

## EDUCACIÓN Y CUIDADOS DE LA SALUD

Viernes 7 de octubre de 2011. 19:00 a 20:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

*Modera: Elia Díez*

---

### 158. TIEMPO DEDICADO AL CUIDADO INFORMAL Y ESTADO DE SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

E. Masanet<sup>a</sup>, D. La Parra<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Instituto Universitario de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES); <sup>b</sup>Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz (IUDESP), Universidad de Alicante.

**Antecedentes/Objetivos:** La salud mental de las personas cuidadoras se ve perjudicada por las tareas de cuidado. En este sentido, son necesarios estudios que exploren la influencia de diversas variables en la asociación entre cuidado informal y salud mental. Los objetivos de esta comunicación son: 1) analizar los efectos del tiempo dedicado al cuidado informal en la salud mental de las personas cuidadoras, mujeres y hombres, según el tipo de personas dependientes destinatarias de los cuidados (menores de 15 años, personas mayores de 74 años y personas adultas con discapacidad), y 2) examinar el papel que tiene la variable apoyo social funcional en la relación entre tiempo dedicado al cuidado y salud mental.

**Métodos:** Estudio transversal. Fuente de información: Encuesta Nacional de Salud 2006 de España, muestra de 29.478 personas adultas de 16 y más años. Variables estudiadas: estado de salud mental (GHQ-12), número de horas de cuidado, edad, clase social del hogar y apoyo social funcional (Duke-UNC). Se realizó análisis de regresión logística multivariable para determinar la probabilidad de contar con mala salud mental según horas de cuidado, ajustado por edad, clase social del hogar y apoyo social funcional.

**Resultados:** Las mujeres presentan peor salud mental a partir de 97 horas semanales en el cuidado a menores (OR = 1,372), de 25 horas semanales en el cuidado a personas mayores de 74 años (OR = 1,602 entre 25 y 48 horas; OR = 1,467 entre 49 y 96 horas; OR = 1,874 entre 97 y 168 horas) y cuando dedican alguna hora al cuidado de personas adultas con discapacidad (OR = 1,996 entre 0 y 24 horas; OR = 2,507 entre 25 y 48 horas; OR = 3,016 entre 49 y 96 horas; OR = 1,651 entre 97 y 168 horas). Los varones muestran deterioro de la salud psicológica cuando dedican un elevado número de horas al cuidado de personas mayores de 74 años (OR = 2,810 con dedicaciones mayores a las 97 horas semanales) y personas con discapacidad (OR = 3,411 más de 97 horas de cuidado) y cuando dedican pocas horas al cuidado de menores (OR = 1,595 menos de 24 horas semanales). La inserción de la variable apoyo social funcional en el modelo multivariable no produce variaciones importantes en la asociación entre mala salud mental y carga horaria de cuidado informal.

**Conclusiones:** El efecto del número de horas de cuidado en la salud mental de las personas cuidadoras está influido por el tipo de persona dependiente y por el sexo de la persona cuidadora. Se verifica el reducido papel que cumple el apoyo social en la salud psíquica de las personas cuidadoras cuando ejercen un elevado número de horas de cuidado.

Financiación: Proyecto MD07/00109, Instituto de Salud Carlos III, año 2008.

## 164. VARIABLES ASOCIADAS AL USO DE SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL POR POBLACIÓN PREESCOLAR RESIDENTE EN ESPAÑA

L. Barriuso Lapresa<sup>a</sup>, B. Sanz Barbero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Región de Murcia; <sup>b</sup>Escuela Nacional de Sanidad-ISCIII, Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** La salud bucodental es parte fundamental de la salud infantil desde la erupción de las primeras piezas dentales. Los niños, y especialmente los más pequeños, se caracterizan por ser muy dependientes de terceras personas para su cuidado así como por ser individuos en pleno desarrollo y adquisición de funciones y hábitos. El Sistema Nacional de Salud contempla en su cartera de servicios a la edad infantil como destinataria de una atención dental específica a pesar de lo cual las prestaciones en la edad preescolar son muy escasas. **Objetivos:** Analizar variables asociadas a la utilización de los servicios de salud bucodental por la población de 2 a 5 años residente en España.

