Criterios de exclusión: pacientes terminales; trastornos de salud mental mayores; institucionalizados. La intervención consistió en la RM realizada por un farmacéutico de atención primaria, seguida de la elaboración de un plan de mejora del esquema terapéutico por paciente y comunicación a cada médico de familia mediante entrevista individualizada. En el grupo control se realizó RM sin proporcionar información al médico de manera que el paciente seguía recibiendo la asistencia habitual. La evaluación la realizó un farmacéutico dife-

rente al que realizó la intervención. La evaluación de la calidad de vida se planteó como un objetivo secundario dentro del proyecto de investigación, cuyo objetivo principal era mostrar la efectividad de la intervención sobre el control de factores de riesgo cardiovascular (no objeto de esta comunicación). Variable: Modificación en la Escala Visual Analógica (EVA) (rango: 0-100) y descripción de las cinco dimensiones del EuroQol (EQ5D). Análisis estadístico: Comparación de medias mediante t de Student y análisis de regresión lineal simple para ajustar por datos basales.

Resultados: Tras una mediana de 10 meses de seguimiento están disponibles datos completos de 170 pacientes (87 intervención, 83 control). Edad media = 73,2 años (rango: 65-89). Un 57,6% eran mujeres. Respecto al resto de dimensiones del EQ5D, los pacientes mayoritariamente indicaban no presentar problemas en: Movilidad, Cuidado personal y Actividad cotidiana, presentaban "dolor moderado" y "sin ansiedad/depresión". No existían diferencias significativas en los datos basales entre ambos grupos. La intervención tendió a mejorar 6.05 puntos de la escala EVA ($p = 0,051$) tanto en hombres como en mujeres. Al ajustar por datos basales, se mantiene el efecto y cambia la significación estadística ($p = 0,089$). Sobre ninguna de las otras dimensiones del EQ5D, el efecto fue estadísticamente significativo.

Conclusiones: En pacientes polimedicados con riesgo vascular alto, la revisión sistemática de la medicación seguida de información personalizada al médico sobre áreas de mejora tiende a mejorar discretamente la calidad de vida asociada a la salud.

Financiación. Proyecto financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

O-212. ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS EFECTIVAS EN PACIENTES CON INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA POR DEPRESIÓN

N. Sabaté Augé, I. Plaza Espuña, R. Ruiz Riera, et al

Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: Describir la edad y género de los pacientes que sufren alguna incapacidad laboral transitoria (ILT) por depresión y la medicación prescrita. Describir las estrategias farmacológicas utilizadas durante el periodo de ILT y evaluar su influencia en el número y duración de las mismas. Determinar cuáles son los tratamientos o combinaciones con los que se consigue una recuperación más temprana de los pacientes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo a partir de la base de datos del Servei d'Atenció Primària Dreta de Barcelona. Han sido seleccionados todos los pacientes con al menos una ILT por depresión (CIE-10 = F32) en los años 2006 y 2007, y con fecha de alta entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2007. El periodo de análisis comprende desde el inicio hasta la finalización de la ILT.

Resultados: Sobre una población asignada de 286.981 personas, 1.868 (0,65%) pacientes han causado al menos una ILT por depresión. La edad media fue de $42,9 \pm 11,3$ (< 30 : 14,8%, 30-45: 40,6%, > 45 : 44,5%). El 65,5% fueron mujeres (edad: $42,7 \pm 11,3$) y el 34,5% hombres (edad: $43,3 \pm 10,7$). La duración media de las ILT ha sido de $125,8$ días $\pm 153,2$ (IC: 119,2-132,3). El 9,4% de estos pacientes han estado en más de una ocasión de baja (148 pacientes en 2 ocasiones, 21 pacientes en 3, 3 pacientes en 4 ocasiones, 3 pacientes en 5 y 1 paciente en 7). El 16,8% de los pacientes no ha sido tratado con ningún psicofármaco durante el periodo de ILT (psicofármacos = antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes y antipsicóticos); el 8,9% ha sido tratado con psicofármacos diferentes de los antidepresivos, y el 74,3% ha sido tratado con antidepresivos. De estos, casi la mitad (un 49,3%) han sido tratados también con ansiolíticos. En el congreso se presentarán resultados detallados de los tratamientos y combinaciones de tratamientos que se prescriben a los pacientes con ILT por depresión, así como la secuencia temporal de las diferentes opciones terapéuti-

cas durante el periodo de ILT, con especial hincapié en el consumo de antidepresivos y ansiolíticos, y en la duración del tratamiento con ansiolíticos. Asimismo, se analizará la duración de las bajas en función de la estrategia terapéutica, y cuáles son los fármacos prescritos a los pacientes al ser dados de alta, lo que permitirá determinar cuáles son los tratamientos más efectivos en la reducción de la duración de las ILT y en la recuperación de los pacientes.

Conclusiones: Este trabajo permitirá recomendar la estrategia farmacológica más efectiva en la recuperación de los pacientes que están en situación de ILT por depresión.

COMUNICACIONES ORALES XXXIII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Drogodependencias/adicciones

O-213. CONSUMO HABITUAL DE CANNABIS ENTRE JÓVENES DE SEGUNDO DE ESO

A. Pérez, C. Ariza, X. Garcia, E. Teixidó, M. Nebot, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER ESP.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de cannabis se asocia diversas patologías, como trastornos mentales y urgencias psiquiátricas. La precocidad es un indicador significativo de sus consecuencias. Este estudio tiene como objetivo describir el consumo de cannabis entre jóvenes de segundo de ESO de Barcelona en 2008.

Métodos: Estudio transversal a través del cuestionario FRESC con una sección específica de cannabis. Se dispone de datos de 1230 alumnos (50,5% chicos y 49,5% chicas) de 49 escuelas. El análisis descriptivo se realizó usando parámetros estadísticos estándares: porcentajes, medias y desviaciones estándares. Se estudió la tendencia de la prevalencia de consumo comparando con datos de años anteriores (1996,1999 y 2004).

Resultados: La prevalencia de consumo experimental de cannabis disminuye significativamente desde el 2004 al 2008 descendiendo de un 17,9% a un 11,5% en chicos y de un 16,3% a un 8% en chicas, respectivamente. En el caso del consumo habitual, se mantiene la prevalencia en los chicos (de 7% a 7,8%, en el 2004 y 2008, respectivamente) y disminuye en el caso de las chicas (de 7,2% a 3,65%). En el 2008, el 5,57% de los chicos y el 2,82% de chicas declaraba haber hecho un consumo diario en el último mes. El 4,21% de alumnos (1,66% de alumnas) decían haber fumado antes del mediodía en el último año y el 3,73% y 1,33% (de chicos y chicas, respectivamente) afirmaba haber consumido solo en este periodo. Respecto el consumo en la escuela, el 2,76% de chicos afirmaba haber consumido en el centro durante el último mes (0,66% en las chicas). Reconocían sufrir problemas de memoria debido al consumo de cannabis un 2,59% de los chicos y un 1,16% de las chicas, siendo un 2,27% y 1,33% de chicos y chicas, respectivamente, que declaraba haber sido presionado para reducir el consumo. Además, un 3,89% de los alumnos y 2,65% de alumnas habían intentado reducirlo sin conseguirlo.

Conclusiones: Aunque la prevalencia de consumo experimental de cannabis haya disminuido respecto el 2004, el porcentaje de chicos consumidores habituales se mantiene elevado y en las chicas disminuye proporcionalmente al consumo experimental. Este estudio aporta una descripción detallada de las características del consumo de cannabis en segundo de ESO mostrando que a edades tempranas existen consumidores diarios incluso dentro del recinto escolar. Un mayor conocimiento de las pautas del consumo servirá para mejorar los programas preventivos existentes.

O-214. DISEÑO DE INTERVENCIONES ESCOLARES EN DROGODEPENDENCIAS: ¿MENSAJES GLOBALES O ESPECÍFICOS?

C. Ariza, F. Martínez-Sánchez, A. Pérez, M. Diéguez, M. Nebot, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Existe la controversia sobre si las intervenciones escolares de prevención de drogodependencias deben abordar de forma integrada el consumo de todas las sustancias a las que están expuestos los sujetos de una población diana o si conviene individualizar los mensajes para cada sustancia. El objetivo de este estudio es identificar los efectos de una intervención específicamente dirigida a la prevención del consumo de cannabis sobre el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y cocaína de sus destinatarios.

Métodos: Estudio cuasi-experimental con grupo control. Se administró una encuesta antes de la intervención y a los 12 meses para estudiar la evolución del consumo habitual de cannabis (en los últimos 30 días), consumo regular de tabaco (semanal o diario), consumo de riesgo de alcohol (borracheras y varias consumiciones en una ocasión) y consumo experimental de cocaína (haber probado). El grupo intervención (GI) (1.863 escolares) fue expuesto a un programa preventivo del consumo de drogas, incluyendo dos unidades específicas sobre cannabis, y comparado con un grupo control (CG) (1.326). Se estudió la incidencia de nuevos consumidores de todas las sustancias citadas en ambos grupos. En el análisis, se utilizó el cálculo de proporciones y el test de ji cuadrado.

Resultados: A los 12 meses de la intervención el 8,3% de escolares del GI pasaron a consumir cannabis habitualmente frente al 11,6% en el GC ($p < 0,05$). La incidencia en el GI disminuyó del 8,3% al 4,3%, al seleccionar los escolares en cuyos centros la intervención se realizó correctamente (haber realizado el 60% de las actividades propuestas) ($p < 0,05$). La incidencia de nuevos consumidores regulares de tabaco al año fue de 9,5% en el GI y 8,2% en el GC, disminuyendo al 9,2% con la intervención correcta. La incidencia de borracheras al año fue de 20,5% en el GI y 19,2% en el GC, y de 21,3% con la intervención correcta. La incidencia de haber consumido cuatro o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión un año después fue de 15,2% en el GI y 17,3% en el GC, y de 15,8% con la intervención correcta. La incidencia de nuevos consumidores experimentales de cocaína al año fue de 0,9% en el GI y 2,2% en el GC, y de 1,2% con la intervención correcta. Las diferencias observadas entre ambos grupos para los consumos de riesgo de alcohol y experimental de cocaína no fueron significativas.

Conclusiones: La intervención identificó resultados efectivos sobre el consumo habitual de cannabis, pero no sobre el resto de sustancias, incluso cuando se estratificó para la calidad de la implementación realizada. Estos resultados soportan la necesidad de mensajes específicos sobre el uso de una sustancia cuando se quiere disminuir su consumo específico.

Financiación. Plan Nacional de Drogas.

O-215. ACEPTABILIDAD E IMPACTO DE LAS MEDIDAS REGULADORAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE ADOLESCENTES: EL PUNTO DE VISTA DE JÓVENES, PADRES, MADRES Y PROFESORADO

M.A. Prieto Rodríguez, J.C. March Cerdá, A. Danet, et al

EASP.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de alcohol entre menores de edad suscita un debate social importante alrededor de las estrategias preventivas y de intervención propuestas por las autoridades públicas, que contemplan la necesidad de coordinación entre todos los actores sociales pertenecientes al entorno de los menores. El objetivo de este estudio es medir la aceptabilidad y la opinión sobre el

impacto de las medidas reguladoras, desde el punto de vista de los propios adolescentes, padres/ madres y profesorado.