**Métodos:** Estudio transversal de la Encuesta Nacional de Salud (2006). La muestra ponderada está constituida por 2.172 niños de 2 a 5 años residentes en España. Variable dependiente: haber acudido alguna vez en la vida a los servicios dentales. Variables independientes: sociodemográficas, enfermedad dental auto referida, hábitos de salud, indicadores socioeconómicos y comunidad autónoma de residencia. Estimación de la asociación mediante regresión logística multivariante.

**Resultados:** El 20,73% de los niños de 2 a 5 años residentes en España refiere haber acudido alguna vez en su vida a los servicios dentales. Las variables asociadas a una mayor probabilidad de uso son la edad del niño (OR: 1,88; IC 95%, 1,53-2,31), un mayor nivel socioeconómico familiar medido a través de los estudios maternos (OR: 1,62; IC 95%, 1,13-2,32) y la clase social, una mayor frecuencia de cepillado dental diario y una mala salud dental auto referida medida a través de la presencia de caries (OR: 2,60; IC 95%, 1,22-5,51) así como por la percepción de no tener dientes sanos.

**Conclusiones:** El uso de los servicios de salud bucodental por la población preescolar residente en España es claramente insuficiente y se aleja de las recomendaciones científicas. Hace falta intensificar los esfuerzos en la promoción del hábito saludable de visitar periódicamente al dentista desde la erupción de la dentición temporal. Dichos esfuerzos han de ser más intensos en los grupos de menor nivel socioeconómico.

Financiación: Proyecto FIS PI 080306.

## 190. CAMBIOS EN LA CULTURA DE SEGURIDAD EN PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL REGIONAL

M.M. Rodríguez del Águila, M.A. Fernández Sierra, M.J. Molina Rueda, S. Martínez Diz, M. di Martino

UGC Medicina Preventiva, Vigilancia y Salud Pública, Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

**Antecedentes/Objetivos:** Una cultura de seguridad surge como resultado de un esfuerzo concertado de organización para mover todos los elementos culturales hacia el objetivo de la seguridad, incluyendo los miembros de la organización, sus sistemas y actividades laborales. Entre los elementos que apoyan una cultura de seguridad sanitaria se encuentran: un compromiso generalizado con la seguridad de los pacientes, una comunicación abierta, un ambiente libre de culpa y la importancia de la seguridad en el diseño de la prevención de futuros errores. El objetivo fue determinar los cambios sobre cultura de seguridad en pacientes experimentados en un hospital regional en dos periodos (2007 vs 2010).

**Métodos:** Se realizó un estudio consistente en dos encuestas transversales realizadas en 2007 y 2010 a profesionales sanitarios del Hos-

pital Virgen de las Nieves de Granada. El cuestionario utilizado (validado por la AHRQ) consta de 42 preguntas agrupadas en 12 dimensiones evaluando desde la percepción global de seguridad, frecuencia de notificación de sucesos y comunicación y *feedback* sobre errores, entre otras. Se seleccionaron al azar enfermeras y médicos de diferentes servicios del hospital en cada periodo. Se aplicó el test de Chi-cuadrado para la comparación de ambos años.

**Resultados:** Se evaluó un total de 94 cuestionarios, 50 del primer periodo y 44 del segundo. Tanto la distribución de médicos y enfermeras como el tiempo trabajado en el centro fueron similares en ambos años. En la comparativa de las 12 dimensiones en 2007 vs 2010 se obtuvieron diferencias para las dimensiones n.º 2 (frecuencia de notificación de sucesos, 47,2 vs 33,3%;  $p < 0,05$ ), n.º 6 (comunicación franca y abierta en la unidad/servicio/centro, 63,3 vs 47,7%;  $p < 0,01$ ) y n.º 7 (comunicación y *feedback* sobre errores, 53,3 vs 33,1%;  $p < 0,001$ ). Las tres dimensiones arrojaron resultados inferiores para 2010 de forma más acusada en dos de los ítems que las forman. Cabe destacar un incremento en las dimensiones n.º 1 (percepciones globales de seguridad, 45,2 vs 52,0%) y n.º 4 (aprendizaje organizacional-mejora continua, 52,6 vs 61,8%), aunque sin resultados significativos.

**Conclusiones:** A partir de la reducida muestra analizada se observa una disminución en las dimensiones de cultura de seguridad relativas a la notificación y comunicación, aunque aumenta la percepción global de seguridad. Es necesario fomentar una mayor conciencia de notificación incidiendo en su carácter no punitivo y en la retroalimentación de los eventos adversos notificados.