Métodos: Los participantes en el estudio han sido 123 alumnos (12-17 años), profesores, padres y madres de seis Comunidades Autónomas de España, muestra de un estudio cualitativo previo. La técnica cuantitativa elegida ha sido un cuestionario que pedía el acuerdo y el impacto (escala 0-10) sobre 17 medidas anti-alcohol referidas a: prohibición de venta, publicidad y promoción, consumo de alcohol y sanciones. Los resultados se analizan con el programa estadístico SPSS 15.0, realizando comparación de medias y correlación entre variables.

Resultados: El acuerdo sobre las medidas existentes es alto (superior a los 50 puntos en todas las preguntas), sin embargo el impacto normativo se considera reducido (la media de las 17 preguntas es de 34 puntos). Los adolescentes aceptan las medidas administrativas, mientras que padres/madres y educadores se decantan por la regularización de la venta, consumo y publicidad. Los tres perfiles sociales rechazan las medidas que afectan directamente su acceso personal al alcohol. Las sanciones económicas no reciben apoyo, aunque sí las de tipo social o comunitario aplicadas a los menores. La comunicación entre profesorado y progenitores genera un alto acuerdo, aunque los docentes ponen en duda su impacto real.

Conclusiones: La colaboración entre los diversos actores sociales implicados en la prevención y el control del consumo de alcohol en menores, así como las normativas basadas en impulsar la responsabilización de todos los grupos, constituyen la base de la eficiencia de la regulación anti-alcohol.

O-216. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO POR DEPENDENCIA A COCAÍNA EN BARCELONA, 2005-2007

A. Espelt, A. Guitart, Y. Castellano, I. Aibar, M.T. Brugal, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER en Epidemiologia y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Durante el último lustro, la cocaína es la sustancia psicoactiva ilegal que más problemas de morbilidad ha ocasionado y actualmente el número de admisiones a tratamiento por dependencia a cocaína supera las admisiones por heroína. El objetivo del estudio es conocer la adherencia al tratamiento por dependencia a cocaína en Barcelona así como las características socio-sanitarias que favorecen dicha adhesión.

Métodos: Estudio longitudinal de una cohorte de personas que iniciaron tratamiento por abuso o por dependencia de cocaína en los centros de tratamiento de Barcelona en el período 2005-2006 (n = 1.591). El seguimiento se realizó hasta el 31/12/2007. Se utilizó una encuesta clínico-epidemiológica al inicio que recogía variables socio-sanitarias; edad, sexo, zona de residencia, país de origen, nivel educativo, situación laboral, patrones de consumo, tiempo de consumo, tratamientos previos y VIH auto reportado. Como variable dependiente se empleó el tiempo en que dicha persona había estado en tratamiento hasta que se produjo el abandono y se censuraron todos aquellos casos en que no se produjo abandono. Se realizó un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) para determinar las probabilidades de permanecer en tratamiento en cada uno de los tiempos. Finalmente para poder determinar los factores de riesgo asociados con el abandono del tratamiento se estimaron, bajo el supuesto de riesgos proporcionales, las razones de densidad de incidencia instantánea mediante regresiones de Cox.

Resultados: Alrededor de un 20% de las personas que iniciaron tratamiento por abuso o por dependencia de cocaína lo abandonan antes de los 6 meses y menos de un 40% supera el año. En mediana las personas están en tratamiento 223 (IC95%: 206,4-239,6) días. Dependiendo de las características sociales de las personas estos tiempos varían. Por ejemplo, existen diferencias significativas en las medianas de días

en tratamiento entre los que entran por iniciativa propia [187 (IC95%: 167,7-206,3)] y los que proceden de una derivación médica [264 (IC95%: 215,1-312,9)] o entre los que están en paro [260 (IC95%: 226,2-293,8)] y los que tienen un contrato indefinido [187 (IC95%: 171,9-202,1)]. En este sentido, el riesgo de abandonar la terapia de los que tienen trabajo indefinido es de 1,27 (IC95%: 1,10-1,45) respecto a los que están en paro. Entre hombres y mujeres no se observan diferencias significativas aunque en mediana las mujeres siguen más el tratamiento.

Conclusiones: Las variables socio-sanitarias son variables clave para entender la adhesión al tratamiento. Conocer que variables socio-sanitarias influyen más en la adhesión al tratamiento es de vital importancia para diseñar protocolos de atención específicos.

O-217. RECOMENDACIONES DESDE EL MODELO DE LA EFQM PARA LA MEJORA DEL SERVICIO DE DISPENSACIÓN DE METADONA EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Millán Carrasco, J. Venegas Sánchez, C. Rodríguez Reinado, J.C. March Cerdá, J.J. Pérez Lázaro, M. Romero Vallecillos, I. Fernández Ruiz, B. Isac Martínez, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Antecedentes: La Reforma de la Salud Pública en Andalucía señala como un elemento clave la garantía de la atención sanitaria adaptada a las necesidades de personas en situación de exclusión. Un servicio de dispensación de metadona (SDM) en Atención Primaria (AP), de calidad, acerca los programas de atención sanitaria, sobre todo de prevención y promoción de la salud, a usuarios de opiáceos (riesgo de exclusión). El modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM) es el elegido para la evaluación de la calidad de los servicios públicos de Andalucía. Objetivo: Identificar oportunidades de mejora, desde el modelo de la EFQM, para la mejora del SDM en AP.

Métodos: Panel delphi con 54 profesionales del Programa de Tratamiento con Metadona (PTM) en la primera ronda, 39 en la segunda y 33 en la tercera. Se solicitó la identificación de oportunidades (áreas y acciones) de mejora, la valoración según el criterio de importancia de las áreas de mejora –en una escala de 1 (mínimo) a 4 (máximo)– y la priorización de las acciones de mejora por importancia –en una escala de 1 (mínimo) a 5 (máximo)– y factibilidad –en una escala de 1 (mínimo) y 10 (máximo)–. Se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión. Se seleccionaron los ítems con mayores puntuaciones de tendencia central y menores valores de dispersión de las últimas rondas de votación. Se analizó la distribución de los ítems totales y los priorizados según el modelo de la EFQM (clasificación realizada por investigadores).

Resultados: Se han identificado oportunidades de mejora en todos los criterios del modelo de la EFQM. En total se han señalado 48 áreas de mejora, destacando los ítems asociados a los criterios Procesos (25%) y Política y Estrategia (22,92%). Entre las 11 oportunidades mejor valoradas destaca el criterio Personas (27%), seguido del criterio Liderazgo (18%). Por su parte, se señalaron 82 acciones de mejora concentradas en los criterios Agentes (84,15%), especialmente, en Política y Estrategia (28,05%) y Procesos (19,25%). La mayoría de las 11 propuestas mejor valoradas se asocian al criterio Política y Estrategia (45,45%) y Personas (27,27%).

Conclusiones: Los problemas y propuestas de mejora relacionados con Procesos se ven postergados en la valoración por aquellos que tienen que ver con la Política de Personas y con la Política y Estrategia o el Liderazgo. Básicamente, se reclama un liderazgo en los centros de salud que sea capaz de orientar y gestionar al personal dispensador para cumplir los objetivos del PTM y la generación de estrategias que faciliten la coordinación entre niveles y agentes del PTM.

Financiación. Expte. 05/135 Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

O-218. DISPONIBILIDAD DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DE DROGAS PARA COMENZAR UN TRATAMIENTO PARA LA HEPATITIS C

J.C. March Cerdá, M. Romero Vallecillo, M.E. Oviedo-Joekes, J. Venegas, A. Danet, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública; University of British Columbia, Vancouver.

Antecedentes/Objetivos: Los usuarios de drogas son el colectivo más afectado por el virus de hepatitis C (VHC), con una prevalencia del 30 al 98% entre consumidores por vía parenteral, y del 5 al 35%, entre los no inyectores. La mortalidad, morbilidad y carga económica asociada al VHC son elevadas (el gasto europeo medio anual del VHC asociado al consumo de droga será de 1,89 billones de euros). Pese a ser grupo prioritario, la publicidad negativa del tratamiento, ha alejado a estos potenciales pacientes del beneficio que les reportaría. El objetivo busca conocer la percepción sobre VHC, tratamiento y predisposición para iniciarlo desde la perspectiva de los usuarios de drogas VHC +.

Métodos: Se utilizó un cuestionario hetero-administrado en 3 capitales andaluzas, con variables sociodemográficas, percepción de riesgo, conocimiento, tratamientos previos y disposición a recibirlo, entre otras. Participaron 115 personas, que refirieron ser VHC + y consumidoras de heroína o cocaína, y/o estar en tratamiento sustitutivo. La captación se realizó por 'iguales', con el método "bola de nieve". El análisis de los resultados partió de los test chi cuadrado y Kruskal Wallis.

Resultados: A casi la mitad se les ha ofertado tratamiento para VHC (46,1%) y el 13% lo ha recibido alguna vez. Tienen un buen conocimiento sobre VHC, en cuanto a afección hepática (93%), sintomatología (78,3%), relación con el alcohol (98,3%) y tratamiento (74,8%). Aparecen dudas sobre posibilidad de vacunación y accesibilidad al tratamiento. Los hombres (83,5% del total, edad media 38,4 años) refieren conocer su diagnóstico desde hace 10,1 años. Perciben la enfermedad como grave (54,1%) o muy grave (27,5%) y sólo el 13% recibió alguna vez tratamiento, aunque un 60,9% sí estaría dispuesto a comenarlo (la prueba de la biopsia aparece como único factor reductor de la predisposición en un 54,5%). Las mujeres tienden a una disposición de tratamiento inferior (OR = 2,23; CI 95% = 1-5,24), estando un 42,1% de éstas en tratamiento sustitutivo con opiáceos.

Conclusiones: Las características del tratamiento (alta adherencia e importantes efectos secundarios) han dado lugar a que los usuarios de drogas no se consideren buenos candidatos. Las razones esgrimidas se basan en una pobre adherencia al tratamiento, problemas con los efectos adversos, y probabilidad de re-infección. Sin embargo, la bibliografía disponible demuestra que la respuesta viral sostenida en usuarios de drogas oscila entre el 29 y el 53%, dependiendo, entre otras cosas, del genotipo del virus. La coordinación entre especialistas y centros de drogodependencias es fundamental para facilitar el acceso y la adherencia de los usuarios de drogas al tratamiento para la hepatitis C.

Financiación. Consejería de Salud.

COMUNICACIONES ORALES XXXIV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Medición y monitorización del estado de salud en las poblaciones

O-219. IMPACTO DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES SOBRE LA MORTALIDAD Y DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN DE LA CAPV: UNA VISIÓN COMBINADA A TRAVÉS DE LAS ESPERANZAS DE SALUD

U. Martín, S. Esnaola, E. Aldasoro, A. Bacigalupe, et al

Universidad del País Vasco; Departamento de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: Indicadores clásicos de mortalidad como los años de vida perdidos estudian el impacto que una enfermedad tiene sobre la salud de una población midiendo su efecto en la mortalidad. Este tipo de acercamiento infravalora el impacto de determinadas enfermedades que aún no siendo muy letales si provocan una merma importante de la calidad de vida. Las esperanzas de salud permiten estudiar el impacto que una enfermedad tiene sobre la discapacidad y la mortalidad de una manera conjunta, ofreciendo así una imagen más global e integrada. El objetivo de esta comunicación consiste en analizar el impacto de diferentes grupos de enfermedades sobre la salud de la población de la CAPV utilizando las esperanzas de salud.