Financiación: ISCIII (código 07/0678).

## 224. ESTRATEGIAS DOCENTES DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

M.A. Velandia Mora<sup>a</sup>, M. Rizo B.<sup>a</sup>, A.L. Velandia M.<sup>b</sup>, E. Cortés Castell<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Enfermería, Universidad de Alicante; <sup>b</sup>Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; <sup>c</sup>Pediatría, Universidad Miguel Hernández.

**Antecedentes/Objetivos:** Surge de necesidades de alumnos y profesores en materno-infantil de formación en sexualidad y salud sexual y reproductiva (S/SS/SR); ha culminado con excelentes resultados académicos para el alumnado y una tesis doctoral. Motivado en nuevas demandas a profesionales de enfermería comunitaria y escolar, como responsables del cuidado de niños-adolescentes (N&A), en los centros de salud, colegios e institutos. **Objetivos:** Investigar propuestas formativas con modelos didácticos que capaciten lógicamente, operativa y emocionalmente a las/los estudiantes de enfermería para el servicio asistencial orientado a adolescentes; formar estudiantes a partir de necesidades sobre S/SS/SR y responsabilizarse de consulta enfermera de N&A; apoyar a la enfermería en conseguir autonomía y control de la práctica profesional.

**Métodos:** Estudio cuanti-cualitativo etnográfica didáctico descriptivo transversal. Desde encuestas se analizaron necesidades formativas; con entrevistas grupales se triangularon resultados y organizó paquete bibliográfico para consulta virtual. Se escogieron herramientas y se diseñó guía didáctica que privilegia educación basada en problemas, *role-play*, trabajo en equipo, evaluación continua, auto y heteroevaluación y mejoramiento continuo. Análisis sistémico por reflexividad y triangulación.

**Resultados:** Estrategia educativa basada en competencias a partir de tríada: aprendizaje basado en problemas, juego de roles y evaluación continua. Los alumnos valoran seminarios positivamente por métodos, dinámica participativa, ser teórico-prácticos, lúdicos, agradables y utilizar lenguaje sencillo y técnico, de gran utilidad para su vida profesional, se sienten comprometidos con prevención de ETS, embarazo adolescente y violencia de género. Potencia proceso de *counseling*.

**Conclusiones:** La clase teórica y el seminario práctico adaptados a demandas expresadas por las estudiantes responden a la necesidad de manejar situaciones prácticas para el abordaje de casos relacionados con los cuidados en S/SS/SR del N&A sobre cuestiones autopercebidas con menos preparación. El *rol-play* fundamentado en problemas y enfocado al aprendizaje de competencias psicoemocionales resulta atractivo, práctico y de fácil asimilación para el alumnado cuya edad está cercana a futuros adolescentes, para tratar cuidados específicos que por su complejidad (psicológica, emocional, cultural, social y antropológica), no suelen abordarse en el servicio asistencial enfermero orientado a N&A.

Financiación: BECA CEM Centro de Estudios sobre la Mujer de la UA, ayudas a la investigación, Curso 2008/2009.

### 326. GESTIÓN DE CASOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA GUÍA ASISTENCIAL DE ELA EN ANDALUCÍA

J.M. Aldana Espinal, C. Arispón García, N. Navaja Rodríguez de Mondelo, C. Paradas López, M.T. León Espinosa de los Monteros, C. Salamanca Rivera, A. González-Meneses López

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

**Antecedentes/Objetivos:** Es objetivo del Plan de Enfermedades Raras garantizar el acceso de las personas afectadas por ELA a una atención en condiciones de calidad y equidad, y dar respuesta a las necesidades expresadas por las personas afectadas y profesionales implicados en su atención. El grupo de trabajo para el desarrollo del itinerario clínico de ELA considera que, debido al curso de la enfermedad y su necesidad de cuidados, es muy importante la gestión de casos que realiza el profesional de enfermería, orientada a conocer necesidades del paciente, detectar problemas, diseñar planes de intervención y coordinar actividades de profesionales y afectados.

**Métodos:** Se diseñó un circuito de atención que se ha validado durante 3 años en un hospital de nivel 2. Incluía en su diseño estrategias para: 1. captar pacientes con diagnóstico ELA en el hospital (cliente externo); 2. potenciar la atención integral y coordinación de los profesionales (cliente interno), y 3. garantizar la continuidad de los cuidados.

**Resultados:** Durante este tiempo han sido atendidos en el modelo de este circuito 35 pacientes y sus familias. La experiencia se ha trasladado a la Guía Asistencial de ELA. Se ha diseñado un protocolo general que recoge el circuito de atención integral conocido. Se garantiza una atención homogénea para estos pacientes, pero flexible en la adaptación del itinerario clínico del paciente en cada hospital, según la estructura organizativa del centro (recepción según especialidades competentes, consultas diferenciadas o posibilidades informáticas y de telecomunicación). Las tareas que guían estas actuaciones son: captación de pacientes desde el ingreso y registro. Inclusión en programa de gestión de casos y circuito ELA. Valoración de enfermería y plan de cuidados (incluye identificación de problemas en la familia que comprometan la salud del paciente). Coordinación con la valoración médica y plan terapéutico. Informe de valoración integral. Supervisión del plan. Coordinación de consultas. Prioridad en pruebas complementarias, derivaciones y citas para acto único. Planificación y coordinación al alta. Información y formación individual y grupal a la familia. Previsión de los problemas de autonomía y comunicación.

**Conclusiones:** En esta patología, dada su fatal evolución y la necesidad de cuidados que requiere, hay que considerar la pertinencia de unidades menos especializadas y más enfocadas a cuidados y coordinación asistencial, y que éstas deben establecerse en todos los niveles hospitalarios. Las asociaciones de pacientes han valorado de manera muy positiva esta iniciativa.

### 406. ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS ACTUACIONES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ PARA PERSONAS CUIDADORAS

M. del Río<sup>a</sup>, M.M. García-Calvente<sup>a,b</sup>, J. Marcos<sup>b</sup>, A. Delgado<sup>a</sup>, E. Gonzalo<sup>a</sup>, G. Maroto<sup>a</sup>, I. Mateo<sup>a</sup>, E. Castaño<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública; <sup>b</sup>CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar la incorporación de la perspectiva de género en la planificación, ejecución y valoración de las actuaciones del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) dirigidas a cuidadoras/as informales.

**Métodos:** Estudio transversal sobre una muestra de responsables de servicios sanitarios dirigidos a personas cuidadoras. Se incluyeron todos los distritos de Atención Primaria (AP), hospitales (AE) y dispositivos de salud mental (DSM) del SSPA. 193 responsables de servicios (58% mujeres y 41% hombres) respondieron el cuestionario estructurado diseñado ad hoc. Se recogieron indicadores acerca de los procedimientos seguidos en la planificación, ejecución y valoración de las actuaciones. Se buscaron asociaciones entre variables de enfoque de género, como la orientación hacia la equidad de género, y variables de características del servicio, mediante Chi cuadrado.

**Resultados:** AP es el nivel con mayor sensibilidad de género al planificar las actuaciones dirigidas a personas cuidadoras, siendo el que en mayor porcentaje cuenta con un plan específico para cuidadores/as (el 87 frente al 24% en los DSM), parte de un análisis situacional (el 70 frente al 31% en los DSM), y dispone de datos elaborados (el 66 frente al 14% en los DSM) sobre esta población. AE se halla en una posición intermedia. En AP se atiende a las personas cuidadoras como clientes del sistema sanitario, mientras que en el resto de niveles se las considera más un recurso para atender a las personas dependientes, con el objetivo de que no abandonen el cuidado. En cualquier caso, en ninguno de los niveles se definen objetivos explícitos dirigidos a reducir las desigualdades de género en el cuidado informal. Las necesidades que los/as profesionales señalan como más específicas de las mujeres son la información sobre cómo cuidar su propia salud, la mejora del bienestar físico y emocional y la satisfacción con el rol de cuidadora. Las que opinan que son más específicas de los hombres son la formación en habilidades y ayuda para saber organizarse. Sin embargo, todos los tipos de actuaciones se ofrecen más a las mujeres que a los hombres, con la excepción de la oferta de servicios de respiro permanente, que se dirige más a ellos. En los mecanismos para evaluar las actuaciones, AP también es el nivel en una posición más favorable.

**Conclusiones:** Es necesaria una formación específica en equidad de género en profesionales del sistema sanitario para reducir las desigualdades de género y mejorar la salud y calidad de vida de quienes cuidan.

Palabras clave: Género. Cuidado informal. Atención sanitaria.