Métodos: Análisis descriptivo. Se combinaron los datos de mortalidad del periodo 2002-2006 con los de la Encuesta de Salud de la CAPV 2007 y los datos de población de 2005. Se calculó la esperanza de vida (EV, método Chiang), la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI, método Sullivan) y la esperanza de vida con incapacidad (EVI, método Sullivan) para el total de la población de la CAPV en el periodo 2002-2007. Se seleccionaron una serie de enfermedades y grupos de éstas en base a su alta prevalencia y mortalidad y se calculó la EV, la EVLI y la EVI en el supuesto de que estas enfermedades hubieran sido eliminadas de la población. Se utilizó el método de "causas eliminadas" seguido por Rowland et al 2006 para la EV y de Bronun-Hansen et al 2006 para la EVLI y EVI. El impacto de cada grupo de enfermedades sobre la discapacidad-mortalidad se evaluó analizando efecto de su eliminación sobre estas medidas. Los análisis se realizaron de forma separada para hombres y mujeres.

Resultados: Atendiendo a la mortalidad las enfermedades de mayor impacto fueron los tumores en los hombres y las del aparato circulatorio en mujeres. Sin embargo, la eliminación de estas enfermedades hubiera hecho aumentar la EV pero a costa de un aumento también del número de años de discapacidad. En cambio, la eliminación de enfermedades como las osteomusculares, las mentales, las nerviosas o las de los sentidos, que tuvieron poco efecto sobre la mortalidad, hubiera supuesto un aumento del número de años sin discapacidad, y por tanto una compresión de la morbilidad. Se observaron diferencias importantes entre hombres y mujeres en el impacto de diferentes enfermedades.

Conclusiones: A la hora de estudiar el impacto que una determinada enfermedad tiene sobre la salud de la población es necesario tener en cuenta tanto el impacto sobre la mortalidad como sobre la salud-morbilidad. En el caso de la CAPV, las esperanzas de salud han resultado ser una buena herramienta para este objetivo.

Financiación. Instituto Oberri.

O-220. LA CARGA DE ENFERMEDAD EN ANDALUCÍA EN EL AÑO 2006

M. Ruiz Ramos, L. Iváñez Gimeno, E. Puerto Segura, J. García León, C. Méndez Martínez, V. González Andrés, M. Bernal González, G. López Ibáñez, et al

Servicio Información y Evaluación; DG Innovación y Tecnología Sistemas; Consejería de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio es determinar las enfermedades que causan mayor carga de enfermedad en la población andaluza en el año 2006.

Métodos: La población utilizada es la proyectada para Andalucía por el Instituto Nacional de Estadística para el año 2006 del Instituto de Estadística de Andalucía para el mismo año. Se han utilizado las defunciones por causa, sexo y edad de residentes de la Comunidad Autónoma de Andalucía del año 2006. Discapacidad y estado de salud: se ha utilizado el patrón de morbilidad de la subregión Euro-A (países europeos con muy alta esperanza de vida) de la Organización

Mundial de la Salud por causa, sexo y edad procedentes del Global Burden of Disease Study, 2002. Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) atribuibles a cada enfermedad o lesión son el resultado de sumar el tiempo de vida perdido por muerte prematura, años de vida perdidos (AVP), y las pérdidas funcionales y de bienestar causadas por la discapacidad, años vividos con discapacidad (AVD). AVP se calculan multiplicando las defunciones en cada edad por la esperanza de vida a la edad de la muerte definida por una tabla de vida estándar.

Resultados: En el año 2006 se pierden en Andalucía un total de 1.073.870 AVAD, de los cuales un 53,4% corresponde a los hombres y el 46,6% restante a las mujeres. Las enfermedades no transmisibles suman ocho de cada diez AVAD (82,8%). Las causas externas suponen un 9,9% de la carga de enfermedad total, y las causas transmisibles, perinatales, maternas y nutricionales el 7,2% restante. Las enfermedades neuropsiquiátricas (26,8% del total de AVAD) son la categoría de causas que genera mayor carga de enfermedad en Andalucía, de manera muy destacada por delante de las enfermedades cardiovasculares (14%) y los tumores (12,3%). La lista de subcategorías viene encabezada por la depresión unipolar (8,7% del total de AVAD), seguida de las otras neuropsiquiátricas (5,8%), la enfermedad cerebrovascular (5%) y las isquémicas del corazón (4,4%). Los grupos principales de la clasificación de causas, con variaciones en los porcentajes, siguen el mismo orden tanto en varones como en mujeres. Igual ocurre en las categorías, sin embargo en las subcategorías ocupa el primer lugar el abuso de alcohol en los hombres y la depresión unipolar en las mujeres.

Conclusiones: La estimación de la carga de enfermedad de Andalucía muestra cómo las enfermedades más mortales no son siempre las que mayor impacto tienen sobre la salud global de la población, puesto que muchas otras cuya letalidad es baja generan una gran cantidad de años vividos con discapacidad.

O-221. ESTIMACIÓN DE LA COMORBILIDAD ASOCIADA A LA CAUSA DE DEFUNCIÓN A PARTIR DEL ANÁLISIS DE CAUSAS MÚLTIPLES

A. Freitas Ramírez, R. Gispert, M. Rué, A. Puigdefabregas, G. Ribas, J. Domènech, et al

Registre de Mortalitat. Departament de Salut; Facultat de Medicina. Universitat de Lleida.

Antecedentes/Objetivos: La prevalencia de comorbilidad es una situación cada vez más frecuente en la población y es difícil de estimar con los sistemas de información disponibles. Su conocimiento es importante puesto que está relacionada con el fenómeno conocido como "mortalidad substituta" (debido a los riesgos competitivos de muerte entre varias causas). Las estadísticas de causa de muerte se elaboran a partir de la selección de una única causa básica (CB), sin embargo los boletines de defunción incluyen otros datos relativos a la comorbilidad y a los procesos patológicos que condujeron hasta la muerte. El objetivo es describir la comorbilidad asociada a las causas básicas de muerte más comunes.

Métodos: Los datos proceden del Registro de Mortalidad de Cataluña para los años 1994, 1996-1998 en que se disponía de un sistema de codificación automático, según la 9ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se identifica la causa básica (CB) seleccionada para el análisis convencional y el resto de causas múltiples (CM) informadas, independientemente del lugar que ocupan en la secuencia causal de la muerte. Las CB y CM se agrupan en 17 grandes grupos de causas. Se analiza el número de menciones por grupos de causas según si aparecen como causa básica o causa múltiple y se estima la razón entre ambas ($R = CM/CB$). Se excluyen para el análisis las menciones en que la CB se repite entre las CM.

Resultados: El número total de boletines registrados en el periodo de estudio ha sido de 215.466 y el total de causas notificadas 645.356 (429.885 consideradas para el análisis). En promedio por cada CB se informan 2 CM. El 6% de los boletines (BED) tiene una sola mención que coincide con la CB. El 32% tienen una CM informada, el 35% dos, el 16% tres y el 11% más de 4. La distribución, según grupos de causas, de las CM comparada con la distribución de las CB muestra una mayor frecuencia de CM en los grupos de enfermedades infecciosas ($R = 2,32$), endocrinas ($R = 2,05$), de la sangre ($R = 3,74$), cardiovasculares ($R = 2,37$), genitourinarias ($R = 3,20$) y de la piel ($R = 7,10$).

Conclusiones: El análisis de la mortalidad por causas múltiples es una fuente de información importante para estudios de la comorbilidad, ya que refleja un número importante de enfermedades que no aparecen cuando se considera únicamente la CB.

O-222. SISALUT; UN SISTEMA PARA IDENTIFICAR Y MONITORIZAR EL ESTADO DE SALUD DE LOS MUNICIPIOS

L.C. Arias Abad, J. Oliván Abejer, C. Frías Trigo, E. Pont Navarro, et al
Diputació de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La información estructurada y de calidad es elemento clave en cualquier organización. La administración local no es ajena y la falta de información ordenada y sistemática constituye una de las principales limitaciones para definir y desarrollar políticas locales en salud y tomar decisiones eficientes, especialmente ante la actual limitación de recursos. La Diputació de Barcelona detectó esta necesidad e impulsó el desarrollo del SiSalut, un sistema de información dirigido a los responsables y técnicos municipales de la provincia (excluida Barcelona ciudad), con la finalidad de proporcionarles información de los principales indicadores de salud.

Métodos: La Diputació de Barcelona, en colaboración con la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), iniciaron el desarrollo del SiSalut mediante: la identificación de necesidades de información desde la perspectiva de la salud pública (modelo conceptual de Dalghren y Whitehead); constitución de un grupo de trabajo (5 municipios, Diputació de Barcelona y ASPB) para seleccionar los indicadores de salud y definir los informes; creación y desarrollo del software, obtención y carga de datos y definición de la cartera de servicios.

Resultados: Los datos disponibles actualmente son: Padrón Municipal (1998-2007), Interrupciones Voluntarias de Embarazos (1997-2005), Natalidad y Fecundidad (1996-2005), Mortalidad (1996-2005), Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales (1997-2006) y Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias (2003-2007). El SiSalut permite el cálculo de 80 indicadores: estructura poblacional, natalidad y salud reproductiva, mortalidad, morbilidad según altas hospitalarias y de salud laboral. La Diputació de Barcelona podrá proporcionar informes de salud a los municipios de la provincia de manera individualizada para los ≥ 10.000 habitantes (83% de la población de la provincia) y de manera agregada, por demarcación territorial, a los más pequeños. La versatilidad del sistema permite obtener datos para la realización de informes a medida, desarrollo de nuevos indicadores y manejo autónomo del SiSalut por municipios con recursos técnicos adecuados.

Conclusiones: El SiSalut es: fácil de utilizar y capaz de automatizar la elaboración, visualización y difusión de indicadores de salud; permite integrar diferentes bases de datos; identifica desigualdades territoriales y necesidades; permite el seguimiento de actuaciones y la evaluación de políticas de salud; reduce el tiempo de acceso a la información; ofrece un conjunto base de indicadores de salud a los municipios y es un modelo que garantiza el acceso seguro a la información.

O-223. ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE CÁNCER EN ESPAÑA EN EL AÑO 2006

M.J. Sánchez, T. Payer, E. Pérez, N. Larrañaga, C. Martínez, R. de Angelis, S. Francisci, R. Capocaccia, et al

Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza Salud Pública. Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Subdirección de Salud Pública. Guipúzcoa; Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia. Roma (Italia).

Antecedentes/Objetivos: Los indicadores del impacto de cáncer en una población aportan información relevante para la planificación de actividades preventivas, asistenciales y evaluadoras, para disminuir la mortalidad e incidencia de cáncer y para mejorar la asistencia de los enfermos oncológicos. La utilización de métodos estadísticos basados en las relaciones entre los indicadores de morbilidad y mortalidad permite, en ausencia de registros de cáncer de población de cobertura nacional, obtener estimaciones de la incidencia y prevalencia. El objetivo fue estimar la incidencia y prevalencia del total del cáncer en el año 2006 en España, según género y grupos de edad.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de base poblacional. Fuentes de información: a) Instituto Nacional de Estadística: población de España, sexo específica, para cada año de edad (0, 1,...84 años), 1983-2006; y personas de 0-84 años, residentes en España, y fallecidas por cualquier causa y específicamente por cáncer entre 1981-2006; b) EUROCARE: Supervivencia relativa a 5 años estimada para Europa para el total del cáncer, sexo específica, y por grupos de edad (15-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75+ años), para los casos incidentes del período 1983-1994. Se utilizó el método MIAMOD (Mortality and Incidence Analysis MODel) para obtener, mediante modelos de edad-período-cohorte polinómicos, estimaciones de la incidencia y prevalencia. Se presentan número de casos, tasas brutas y estandarizadas (población europea) del total del cáncer (excepto piel no melanoma), según sexo y grupos de edad.

Resultados: En 2006 en España, las tasas brutas de incidencia del total del cáncer se estimaron en 470 y 312 por 100.000 hombres y mujeres, y las estandarizadas en 392 y 236 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente. La prevalencia del total del cáncer, excepto piel no melanoma, en 2006 en España se estimó en 1 millón de casos. La prevalencia fue más alta en las mujeres, y el mayor número de casos prevalentes correspondió a personas de 65 y más años.

Conclusiones: En el año 2006 se diagnosticaron 167.000 casos nuevos de cáncer en España. Aproximadamente, un millón de personas vivieron en España en 2006 habiendo sido previamente diagnosticadas de cáncer en algún momento de su vida. MIAMOD es un método válido para estimar los indicadores epidemiológicos de carga de cáncer, sobre todo, en países con cobertura parcial de registro y patrones de riesgo geográficamente variables, como España.

Financiación. Acción Transversal de Cáncer España-CIBERESP.

O-224. UTILIDAD DE LOS REGISTROS DE CÁNCER DE POBLACIÓN PARA LA VIGILANCIA Y CONTROL DEL CÁNCER EN ANDALUCÍA

C. Martínez, M.J. Sánchez, E. Pérez, Y. Chang, E. Molina, E. Duran, J.M. Mayoral, et al

Registro de Cáncer de Granada. EASP; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En el marco del II Plan Integral de Oncología de Andalucía, se establece la necesidad de un Sistema de Vigilancia del Cáncer y la Evaluación de Resultados en Salud Pública en Andalucía. Se definen dimensiones e indicadores específicos para cada dimensión. La información es útil para identificar poblaciones

de alto riesgo o desigualdades en salud, desarrollar políticas y programas, planificar servicios de salud y evaluar intervenciones en Salud Pública. El objetivo es presentar resultados de indicadores para la Vigilancia del Cáncer en Andalucía cuya información se genera en Registros de Cáncer de Población (RCP).

Métodos: Fuente de información: Registro de Cáncer de Granada. Se presenta: a) incidencia y tendencias (1985-2004) del total del cáncer y otros cánceres seleccionados (piel no melanoma, pulmón, mama, próstata, colon-recto, laringe, cérvix y vejiga), b) estimaciones 2002 y proyecciones 2007 de prevalencia de cáncer, según género y edad, y c) supervivencia y relativa (%) a 5 años de casos incidentes de 1995-99, según género. La incidencia se expresa en nº casos, tasas brutas y estandarizadas (población europea) $\times 100.000$ hab. Para las tendencias, se estima el porcentaje de cambio anual (PCA) e IC95% (Joinpoint regression). Se utiliza el método PIAMOD (Prevalence and Incidence Analysis MODel) para estimar la prevalencia.

Resultados: En 2000-2004 se diagnosticaron 19.552 casos nuevos de cáncer en ambos géneros; tasas brutas y estandarizadas de 481 y 410 $\times 100.000$ hab., respectivamente. La razón de tasas hombre/mujer fue de 1.6. Los cánceres más frecuentes fueron el de piel no melanoma, mama y pulmón. Se observó un aumento de la tendencia de la incidencia para el total del cáncer (excepto piel no melanoma): PCA = 1,2% y 1,9%, en hombres y mujeres respectivamente. De los cánceres seleccionados, el de piel no melanoma fue el que presentó mayor incremento (PCA: 4,8%) en ambos géneros, seguido del de mama en la mujer (PCA: 3,2%) y el de próstata en el hombre (PCA: 5,8%). Se observó un incremento de la tendencia en todos los cánceres seleccionados, excepto el de pulmón, laringe y cérvix. En el año 2002, se estimaron 16.300 casos prevalentes del total del cáncer, excepto piel no melanoma. La prevalencia fue más elevada en las mujeres y en los de 65 y más años. Para los cánceres más frecuentes en hombres y en mujeres, pulmón y mama, la supervivencia relativa a 5 años fue de 6,3% y 77,8%, respectivamente.

Conclusiones: Los RCP proporcionan datos sobre la magnitud del cáncer y sus variaciones geográficas y temporales, de utilidad para la vigilancia y control del cáncer en un área definida.

COMUNICACIONES ORALES XXXV

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Actividad física, obesidad y diabetes

O-225. ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL EMBARAZO Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DIABETES GESTACIONAL

M.C. Olvera Porcel, I. Galán Carrillo, E. González Perán, F. Hurtado Sánchez, J.J. Jiménez Moleón, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Servicio de Obstetricia y Ginecología. HU Virgen de las Nieves Granada.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes gestacional (DG) es la patología endocrina más frecuente durante el embarazo, con importantes consecuencias tanto para la madre como para el recién nacido. La identificación de factores de riesgo modificables es fundamental para la planificación de estrategias dirigidas a la prevención de la enfermedad. El objetivo del presente trabajo es analizar el efecto del nivel de actividad física de la mujer sobre el riesgo de DG.

Métodos: Se ha realizado un estudio de casos y controles procedentes del área de cobertura del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, centro de referencia del área norte de Granada, entre junio de 2004 y marzo de 2007. Los casos fueron mujeres

diagnosticadas de DG seleccionadas en el momento del diagnóstico de la enfermedad según los criterios de la Asociación Americana de Diabetes ($n = 246$). El grupo control se seleccionó mediante muestreo sistemático a partir de las mujeres citadas para la ecografía de la semana 20 de gestación ($n = 1.047$). Los criterios de selección fueron nacionalidad española, edad igual o mayor de 18 años y ausencia de patologías crónicas que limitasen la realización de actividad física. La información se obtuvo de la historia clínica, documento de salud de la embarazada y mediante entrevista personal. Se utilizó el Cuestionario de Actividad Física de Paffenbarger para recoger el tipo, frecuencia, duración e intensidad de las actividades realizadas por la mujer en su tiempo libre, en el trabajo y en el hogar. Mediante el Compendium de Actividades Físicas de Ainsworth se calculó el gasto energético medido en equivalentes metabólicos por día (MET/día). La variable gasto energético se recodificó utilizando terciles como punto de corte para el análisis. Se calcularon la OR cruda y ajustada y sus IC al 95% mediante regresión logística múltiple.

Resultados: La realización de actividad física durante el embarazo se asocia con una disminución del riesgo de DG, observándose un gradiente dosis respuesta ($p = 0,0032$). En mujeres con un gasto energético entre 45,0 y 58,7 METs d-1 el riesgo de DG se reduce un 49% (OR ajustada = 0,51, IC95% = 0,4-0,7). Esta reducción es del 54% en mujeres con un gasto superior al 54% (OR ajustada = 0,46, IC95% = 0,3-0,6).

Conclusiones: La realización de actividad física durante el embarazo disminuye el riesgo de DG. Deberían plantearse estrategias destinadas a promocionar la actividad física durante esta etapa de la vida de la mujer, lo que tendría un efecto inmediato sobre el riesgo de DG y quizás a largo plazo sobre el riesgo de diabetes tipo 2.

Financiación. Proyecto de Excelencia Junta de Andalucía P05-CTS-942.

O-226. AUMENTO DEL TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS NIÑOS EN CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA

A.B. Fernández-Revelles, M.A. Delgado-Noguera, et al

Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Partiendo del grave problema de inactividad, sobrepeso y obesidad que sufre hoy la población y en particular la infantil, nuestro objetivo es aumentar el tiempo de actividad física de los niños en clase de educación física dentro del horario escolar, como fomento de la actividad física y medida preventiva de salud pública, mediante un programa de entrenamiento de la competencia docente tiempo de profesores de educación física durante la fase de preservicio en el practicum.

Métodos: La muestra elegida fue de 300 niños/as de (6 ± 1 año a 11 ± 2 años) en la ciudad de Ceuta a los que impartían clase 6 profesores en preservicio (3º de magisterio especialidad educación física de 21 ± 2 años) que se sometieron a un programa de entrenamiento/formación que consistió en impartir 5 sesiones de educación física (en clases de primaria de 25 alumnos ± 5), 5 días/sem durante 10 semanas, y una sesión/sem de conocimiento de resultados de 15 min en las que se realizaba una estimulación del recuerdo apoyados en vídeo, y se informaba de su actuación de forma numérica y gráfica. Se realizaron 2 grabaciones en vídeo de su intervención en clase (en centros públicos de primaria) por semana, utilizadas para el registro de las variables por observadores entrenados. Observadores que con metodología observacional registraban las variables con un (software ad hoc) de 4 alumnos, 2 de cada sexo elegidos al azar. En las 2 primeras semanas se midió pretest, estableciéndose la línea base (sin tratamiento). En las 6 semanas siguientes se desarrolló el tratamiento, y en las 2 últimas se midió el test (sin tratamiento). Las variables registradas fueron: tiempo de atención (tiempo escuchando instrucciones y sin actividad física), tiempo de organización (tiempo organizando

material y alumnos y sin actividad física), tiempo de actividad motriz (tiempo en el que se realiza actividad física).

Resultados: Se produce una mejora estadísticamente significativa en porcentaje de tiempo de actividad motriz ($34,25 \pm 0,34$ vs $56,18 \pm 2,46$; $p < 0,05$) y al mismo tiempo se obtiene una reducción estadísticamente significativa en porcentaje de tiempo de atención ($21,40 \pm 3,15$ vs $17,70 \pm 2,13$, $p < 0,05$) y en tiempo de organización ($31,60 \pm 1,88$ vs $18,53 \pm 1,02$, $p < 0,05$).

Conclusiones: Un programa de intervención /entrenamiento durante el practicum en profesores de educación física en preservicio produce mejoras estadísticamente significativas en el tiempo de actividad motriz o tiempo de actividad física de los niños que reciben su docencia en dichas clases. Estos programas de entrenamiento de docentes de educación física pueden considerarse como una herramienta adecuada para aumentar la actividad física en los niños dentro del número de horas de educación física estipuladas en los planes de estudio.