Financiación: Proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias.

### 433. DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE LA SALUD: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA EDAD 2008

M. del Río<sup>a</sup>, M.M. García-Calvente<sup>a,b</sup>, J. Marcos<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública; <sup>b</sup>CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar las desigualdades de género en el impacto de cuidar sobre el deterioro de la salud de las personas que lo ejercen.

**Métodos:** Estudio cuantitativo de ámbito nacional consistente en la explotación de datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía per-

sonal y Situaciones de Dependencia de 2008. La muestra estuvo compuesta de 7.512 cuidadores/as informales principales (74,39% de hombres y 25,61% de mujeres) de personas dependientes (con limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria). Se realizó un análisis descriptivo sobre las características del cuidado que realizan mujeres y hombres (horas al día y a la semana de cuidados, tiempo que llevan cuidando y tareas realizadas). Se estudió la asociación entre la percepción de haber sufrido un deterioro de salud y las variables de cuidado y sociodemográficas mediante regresión logística bivariante y multivariante.

**Resultados:** El perfil medio de las personas cuidadoras principales de alguna persona dependiente corresponde a una mujer, de entre 45 y 64 años de edad, sin trabajo remunerado, casada y con estudios primarios. Los hombres que cuidan son, en promedio, mayores de 65 años, con bajo nivel de estudios, jubilados y cuidan a su esposa. Las mujeres acumulan más años de cuidado y lo hacen con mayor intensidad, el 34% dedica a ello más de 100 horas semanales, por un 29% de hombres con esta dedicación. Las mujeres realizan más las tareas instrumentales del cuidado, que son las que se asocian a un mayor deterioro de la salud, mientras que los hombres desempeñan más las tareas domésticas y de cuidados que se realizan en el espacio extradoméstico. Las mujeres con más de 45 años tienen más del doble de riesgo de sufrir este deterioro. Los factores que mejor explican el riesgo de las cuidadoras de sufrir un deterioro de su salud, a igualdad de edad, son una elevada intensidad, frecuencia y duración del cuidado, acompañado de la realización de tareas como el aseo personal, la movilidad física o ayudar a comer. En varones, estos factores son ser jubilado, ayudar a comer, no realizar las tareas del espacio extradoméstico y una elevada intensidad de cuidado.

**Conclusiones:** El mayor deterioro de la salud de las mujeres derivado del cuidado se debe, principalmente, al hecho de que cuidan con mayor intensidad y asumen tareas con mayor impacto en la salud. Tener en cuenta estas diferencias resulta clave para orientar mejor las medidas en este ámbito a las necesidades de las mujeres y los hombres cuidadores.

Financiación: Proyecto Financiado por CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

## 502. EDUCACIÓN PARA LA SALUD: AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD. CMS DE CIUDAD LINEAL, 4 AÑOS DE EXPERIENCIA

S. Gerechter Fernández, P. Rodríguez Álvarez, L. Marco Cuenca, A. Pino Escudero, M. González Espejo, B. Álvarez Sánchez, L. Carreño Carabantes, M. Francis Centeno

*Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), CMS Ciudad Lineal.*

**Objetivos:** Realizar una EPS en afectividad y sexualidad óptima para disminuir la tasa de embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y promover relaciones saludables entre los adolescentes.

**Métodos:** En 2007 diseñamos una intervención en EPS en afectividad y sexualidad, que consta de dos sesiones. Realizamos una encuesta previa para testar el grado de conocimiento del alumnado. La sesión de afectividad se realiza en el aula, es participativa y se ha ido modulando: fichas, diseño interactivo y diferentes dinámicas de grupo. Se utilizan casos reales para trabajar la autoestima, respeto, diálogo, género y maltrato. La de sexualidad se realiza en el CMS con el fin de que conozcan el recurso. Se trabaja en anticoncepción e ITS. Las encuestas de satisfacción de alumnos y de profesores son evaluadas por el equipo de salud.