O-227. TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA ENTRE NIÑOS DE DIFERENTE CULTURA Y GÉNERO

A.B. Fernández-Revelles, M.A. Delgado-Noguera, et al

Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Debido a los grandes movimientos migratorios que se viven en la actualidad, hemos querido abordar la problemática de la integración en el aula escolar de los niños de diferente cultura y género, al ser este ecosistema tan amplio nuestro objetivo se focalizó en analizar el tiempo de práctica de actividad física entre niños de primaria de diferente cultura y género, como indicador del entorno saludable en el que debe desarrollarse el niño, tanto física como psicosocialmente.

Métodos: Se registro la actividad física de 300 niños/as a través de las 120 grabaciones de sesiones de educación física durante 10 semanas en centros de primaria (de todos los cursos) en la ciudad de Ceuta, escogiendo 2 clases de 6 colegios de diferentes puntos de la localidad, cuyo requisito era que cada clase estuviese formada por 25 alumnos ± 5 , de los cuales tenía que haber 2 grupos formados uno por 12 ± 3 niños de origen musulmán y otro de origen cristiano, y a su vez cada grupo formado por 6 ± 2 niños, y otro de niñas. Para el registro de las variables en cada grabación se elegía al azar a un niño y una niña de origen musulmán y a una niña y un niño de origen cristiano, los datos eran registrados con un software ad hoc mediante metodología observacional por observadores entrenados. Las variables registradas fueron: tiempo de atención (tiempo escuchando instrucciones y sin actividad física), tiempo de organización (tiempo organizando material y alumnos y sin actividad física), tiempo de actividad motriz (tiempo en el que se realiza actividad física).

Resultados: Nos muestran como no hay diferencia significativa en porcentaje de actividad motriz en clase de educación física entre los niños/varones de cultura musulmana y cristiana ($47,88 \pm 3,09$ vs $45,38 \pm 3,31$; $p > 0,05$), ni entre las niñas de cultura musulmana y cristiana ($38,6 \pm 5,0$ vs $42,0 \pm 3,0$; $p > 0,05$), ni entre los cristianos niños/varones y niñas ($45,38 \pm 3,31$ vs $41,98 \pm 3,01$; $p > 0,05$), ni entre los musulmanes niños/varones y niñas ($47,88 \pm 3,09$ vs $38,58 \pm 5,00$; $p > 0,05$), ni entre el grupo de musulmanes y cristianos ($43,23 \pm 6,24$ vs $43,68 \pm 3,59$; $p > 0,05$), ni entre niños y niñas ($46,63 \pm 3,44$ vs $40,28 \pm 4,46$; $p > 0,05$).

Conclusiones: El tiempo de práctica de actividad física entre niños de primaria de diferente cultura y género dentro de la misma aula de educación física no muestra diferencia significativa en porcentaje. Utilizando la variable tiempo de actividad física en clase de educación física como un determinante del grado de integración de los niños de diferente cultura y género, podríamos decir que en el aula de educación física existe un alto grado de integración de

los niños independiente a su cultura y género, clima que puede favorecer un adecuado desarrollo del niño tanto a nivel físico como psicosocial.

O-228. ¿PUEDE INFLUIR EL DESARROLLO COGNITIVO A LOS 4 AÑOS EN EL SOBREPESO 2 AÑOS DESPUÉS?

M. Guxens, M.A. Méndez, E. Plana, J. Julvez, J. Forn, M. Torrent, J. Sunyer, et al

Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL).

Antecedentes/Objetivos: El aumento de la obesidad infantil es un importante problema de salud pública en España. Existe cada vez mayor evidencia de la relación entre obesidad y desarrollo cognitivo. No obstante, estos resultados están basados principalmente en estudios transversales, no pudiéndose establecer la dirección de dicha asociación. El objetivo de este estudio es determinar si el desarrollo cognitivo a los 4 años influye en el sobrepeso 2 años después a partir de una cohorte de nacimiento.

Métodos: Se reclutaron 460 mujeres durante el tercer trimestre de embarazo en Menorca en 1997. Se administraron cuestionarios en el momento de inclusión y regularmente hasta la edad de 6 años del niño (n = 421). A los 4 años, los niños fueron evaluados con el 'McCarthy Scales of Children's Abilities'. Se midió el Índice de Masa Corporal (IMC) a los 4 y 6 años. Se recogió información sobre edad, nivel educativo, clase social de los padres, IMC antes del embarazo, consumo de tabaco y dieta de la madre durante el embarazo, edad gestacional, sexo, peso y talla del recién nacido, tipo y duración de la lactancia, y dieta y actividad físico del niño a los 6 años. Se realizaron modelos lineales y multinomiales multivariados.

Resultados: A los 6 años, la media de IMC fue de 16,2 (rango 13,5-24,9), un 16% estaban a riesgo de sobrepeso y un 11% tenían sobrepeso. En los modelos multivariados, no se observó ninguna asociación significativa entre el desarrollo cognitivo y el IMC a los 4 años ($p > 0,2$). La capacidad cognitiva global, verbal y la función ejecutiva tuvieron una relación negativa significativa con el IMC a los 6 años ($\beta = -0,074$ ($p = 0,024$), $\beta = -0,091$ ($p = 0,004$) y $\beta = -0,060$ ($p = 0,059$) respectivamente). La puntuación de desarrollo cognitivo global disminuyó progresivamente con los estadios de IMC a los 6 años, obteniéndose una puntuación significativamente inferior en los niños con sobrepeso comparado con los de peso normal (OR = 0,87 (IC95% = 0,80-0,94)). Entre las diferentes subáreas, esta misma relación significativa se observó en la función ejecutiva, las habilidades verbales, las cuantitativas y la memoria. Los niños que se mantuvieron en los estadios de riesgo de sobrepeso o sobrepeso, o los que empeoraron de estadio entre los 4 y los 6 años, presentaron significativamente peores puntuaciones de desarrollo cognitivo a los 4 años, mientras que los que mejoraron de estadio entre ambos años presentaron significativamente mejores puntuaciones ($p < 0,05$).

Conclusiones: Un peor desarrollo cognitivo a los 4 años se ha asociado a un incremento del sobrepeso 2 años después. Es necesario un seguimiento a más largo plazo para confirmar los resultados obtenidos y el desarrollo de intervenciones preventivas en caso de ser necesarias.

O-229. PARTENARIADO PÚBLICO-PRIVADO EN EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD: PROYECTO "FOOD PRO-FIT"

M. Autonell Caldentey, M. Buades Feliu, E. Cabeza Irigoyen, A. Colom Umbert, E. Ferragut Roig, B. Galmés Santandreu, M. Moñino Gómez, Y. Vega Sanmartín, et al

Dirección General de Salud Pública. Govern de les Illes Balears; Centro Baleres Europa, Govern de les Illes Balears; Colegio Oficial Dietistas Nutricionistas de les Illes Balears.

Antecedentes/Objetivos: Las grandes empresas alimentarias generan segmentos de mercado diferenciados para vender productos con alegaciones nutricionales, que sensibilizan a los consumidores europeos, mientras los Gobiernos regulan el marco de su uso y la Salud Pública se preocupa por el entorno obesogénico. En este escenario, la Agencia Europea de Salud Pública, alineada con la OMS, propone a las PYMES europeas productoras de alimentos y de servicio de comidas, el uso de determinantes de salud en sus estrategias competitivas. En este contexto se desarrolla en siete países el proyecto FOOD PRO-FIT, liderado por la DG de Salud Pública de las Illes Balears, con el objetivo de crear una herramienta llamada HANCP (Hazard Analysis and Nutritional Control Points) para que las PYMES europeas puedan reformular o crear productos con una disminución del contenido de grasas saturadas, azúcares libres y sal.

Métodos: Diseño de la herramienta HANCP: basada en los principios del sistema HACCP de seguridad alimentaria y, teniendo como referente el estudio Eurodiet 2000, se han creado unos objetivos de reducción de ácidos grasos saturados, azúcares libres y sodio para mejorar el perfil nutricional de productos y comidas. Ejecución del proyecto piloto: Se han elegido empresas que abarcan la cadena alimentaria. Se actúa sobre alimentos y/o platos preparados cuya composición admite la reducción de los componentes citados. Se marcan objetivos, se realizan auditorias de validación y analíticas nutricionales de verificación. Se han llevado a cabo varios Focus Group para valorar la herramienta HANCP en los diferentes entornos (industria, restauración y comedor escolar) y proponer acciones específicas en las diferentes áreas de intervención.

Resultados: En Europa treinta industrias y cuarenta empresas de servicio de comidas están aplicando la herramienta HANCP en fase piloto. En Baleares siete industrias y ocho empresas de comida están reformulando sus productos. Los siete países participantes están realizando Focus group sobre la viabilidad de una dieta y/o producto saludable. En Baleares, el Focus group en el entorno escolar ha concredado 9 ideas e identificado cinco áreas de intervención.

Conclusiones: Las PYMES de la cadena alimentaria son motor de la economía de las regiones y desempeñan un papel principal en la reducción del ambiente obesogénico. No obstante, su falta de recursos hace necesaria la ayuda externa para la reformulación nutricional de sus productos, favoreciendo con ello que la elección más fácil sea la opción más saludable para el consumidor.

O-230. LA DIABETES EN LA AGENDA PARLAMENTARIA ESPAÑOLA (1979-2007)

J.C. Restrepo-Medrano, A.A. Agudelo-Suárez, Ll. González-Zapata, G.M Ortiz-Barreda, M.T. Ruiz-Cantero, et al

Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquía; Facultad de Odontología, Universidad de Antioquía; Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquía; Grupo Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes es un problema de salud pública por su magnitud y los costos que genera como enfermedad crónica. Junto a su abordaje individual, es importante el análisis desde los determinantes de contexto sociales y políticos, en la medida que las posibilidades de cambios para el bienestar de los pacientes dependen ampliamente de decisiones políticas. Los estudios de epidemiología política utilizan al Parlamento como fuente de información para identificar las prioridades en la agenda política sanitaria, y reconocer su coincidencia con las necesidades específicas de los pacientes. Objetivos: Analizar los contenidos de la actividad parlamentaria sobre la Diabetes en España a lo largo del periodo 1979 a 2007.

Métodos: Búsqueda sistemática sobre diabetes en el buscador de Iniciativas Parlamentarias (IP) de la página Web del Congreso de los Diputados (<http://www.congreso.es>). Palabra clave: Diabetes. Aná-

lisis del contenido descriptivo de las IP según: año y legislatura de presentación, actor principal, objetivo, tema, proceso parlamentario seguido y decisión política.

Resultados: La diabetes estuvo presente en 48 IP, sobre todo a partir del año 2000 (69% en la VII y VIII legislatura). Pero, en su mayoría (83,3%) no se tomaron decisiones. El objetivo de control parlamentario es el más frecuente (71%). 62,6% fueron preguntas al gobierno (con respuestas escritas y orales) y 29,2% proposiciones no de ley. Se centraron en determinantes de acceso a servicios sanitarios: 14 IP (29,2%), estrategias de promoción, prevención y atención: 13 (27,1%), discriminación en salud, y en espacios sociales y laborales: 10 (20,8%), reglamentación de transporte: 6 (12,5%), requerimientos de información epidemiológica: 4 (8,3%), reglamentación de productos dietéticos: 1 (2,1%). Se discutieron en pleno 29 IP (70,7%) y 10,4% en la Comisión de Sanidad; siendo el Partido Popular quien presentó más IP (35,4%), seguido por el Grupo Mixto (27%) y el Socialista (23%).