**Resultados:** En estos 4 años hemos intervenido en 15 centros en 3.º de ESO. Dentro de la EPS y fuera del marco escolar, hemos intervenido en una asociación de mujeres en situación de vulnerabilidad y en aulas de integración con intervención individualizada para discapacidades

psicofísicas. En 39 aulas se han contabilizado 970 encuestas de conocimientos previos trabajando los ítems más necesarios cuyos resultados preliminares son: el 86% considera necesario un diálogo de pareja, el 8,1% prefiere hacer la voluntad del otro y al 18,5% no le importa tener relaciones sin amor. Al 48,5% le falta información en transmisión de VIH, el 75% cree tener relaciones responsables y el 83% piensa que el preservativo es infalible. Estos resultados indican la necesidad de intervenir para que la tasa de IVE siga disminuyendo, ya que en la CM ha descendido de 14,95 en 2008 a 13,54 en 2009. Aunque no podemos dar un registro exacto de las usuarias que han acudido a planificarse, intentamos adherir a las adolescentes ya el 69,6% de los IVE de 2009 no habían acudido planificación en los dos últimos años. Esta actividad se realiza en todos los Centro Madrid Salud, la intervención en EPS en afectividad y sexualidad está siendo un aporte a estos resultados.

**Conclusiones:** Ha aumentado la calidad de la intervención realizando una planificación sistematizada con el centro educativo adaptando fechas, contenidos, factores de riesgo y la implicación de docentes. La necesidad de intervenir en este medio queda patente, solicitándonos más intervención: asesorías individuales en el centro educativo e información y refuerzo en el recreo. La Ley Orgánica 2/2010 respalda nuestra iniciativa de EPS en sexualidad responsable en centros educativos

## 529. ESTRATEGIA DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES SOBRE CRIBADO NEONATAL AMPLIADO EN ANDALUCÍA

C. Salamanca Rivera, J.M. Aldana Espinal, R. Sanz Amores, M.T. León Espinosa de los Monteros, L. Lahera Robles, A. González-Meneses López, C. Cortes Martínez

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

**Antecedentes/Objetivos:** El cribado neonatal (CN) es un cribado poblacional que se realiza a todos los recién nacidos (RN), con independencia de su nacimiento en un centro público o privado. Desde 1978 se lleva a cabo en Andalucía la determinación de fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito a través de la prueba de talón (PT). Con la introducción en 2009 de la espectrometría de masas en tándem se amplía el CN hasta 30 enfermedades metabólicas diferentes con la misma muestra. En 2011 el CN se amplía nuevamente con la incorporación del diagnóstico de la fibrosis quística, cambiando además el procedimiento de la toma de muestra para la PT. Objetivo: Crear herramientas para informar de los cambios en el CN a los profesionales sanitarios de Andalucía.

**Métodos:** Elaboración de un díptico informativo sobre la PT dirigido a profesionales: redacción de texto informativo, elaboración de listado de enfermedades cribadas, diseño gráfico, impresión y difusión a todos los centros sanitarios de Andalucía. Grabación de dos vídeos informativos dirigidos a profesionales, uno sobre la PT y otro sobre el procedimiento de extracción de la muestra. Elaboración de fichas resumen de cada una de las enfermedades cribadas. Con todos estos materiales, junto con el PAPER, resúmenes con ideas clave, cuestionarios y ejercicios de evaluación, se elaboró un curso *online* en colaboración con IAVANTE para dar formación a unos 1.830 profesionales sanitarios andaluces.

**Resultados:** Se editaron 8.000 dípticos informativos sobre PT dirigidos a profesionales y fueron distribuidos por todos los centros sanitarios del Sistema Sanitario Público Andaluz. El curso *online* de cribado neonatal ampliado se acreditó por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía con 2,53 créditos y a fecha de 13 de mayo de 2011 ha sido realizado por 1.590 profesionales sanitarios andaluces, priorizando a enfermería pediátrica, matronas, médicos de atención primaria y médicos especialistas en ginecología o pediatría. Asimismo, los vídeos y el resto de documentación se han puesto a disposición de todos los pro-

fesionales en el portal de enfermedades raras de la página web de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

**Conclusiones:** Valorando la complejidad que supone dar cobertura formativa a todos los profesionales sanitarios implicados en el CN para una comunidad de elevado tamaño como es Andalucía, consideramos que la estrategia empleada ha sido sumamente satisfactoria, recomendando por tanto implementar este tipo de estrategias de formación para futuros cambios sustanciales en la asistencia sanitaria del SSPA.

## 860. FACEBOOK COMO CANAL DE FORMACIÓN EN HÁBITOS PROFESIONALES: ¿QUÉ OPINAN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA?