Conclusiones: La defensa de las personas diabéticas, como individuos sujetos de derecho y como grupo poblacional, solo está comenzando en el Parlamento español. El acceso a servicios sanitarios, es el determinante de desigualdad en salud más presente en la agenda política estatal, no así otros determinantes socioeconómicos, como la regulación de productos dietéticos y de transporte, o la discriminación laboral, los cuales son escasamente tratados.

COMUNICACIONES ORALES XXXVI

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Sensibilidad de género en planificación, gestión y práctica clínica

O-231. SENSIBILIDAD DE GÉNERO DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

E. Briones Vozmediano, C. Vives Cases, R. Peiró Pérez, et al

Área de Salud Pública. Universidad de Alicante; CIBER en Epidemiología y Salud Pública; Centro de Salud Pública, Alzira. Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Para incorporar la perspectiva de género en las políticas públicas de salud es necesario que se integren los determinantes de género en su diseño, seguimiento y proceso de evaluación. El objetivo es examinar el grado de sensibilidad de género de las políticas formuladas en los planes nacionales de salud del contexto internacional.

Métodos: Búsqueda sistemática y análisis de contenido de 19 planes nacionales de salud de habla hispana (España, América Latina) disponibles en formato electrónico. Se analizó la sensibilidad de género de la parte simbólica (objetivos y valores generales) y operativa (descripción de problemas de salud general y específicos de las mujeres, entornos de salud, objetivos de apoyo al desarrollo del plan) de los planes. Se define sensibilidad de género como el grado en que se tiene en cuenta el género en el análisis del estado de salud de la población, el planteamiento de los objetivos generales y específicos por problemas de salud y entornos, y en la planificación de las intervenciones. Se construyó un índice de sensibilidad de género para la parte simbólica y operativa de los planes. El índice de sensibilidad de género simbólica contiene un rango de 0 a 4, en el que la puntuación máxima es 4. Los índices de los aspectos operativos de los planes tienen un rango de 0 a 3, en el que la puntuación máxima es 3.

Resultados: España, México, Colombia, El Salvador, Bolivia y R. Dominicana obtuvieron los índices de sensibilidad de género más altos (= 4) en la parte simbólica. En el otro extremo, con un índice

nulo, Ecuador, Perú, Argentina, Honduras, Cuba y Guatemala. Los problemas de salud más frecuentes en los planes de salud ($n = 18$) son nutrición, enfermedades transmisibles y no transmisibles y salud infantil. Con respecto a los problemas específicos de las mujeres, destaca la salud reproductiva (15) y violencia contra la mujer (13). Los entornos de salud más abordados fueron servicios sanitarios (18), medio ambiente (17) y doméstico (16). En los problemas de salud, la puntuación máxima corresponde a un índice de sensibilidad de género medio ($Me = 2$), para México y El Salvador; R. Dominicana, Nicaragua y España obtienen un índice bajo ($Me = 1$) y el resto de países un índice nulo. En los entornos de salud, Salvador obtuvo una mediana de 2, a continuación la República Dominicana y México ($Me = 1$) y el resto un índice nulo. Ningún país alcanzó la máxima puntuación.

Conclusiones: Todavía es escasa la sensibilidad de género de las políticas planteadas en los planes de salud del contexto internacional. Persiste la identificación de la salud de las mujeres con la salud reproductiva. La sensibilidad de género simbólica y operativa no se corresponde en todos los países.

O-232. LA INCLUSIÓN DEL GÉNERO EN LA FORMULACIÓN DE LOS PLANES DE SALUD MENTAL AUTONÓMICOS

M. Talavera Ortega, I. Montero Piñar, R. Peiró Pérez, et al

Universidad de Valencia; Centro de Salud de Pública de Alzira.

Antecedentes/Objetivos: Tras dos décadas del inicio de la Reforma Psiquiátrica en España, los cambios sociológicos habidos y los resultados de la investigación en torno a diferencias de género en salud, nos conducen a analizar si la información generada se traduce en políticas que promueven la equidad de género en salud mental. **Objetivos:** examinar en qué medida los planes de salud mental de las CCAA incorporan el género en las políticas formuladas y desarrollan medidas para reducir desigualdades de género en la atención y en la prestación de servicios psiquiátricos. Se pretende estudiar hasta qué punto los PSM incluyen la carga de los familiares y qué medidas se adoptan para dar respuesta a este problema.

Métodos: Se diseñó un cuestionario de estructura similar al utilizado en un trabajo previo para analizar la sensibilidad de género en los planes de salud. Los contenidos introductorios del plan fueron designados como contenidos simbólicos y las propuestas de estrategias y medidas específicas para los problemas de salud mental como sensibilidad operativa.

Resultados: En general la sensibilidad a las inequidades de género en las políticas formuladas en los planes es baja. Se observa una tendencia a una mayor sensibilidad simbólica cuanto más reciente es la implantación del Plan de Salud Mental, pero en cambio la sensibilidad operativa es escasa ó nula en gran parte de los planes de las diferentes CCAA. La formación en torno a diferencias de género en salud mental no se ve reflejada en ninguno de los 17 planes revisados.

Conclusiones: El estudio muestra que los planes de SM prestan poca atención a las desigualdades de género a la hora de su formulación, por lo que las autoridades locales y nacionales deben priorizar su inclusión en la agenda política. Los datos existentes sobre carga familiar y necesidades en España son parciales. No obstante las diferentes fuentes apuntan en la misma dirección: un alto porcentaje de la atención y cuidados se llevan a cabo en el entorno familiar, sobre todo por parte de las mujeres, sin la suficiente dotación de sistemas de apoyo. El no contemplar medidas que faciliten la incorporación de otros familiares a los servicios, dificulta un reparto más equitativo de la carga, refuerza el rol tradicional de la mujer e impide que otros familiares puedan prestar cuidados en el futuro, lo que puede suponer un riesgo para la permanencia del paciente en la comunidad.

O-233. ANÁLISIS DEL GASTO HOSPITALARIO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

J.L. Navarro Espigares, E. Hernández Torres, C. López López, et al
Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: Actualmente las políticas de promoción y protección de la salud reconocen la necesidad de adaptar la prestación de servicios a las características de cada sexo, lo que implica impulsar la aplicación de medidas que permitan la atención específica a las necesidades sanitarias según género. Este trabajo aborda el análisis en clave de género de la asignación de recursos realizada en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, derivada de la prestación de servicios sanitarios hospitalarios.

Métodos: Estudio descriptivo transversal del coste por proceso en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves en el año 2006. Variables consideradas: Edad, sexo, procedencia geográfica, tipo de proceso, especialidad, días de estancia y coste económico. El cálculo de costes se basa en la agrupación de los episodios en GRD. La fuente de datos fue el Conjunto Mínimo Básico de Datos de hospitalización (CMBD-H) y de intervenciones ambulatorias (CMBD-CMA). Se realizó un análisis descriptivo de las variables y se comprobó si existen diferencias significativas en las mismas según género. Para el análisis de datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: En el año 2006 se registraron en el HUVN un total de 45.981 episodios (10.778 ambulatorios y 35.203 con ingreso). Aunque el 55,62% de episodios se realizaron a mujeres, éstos suponen el 47% del coste total. Se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en todas las variables analizadas. La estancia media y el coste por proceso son mayores en hombres que en mujeres. Los resultados obtenidos tras excluir los servicios específicos de algunos de los sexos confirman la existencia de diferencias entre sexos.

Conclusiones: El programa presupuestario de Atención Sanitaria en el ámbito hospitalario es un programa sensible y relevante desde la perspectiva de género pues, a pesar de que los valores poblacionales para las mujeres son superiores a los de los hombres y de que estos últimos muestran una menor frecuentación en la utilización de los servicios sanitarios hospitalarios, el coste medio unitario por episodio es mayor que el de las mujeres, lo que les lleva a concentrar el 53% de los recursos totales. Falta por contrastar si dichas diferencias son el reflejo de desigualdades reales en las necesidades de atención sanitaria entre ambos colectivos.

O-234. DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO PARA TENER EN CUENTA LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

R. Rico, E. Aldasoro, M. Calvo, F. Salcedo, M. Barandiaran, E. Reviriego, M. López-Argumedo, A. Arcelay, U. Martín, et al

Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Osakidetza; Facultad de Sociología. UPV.

Antecedentes/Objetivos: La perspectiva de equidad pretende evitar cualquier tipo de injusticia o discriminación en la atención sanitaria. La equidad es una dimensión que tiene en cuenta las diferencias socioeconómicas, culturales, étnicas, y las existentes entre hombres y mujeres, que a su vez pueden interactuar con las anteriores en la producción de desigualdad. Trabajar con perspectiva de género significa tener en cuenta este último fenómeno. El objetivo de este trabajo es desarrollar un instrumento para detectar sesgos de género en las Guías de Práctica Clínica (GPC) y en la evidencia científica en la que se basan.

Métodos: Se elaboró un cuestionario sobre la importancia de tener en cuenta la equidad y en particular la de género en las GPC. Se dirigió a profesionales que habían formado parte en grupos de elaboración de GPC en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Se realizó una

búsqueda sistemática sobre los criterios utilizados en biomedicina para identificar sesgos de género en GPC. Se llevaron a cabo talleres formativos y de discusión de los criterios identificados en la literatura para desarrollar un instrumento adaptado a la metodología de elaboración de GPC en el SNS.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 77% en mujeres y 67% en hombres. Se encontró un alto grado de acuerdo en considerar los factores sociales como causa de inequidad en salud y en el desarrollo de GPC de alta calidad. Las mujeres mostraban un mayor grado de acuerdo en tener en cuenta las diferencias por razón de sexo y de género en la elaboración de GPC y en la evaluación de su impacto. No se observaron discrepancias en la implementación. Un 72% de mujeres y un 61% de hombres estaban de acuerdo con disponer de una herramienta que facilite la incorporación de la perspectiva de género. Como resultado de la búsqueda de literatura se encontraron dos propuestas que específicamente se dirigían a evaluar la equidad y detectar sesgos de género en GPC y otra sobre el marco conceptual para una investigación libre de sesgos (Bias Free Framework). Este modelo considera tres fuentes de sesgos: el mantenimiento de la jerarquía existente, el fallo en la identificación de las diferencias existentes y el uso de estereotipos que perpetúan las diferencias. En base a este modelo se ha desarrollado un listado de 24 cuestiones distribuidas en seis etapas de elaboración de GPC.

Conclusiones: Este instrumento para detectar sesgos de género en GPC responde a una necesidad sentida por profesionales con experiencia. Para facilitar su utilización es necesario un entrenamiento específico basado en la formación y en la reflexión sobre el género como determinante de la salud.

Financiación. Ayudas Investigación Dep San. Gob Vasco (200411085).

O-235. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

C. Tomás Aznar, M.D. Ariño Martín, T. Yago Simón, M. Eguiluz López, M.L. Samitier Lerendegui, T. Oliveros Briz, G. Palacio Gavín, M.R. Magallón Botaya, et al

REDIAPP (06/018); Centro de Salud Arrabal; Centro de Salud Calatayud; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Centro de Salud San Pablo; Escuela de Ciencias de la Salud; Centro de Salud Oliver.

Antecedentes/Objetivos: La investigación en salud con perspectiva de género es la encargada de señalar e intentar solventar la ausencia de datos indispensables para el conocimiento del estado de salud de las mujeres, además de denunciar los sesgos producidos en el conocimiento científico que sólo ha sido basado en población masculina. Nuestra hipótesis es que la perspectiva de género no es incluida en las diferentes etapas de la investigación, lo que repercute de manera negativa en la salud de las mujeres. 1. Elaborar un protocolo que permita evaluar si la perspectiva de género se encuentra presente en las distintas fases de los proyectos de investigación. 2. Elaborar propuestas de formación específicas en este ámbito.

Métodos: Diseño observacional y descriptivo. Fase exploratoria: revisión bibliográfica exhaustiva; elaboración de documento previo de trabajo a cargo del grupo investigador. Sobre este documento y con metodología cualitativa, han trabajado un Panel de Expertas, seleccionadas a nivel nacional, en reunión presencial en mayo de 2008. Transcripción de datos mediante programa informático de análisis textuales ATLAS.ti. Propuesta de protocolo definitiva. Fase de comprobación de su aplicabilidad en base a su utilización en los proyectos de investigación adscritos a un Instituto de Investigación.

Resultados: Se han leído y revisado más de 100 documentos y publicaciones relativas a la investigación desde la perspectiva de género. No se ha encontrado en ninguno de ellos un protocolo de evaluación que contenga perspectiva de género en todas las fases de evaluación.

Con este material y el aportado por el Panel de Expertas, se ha elaborado una propuesta justificada de ampliación de los protocolos habituales de evaluación de proyectos, con cuestiones a tener en cuenta por los evaluadores de los mismos, para que se valore la perspectiva de género en todas las fases de un proyecto. Se ha elaborado igualmente un glosario de términos específico y se preparan actividades formativas y de difusión de los resultados de este estudio.

Conclusiones: 1. La perspectiva de género no se incluye de manera normalizada en las distintas fases de un protocolo de evaluación de proyectos. 2. La presentación de esta propuesta de protocolo corrige este déficit y aporta al conocimiento científico una nueva herramienta que disminuya las desigualdades de género en el campo de la investigación.

Financiación. Ayudas a proyectos de Evaluación de Tecnologías del Instituto Carlos III. MD07/00215.

O-236. GUÍA METODOLÓGICA PARA INTEGRAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PLANES INTEGRALES DE SALUD

M. Amo Alfonso, et al

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

Antecedentes/Objetivos: Los Planes Integrales de Salud (PII) plantean una metodología de abordaje de determinados problemas de salud a través de estrategias globales que, con criterios de equidad, calidad y eficiencia, integran las intervenciones más adecuadas sobre todos aquellos aspectos de importancia en el manejo de dichos problemas, desde aspectos preventivos y asistenciales hasta formativos, de investigación u otros. Según las directrices de la OMS y del III Plan Andaluz de Salud, un requisito para alcanzar la equidad en salud es introducir la Perspectiva de Género (PG). Esto supone reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud de mujeres y hombres (y también en sus necesidades de intervención) que trascienden las causas biológicas y que son debidas a factores construidos socialmente. Con este trabajo se pretende suministrar una herramienta metodológica a profesionales y personas implicadas en la elaboración y desarrollo de PII que facilite la incorporación de la PG de forma transversal.

Métodos: 1) Búsqueda documental y priorización de documentos procedentes de publicaciones de orientación feminista y/o elaborados por instituciones u organismos nacionales e internacionales involucrados con el mainstreaming de género. 2) Elaboración preliminar de recomendaciones a partir de aquellas que se identificaron como comunes en varios documentos o que eran ampliamente reconocidas en distintos ámbitos relacionados con el mainstreaming de género y que se adaptaban mejor al formato y necesidades de los PII. 3) Elaboración de las recomendaciones definitivas con las aportaciones de profesionales con experiencia en los ámbitos del género y la salud y de los PII.

Resultados: Elaboración de una guía metodológica de orientación práctica para elaborar e implantar PII con PG, que incluye recomendaciones concretas relacionadas con: equipos de trabajo, redacción de documentos (lenguaje e imágenes), análisis de situación (análisis epidemiológico, de recursos de expectativas), formulación de objetivos y de líneas de acción (comunicación, promoción de salud, prevención, detección precoz, asistencia sanitaria, adecuación de recursos, participación ciudadana, formación, investigación, calidad, sistemas de información y evaluación).

Conclusiones: Además de contar con el compromiso político explícito y la aportación de los recursos y medios necesarios para poder llevarlo a cabo, otra condición necesaria para incorporar la PG es contar con profesionales conscientes de su necesidad de aplicación y con formación para realizarla. Esta herramienta resulta de utilidad para ayudar a los colectivos profesionales involucrados.

COMUNICACIONES ORALES XXXVII

Jueves, 5 de marzo de 2009. 16:00 a 17:30 h

Infancia y medio ambiente

O-237. NIVELES DE COMPUESTOS ORGÁNICOS VOLÁTILES EN LOS DOMICILIOS DE EMBARAZADAS DE VALENCIA Y SABADELL. PROYECTO INMA

S. Llop, F. Ballester, I. Aguilera, M. Estarlich, J. Sunyer, A. Esplugues, C. Iñiguez, R. Fernández-Patier, et al

Escola Valenciana d'Estudis en Salut (EVES); CIBERESP; Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL); Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La exposición a Compuestos Orgánicos Volátiles (COV) puede representar un riesgo para la salud. El embarazo es un periodo crítico debido a que los fetos, en comparación con los adultos, son más vulnerables a la exposición de tóxicos ambientales. El objetivo de este estudio es describir la exposición exterior (E), interior (I) y personal (P) a Benceno (B), Tolueno (T), Etilbenceno (Et), o-Xileno (oX) y mp-Xileno (mpX) en embarazadas de Valencia y Sabadell.

Métodos: La población de estudio es una submuestra de embarazadas pertenecientes a las cohortes del proyecto INMA de Valencia (n: 50) y Sabadell (n: 57). Las submuestras de ambas cohortes fueron seleccionadas siguiendo criterios geográficos y poblacionales con el fin de obtener una adecuada representación. Se instalaron captadores pasivos durante 48 horas en el exterior e interior de los domicilios, así como personales. Tras las 48 horas las mujeres cumplimentaron un cuestionario sobre las actividades realizadas durante este tiempo. Durante el embarazo, las mujeres cumplimentaron otros dos cuestionarios, de donde se obtuvo información sociodemográfica y ambiental. Se realizó un análisis descriptivo de los niveles de estos compuestos, estratificando por su lugar de residencia. Se calculó los coeficientes de correlación de Spearman entre los niveles exteriores, interiores y personales de cada compuesto.

Resultados: Las medianas de los niveles de B en Valencia (E: 1,39; I: 2,40; P: 3,05 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) fueron más altas que en Sabadell (E: 0,01; I: 0,32; P: 1,01 $\mu\text{g}/\text{m}^3$). Se encontró el mismo patrón para el resto de los contaminantes, excepto para el T, cuyos niveles fueron similares en ambas ciudades. Los niveles personales resultaron ser más altos que los interiores, y éstos más altos que los exteriores. Las correlaciones entre los niveles E, I y P de los cinco contaminantes resultaron ser positivas y significativas. La mejor correlación fue hallada entre los niveles personales de mpX y Et (0,896; $p < 0,01$).

Conclusiones: Los niveles personales fueron más altos que los niveles interiores y exteriores. Los niveles de COV encontrados en Valencia y en Sabadell son inferiores a los encontrados en otros estudios ya publicados. Es el primer estudio realizado en España donde se describe los niveles exteriores, interiores y personales de estos compuestos en población vulnerable como son las mujeres embarazadas.

Financiación. G03/176, FIS-FEDER: 03/1615, 04/1112, 04/1509 y 06/1213, Conselleria de Sanitat: p024/2007 y p021/2008.

O-238. DETERMINANTES DE DIÓXIDO DE NITRÓGENO (NO₂) INTERIOR Y EXTERIOR EN DOMICILIOS DE NIÑOS DE 1 AÑO DE LA COHORTE INMA VALENCIA

A. Esplugues, M. Estarlich, C. Iñiguez, S. Llop, E. Mantilla, F. Ballester, et al

EVES, Valencia; CIBERESP; CEAM, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Los niños pequeños son especialmente vulnerables a los efectos de la contaminación atmosférica. El dióxido

de nitrógeno es uno de los contaminantes atmosféricos más estudiados. En el exterior está relacionado con el tráfico mientras que en el interior la producción de NO₂ está relacionada con el uso de aparatos de gas. Este estudio examina la concentración de NO₂ y la contribución de sus determinantes más importantes.

Métodos: La población son 360 niños de 1 año de la cohorte INMA-Valencia. El área de estudio consta de 4 zonas diferenciadas: urbana (U), metropolitana (M), semiurbana (SU) y rural (R). En los domicilios estudiados se instalaron captadores pasivos de NO₂ durante dos semanas, tanto en el interior como en el exterior. Los valores exteriores se han corregido estacionalmente. Además se recogieron variables de exposición ambiental mediante un cuestionario y también provenientes de sistemas de información geográfica. Con las variables recogidas se realizaron modelos de regresión logística múltiple.

Resultados: Las concentraciones de NO₂ exteriores fueron superiores que las interiores, siendo las medianas (P10-90) 26,2 (9,6-45,9) y 18 (7,5-34,6) µg/m³ respectivamente (p < 0,01). En el análisis de regresión múltiple se obtuvo como principales determinantes de la concentración exterior el tipo de zona, la frecuencia de vehículos, la altura de la vivienda, la distancia a una calle con más de 50.000 vehículos diarios y el porcentaje de suelo urbano. Para el interior los determinantes son la estación del año en la que se realizaron las mediciones, el país de origen, la zona del municipio, la concentración de NO₂ exterior, ventana del comedor interior o exterior, el tipo de cocina y la calefacción. Estos determinantes pueden explicar el 45% de la variación de la concentración exterior y el 59% de la interior.

Conclusiones: Los resultados muestran que en el 19,8% las concentraciones de NO₂ en el exterior de las viviendas de los niños fueron superiores a 40 µg/m³, límite promedio anual fijado en la legislación vigente. La concentración exterior determina la mitad de la interior, lo cual indica la importancia de las medidas de control de estos niveles. Además, los resultados podrían ser tenidos en cuenta al promover la salud en relación a estilos de vida domésticos.

Financiación. G03/176, CIBERESP, FIS-FEDER: 03/1615, 04/1112, 04/1509 y 06/1213.