G. Mena<sup>a</sup>, A. Llupià<sup>a</sup>, A.L. García-Basteiro<sup>a</sup>, G. Sequera<sup>a</sup>, M. Aldea<sup>a</sup>, L. Chaparro<sup>b</sup>, A. Trilla<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic de Barcelona; <sup>UB</sup>Universidad de Barcelona, Barcelona; <sup>b</sup>Agencia SINC, Fundación Española de Ciencia y Tecnología, Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar la predisposición de los estudiantes de grado a la utilización de dos páginas de Facebook<sup>®</sup> distintas, dirigidas a la promoción de la vacunación antigripal en el trabajador sanitario. Como objetivo secundario se pretende describir la proporción de estudiantes que aceptarían ser usuarios activos de ambos grupos.

**Métodos:** Se invitó a los alumnos asistentes a clase de los seis cursos de Medicina de la Universidad de Barcelona, Campus Clínic, a completar un cuestionario anónimo. Se recogieron datos en relación al sexo y curso. Las preguntas versaban sobre el uso de internet para la consulta de información en relación con la vacunación antigripal, la pertenencia a la red social Facebook<sup>®</sup> y la predisposición a formar parte de dos páginas de Facebook<sup>®</sup>: una oficial y otra de carácter informal, ambas descritas en la encuesta.

**Resultados:** La proporción de sujetos participantes fue del 76,2% (n = 410), perteneciendo el 58,3% al primer ciclo y con una proporción del 74,1% de mujeres. El 7,6% (IC 95%, 5,0-10,1) declara utilizar internet para consultas relacionadas con la vacunación antigripal y el 89,8% (IC 95%, 86,8-92,7) de los estudiantes encuestados declara ser usuario de Facebook<sup>®</sup>. Doscientos setenta y cinco estudiantes (67,1%, IC 95%, 62,5-71,6) aceptarían la invitación de una u otra página. La página oficial sería seguida activamente por 77 (18,8%, IC 95%, 15-22,6) de los estudiantes, mientras que la página informal sería seguida por 116 (28,3%, IC 95%, 23,9-32,7) de los mismos.

**Conclusiones:** Un elevado número de universitarios es usuario de la red social Facebook<sup>®</sup> y tiene una alta predisposición a utilizarla para recibir información sobre la vacunación antigripal. Estos hechos abren una nueva ventana en materia de promoción, ya que las redes sociales podrían ser utilizadas con el fin de informar y favorecer la creación de hábitos profesionales. El actual estudio concluye, además, que la intención de participar en estas páginas es mayor si dichos espacios poseen un carácter informal y contenidos no excesivamente técnicos.

## 916. LUGAR DE DEFUNCIÓN, TOMA DE DECISIONES Y DINÁMICA DE LOS CAMBIOS DE UBICACIÓN DE PACIENTES AL FINAL

T. Vega<sup>a</sup>, M. Miralles<sup>b</sup>, M. Gil<sup>a</sup>, A. López<sup>b</sup>, J. Lozano<sup>a</sup>, O. Zurriaga<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Consejería de Sanidad, Valladolid; <sup>b</sup>Conselleria de Sanitat, Valencia.

**Antecedentes/Objetivos:** Los cuidados al final de la vida presentan gran interés en salud pública por los condicionantes sociales implicados en la atención previa al fallecimiento. En este trabajo se describen los cambios de ubicación de personas desde los 3 meses previos al deceso.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo con datos procedentes del estudio "Cuidados al final de la vida" de las Redes Centinelas Sanitarias de la Comunitat Valenciana (CV) y de Castilla y León (CyL). Se incluyeron los fallecidos por causas no súbitas registrados por los médicos centinelas en 2010. Se cumplimentó un formulario estándar por cada defunción con información clínica y sociosanitaria referida a los 90 días previos al óbito.

**Resultados:** Se registraron 563 personas (47% hombres y 53% mujeres) y el 63% = 80 años. La localización principal de los pacientes 90 días antes de fallecer fue su domicilio (el 79% de las mujeres y el 83% de los hombres). El 9% estaba en un hospital y el 8% en una residencia de ancianos. En CyL había más personas en residencias de ancianos, 23% de las mujeres y 14% de los hombres, que en la CV. Se observa un cambio de ubicación previo a la defunción, de su casa al hospital, manteniéndose constante la población en residencias. Fallecen en su domicilio el 65% de las mujeres y el 50% de los hombres de la CV y el 38 y el 34%, respectivamente, de CyL. En las residencias fallece el 22% de las mujeres de CyL. Solo el 12% de los pacientes de CyL y el 8% de los de la CV indicaron sus preferencias sobre el lugar del fallecimiento, y en torno al 7% habló explícitamente con el facultativo sobre los tratamientos que querían o no recibir al final de la vida. En el 20% de los casos las decisiones fueron tomadas por la familia.