O-239. EXPOSICIÓN A CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA DURANTE EL EMBARAZO Y TAMAÑO DEL RECIÉN NACIDO EN LA COHORTE INMA VALENCIA

F. Ballester, M. Estarlich, C. Iñíguez, S. Llop, R. Ramón, A. Esplugues, M. Rebagliato, et al

EVES; CSISP; CIBERESP; UMH.

Antecedentes/Objetivos: La exposición a contaminación atmosférica durante el embarazo puede representar un compromiso para el crecimiento fetal. El objetivo del estudio es evaluar la asociación de la exposición a contaminación atmosférica de las embarazadas en el estudio INMA en Valencia con el tamaño al nacimiento de sus hijos.

Métodos: La población a estudio son 785 mujeres de la cohorte INMA Valencia y sus hijos recién nacidos en 2004-06. Utilizando técnicas de geoestadística (kriging, regresión de sus del suelo) se obtuvo la predicción de niveles de NO₂ para cada punto del área. A partir de las coordenadas georeferenciadas de la residencia de cada mujer y de la información temporal de niveles de NO₂ de las estaciones de la Red de Calidad del Aire se asignó un estimador de exposición individual a cada mujer correspondiente al periodo de su embarazo. Con el fin de examinar ventanas de susceptibilidad se construyó también un estimador de exposición en cada uno de los trimestres de embarazo de cada mujer. Las variables a estudio fueron el peso y la talla al nacimiento ajustadas para edad gestacional en cada uno de los sexos. Se definió pequeño para edad gestacional (PEG) a los niños cuyo peso o talla se situó por debajo del percentil 10 de tablas poblacionales españolas. La asociación de la exposición a NO₂ con las medidas en continuo se analizó mediante regresión lineal simple y mediante re-

gresión logística para las medidas de PEG. Se controló por las características familiares y exposiciones de la madre relacionadas con el tamaño al nacimiento.

Resultados: El promedio de los niveles de exposición individual fue de NO₂ 36,8 µg/m³. El 43% de las mujeres desarrollaron su embarazo en un ambiente con niveles de NO₂ exterior superiores a 40 µg/m³ (valor límite anual en la Unión Europea). La exposición a NO₂ durante el primer trimestre de embarazo aparece asociada más negativamente a las variables de peso y talla, aunque no alcanzó la significación estadística. La exposición a niveles por encima de 40 µg/m³ durante el primer trimestre de embarazo se asoció con una disminución de la talla al nacer de 0,13 cm (IC 95%: 0,01-0,26).

Conclusiones: Un porcentaje importante de mujeres embarazadas están expuestas a niveles por encima de los contemplados en la legislación. Los resultados sugieren una asociación entre la exposición a contaminación atmosférica durante el embarazo y el crecimiento fetal. Las exposiciones tempranas parecen jugar un papel más relevante.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III (G03/176), FIS-FEDER 03/1615, 04/1509, 04/1112 y 06/1213.

O-240. EXPOSICIÓN AMBIENTAL A METALES PESADOS Y TOXICIDAD NEUROCONDUCTUAL EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS. UN ESTUDIO EXPLORATIVO

R. Capelo, J. Alguacil, D. Rohlman, V. Navarro, M. Contreras, J. Anglada, M. González, F. Navarro, B. Pérez, et al

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

Antecedentes/Objetivos: Contaminantes industriales como el plomo, metilmercurio y arsénico son causas reconocidas de toxicidad neuroconductual (autismo, hiperactividad, déficit de atención, dificultad en el aprendizaje y retraso mental). Los niños son más vulnerables a dichas exposiciones debido a que sus mecanismos de desintoxicación y muchas funciones complejas del sistema nervioso central aun están desarrollándose. El objetivo del presente estudio fue explorar si existen diferencias en la función neuroconductual de niños residentes en áreas geográficas con diferente exposición ambiental a metales pesados.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal. Se reclutaron 30 niños y 30 niñas nativos españoles de entre 9 y 11 años de edad y escolarizados en colegios públicos de diferentes poblaciones de la provincia de Huelva en las que existe contaminación ambiental potencial por metales pesados. Los niños se emparejaron por edad (± 4 meses) y sexo con 15 niños y 15 niñas de otras provincias andaluzas (Sevilla y Jaén). La neurotoxicidad se evaluó mediante una batería de seis pruebas que forman parte de la versión en español del test BARS (Behavioral Assessment and Research System). Las funciones evaluadas con cada prueba fueron velocidad de respuesta y coordinación, función mental compleja, aprendizaje y memoria, atención y memoria, atención sostenida, y velocidad de respuesta. La asociación entre residir en una población onubense potencialmente contaminada por metales pesados y cada una de las funciones mentales evaluadas se realizó mediante un análisis de regresión lineal ajustado por edad y sexo. Las medias se compararon mediante el test t de Student.

Resultados: No se encontraron diferencias en las pruebas de evaluación del desarrollo neuroconductual entre los niños escolarizados en poblaciones onubenses potencialmente contaminadas por metales pesados y los niños escolarizados en otras provincias sin dicha contaminación. Si bien los niños escolarizados en zonas potencialmente contaminadas presentaron una velocidad de respuesta más lenta (427 mseg) en la prueba de reacción simple que el resto de niños (408 mseg; p = 0,171); el tiempo de latencia en la prueba de

atención sostenida fue mayor en los niños no expuestos (382 mseg) que en los expuestos (348 mseg; $p = 0,013$).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que no existen diferencias en las pruebas de evaluación de toxicidad neuroconductual entre niños escolarizados en poblaciones con exposición ambiental potencial a metales pesados y los niños escolarizados en otras poblaciones.

Financiación. Universidad de Huelva; CIBERESP.

O-241. EXPOSICIÓN A CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA EN GRANADA (SURESTE PENINSULAR) Y DESARROLLO COGNITIVO INFANTIL

C. Freire, R. Ramos, R. Puertas, M.J. López-Espinosa, M.F. Fernández, L.D. Rosado, N. Olea, et al

Hospital Universitario San Cecilio, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Un gran número de estudios han demostrado la asociación de la exposición a contaminación atmosférica por partículas, principalmente derivada del tráfico, con problemas cardiorrespiratorios en niños y en adultos, pero la evidencia de su posible efecto neurotóxico es escasa. La concentración de NO_2 en ambientes exteriores es un indicador aceptado de la contaminación relacionada con tráfico, ya que existe una buena correlación entre NO_2 y otros componentes de las emisiones de los vehículos. El objetivo de este estudio es investigar la asociación entre exposición a NO_2 y desarrollo cognitivo en niños de la provincia de Granada, en el contexto de la red Infancia y Medio Ambiente (INMA).

Métodos: Se realizó el seguimiento de la cohorte de niños INMA-Granada a los 4 años de edad, durante el periodo 2005-2006. Se recogió la información necesaria para el análisis de 210 niños, que residían zonas tanto urbanas como rurales. La exposición a NO_2 fue estimada mediante modelos Land Use Regression (LUR). Se usó una versión estandarizada del test McCarthy Scales of Children's Abilities (MSCA) para evaluar las habilidades cognitivas y motoras de los niños. Mediante análisis multivariante se evaluó la relación entre la exposición a NO_2 y las puntuaciones del MSCA, ajustando por las posibles variables confusoras.

Resultados: Se observó un efecto negativo de la exposición a NO_2 en todas las sub-escalas del test MSCA después de ajustar por las variables físicas del niño, y las características sociodemográficas y psicológicas de los padres, a pesar de que los niveles estimados de exposición fueron bajos ($5\text{-}36 \mu\text{g}/\text{m}^3$). La exposición a concentraciones más altas de NO_2 ($> 24,75 \mu\text{g}/\text{m}^3$) resultó asociada con una disminución de 4,19 puntos en el índice general cognitivo, y disminuciones de 6,71, 7,37 y 8,61 puntos en las áreas cuantitativa, memoria de trabajo y motora gruesa, respectivamente. Excepto para la función motora gruesa ($p \leq 0,10$), las asociaciones no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: Aunque las asociaciones no alcanzaron la significación estadística en algunos parámetros, la magnitud de las asociaciones entre la exposición a NO_2 y las funciones cognitivas es considera-

ble, lo que sugiere que la contaminación atmosférica de tipo urbano puede afectar adversamente al neurodesarrollo, especialmente en los primeros años de vida, incluso a niveles de contaminación moderados. Se sugiere, por tanto, la necesidad de su incorporación en los Programas de Monitorización.

O-242. ASISTENCIA A PISCINAS Y SALUD RESPIRATORIA EN NIÑOS

L. Font-Ribera, C.M. Villanueva, J.P. Zock, M.J. Nieuwenhuijsen, D. Heederik, M. Kogevinas, et al

Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL), Barcelona; IMIM-CIBERESP; Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS), Utrecht.

Antecedentes/Objetivos: El ambiente de las piscinas es irritante debido a la presencia de cloro y subproductos de la cloración, especialmente de la tricloramina en el aire. Algunos estudios en Bélgica sugieren que la asistencia a piscinas incrementa el riesgo de padecer asma en niños, pero los resultados no son concluyentes. Este tema es relevante, especialmente en España donde la asistencia a piscinas es muy común. El objetivo del estudio es evaluar la asociación entre la asistencia a piscinas y la presencia de síntomas respiratorios y alérgicos en niños.

Métodos: La población de estudio fueron los niños de 4ª a 6ª de primaria (9-12 años) de Sabadell (Barcelona). Mediante un cuestionario cumplimentado por los padres obtuvimos información sobre asistencia a piscinas cubiertas y descubiertas actualmente y desde el nacimiento, síntomas respiratorios en los últimos 12 meses (sibilancias, medicación para el asma, rinitis y rinitis alérgica) y asma y eczema alguna vez en la vida. La edad, el IMC, otra actividad física y el asma y nivel educativo de los padres se recogió como variables confusoras. Para evitar causalidad inversa se preguntó si la asistencia a la piscina se debía a motivos de salud y los niños que respondieron afirmativamente fueron excluidos del análisis. Se calcularon los odds ratio (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95% de tener síntomas respiratorios asociados con índices de asistencia a la piscina, ajustando por factores de confusión. La tasa de respuesta fue del 58% ($N = 3.201$).

Resultados: El 56,2% de los niños empezó a ir a la piscina antes de los 4 años. La asistencia a piscinas no se asoció con asma alguna vez en la vida, tampoco entre los niños con eczema. Por el contrario, la asistencia a piscinas tiende a disminuir la prevalencia de asma actual, rinitis y rinitis alérgica. Los niños que asistieron a piscinas antes de los 2 años tienen una OR de tener rinitis alérgica actualmente de 0,68 ($\text{IC}_{95\%} = 0,48\text{-}0,95$). Hemos encontrado un aumento de riesgo de eczema alguna vez ($\text{OR} = 1,66$; $\text{IC}_{95\%} = 1,33\text{-}2,07$, entre las categorías de más y menos exposición).

Conclusiones: La asistencia a la piscina no se asoció con asma alguna vez, sino con menos síntomas respiratorios actualmente y con más eczema. El beneficio de la actividad física podría contrarrestar en parte la exposición al ambiente irritante de las piscinas sobre la salud respiratoria de los niños. Serían necesarios estudios longitudinales para asegurar que se evita la causalidad inversa.