**Conclusiones:** Este estudio (incluido en el Euro-SENTI-MELC) ofrece la oportunidad de comparar países europeos y está más cercano a la realidad de la población que los estudios de pacientes oncológicos o institucionalizados. Las dos redes muestran variaciones en los cambios de ubicación, posiblemente por diferencias sociales, culturales y de disponibilidad de servicios. Los traslados de las residencias de ancianos o asistidas al hospital son escasos, mientras que un tercio de los que residen en su casa van a fallecer en un centro hospitalario. También existen diferencias importantes por género que deberán ser exploradas con mayor detenimiento. La implicación del paciente en las decisiones sobre el lugar o los tratamientos a seguir es escasa, menor que la de la familia y posiblemente que la del funcionamiento habitual del propio sistema sanitario.

## 999. EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA NO CUMPLIMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE HIGIENE DE MANOS

C. Martín-Ruiz, M.J. Molina-Gómez, L. García-Lopéz, C. García-González, C. Escrivá-Pons, J. Barrenengoa-Sañudo, A. Rincón-Carlavilla, J. Sánchez-Payá

Unidad de Epidemiología, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante.

**Antecedentes/Objetivos:** La higiene de manos (HM) es la medida más importante para prevenir las infecciones asociadas a los cuidados de salud. El objetivo de este trabajo es estudiar la evolución en el tiempo de los factores asociados a la no realización de la HM.

**Métodos:** Durante el periodo 2005-2010 se ha medido el grado de cumplimiento de recomendaciones sobre la HM por observación directa en seis ocasiones (diciembre 2005-febrero 2006, octubre-noviembre 2006, junio-noviembre 2007, junio-diciembre 2008, junio-diciembre 2009 y enero-julio 2010). Para cada oportunidad de realización de la HM se han recogido variables asociadas a la persona que realiza la actividad, al periodo de observación y a la actividad propiamente dicha (sexo, edad, asistencia a sesiones de actualización, utilización de botellas formato de bolsillo, conocimiento del tríptico sobre HM, área de asistencia, actividad [antes/después], sobrecarga de trabajo, paciente con precauciones de contacto y utilización de guantes). Para el estudio de asociación se ha utilizado la prueba de la Ji cuadrado y para cuantificar la magnitud de la asociación se ha utilizado la OR con sus IC 95%, se calculó cruda y ajustada con un modelo de regresión logística.

**Resultados:** Los factores que se asocian de manera independiente a la no realización de la HM en el año 2005 son: ser hombre, OR: 1,3 (1,1-1,7); no asistencia a las sesiones de actualización, OR: 1,4 (1,2-1,7); no disponer de botella de bolsillo, OR: 2,3 (1,7-3,3); área médica, OR: 2,0 (1,6-2,4); actividad antes, OR: 3,2 (2,4-4,2); sobrecarga de trabajo, OR: 2,0 (1,6-2,4); paciente con precauciones de contacto, OR: 0,3 (0,2-0,6); utilización de guantes, OR: 2,2 (1,6-3,2). En el año 2010: no asistencia a las sesiones de actualización, OR: 1,2 (1,0-1,6); no disponer de botella de bolsillo, OR: 2,5 (2,0-3,1); no conocer tríptico HM, OR: 1,7 (1,1-2,6); área medica, OR: 3,4 (2,7-4,3); actividad antes, OR: 1,7 (1,4-2,1); utilización de guantes, OR: 3,7 (2,9-4,7).

**Conclusiones:** La mayoría de los factores que se asocian a la no realización de la HM se mantienen estables a lo largo del tiempo, aunque hay factores que pierden esta asociación con el tiempo y aparecen otros nuevos a lo largo de este. Esta información es crucial con el fin de planificar las estrategias de intervención para mejorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre la HM.

Financiación: FIS (PI05555), Fundación Investigación HGUA, 2010 (C-07).