

SESIÓN DE PÓSTERS VII

Ética

Viernes, 6 de septiembre de 2013. 09:00 a 10:00 h
Pantalla 1

Modera: Suess Amets

505. EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA: UNA EXPERIENCIA DE PROMOCIÓN DE LA CULTURA ÉTICA EN UNA ORGANIZACIÓN

M. Cruz, A. Suess, I. García, J. Bolívar, Miembros del Comité Institucional de Ética de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, la apuesta por el desarrollo de la ética de las organizaciones se ha convertido en un elemento diferenciador cada día más apreciado por la ciudadanía, profesionales y por las propias instituciones. En el campo de la salud, este proceso es conocido ante todo a través del establecimiento de

Comités de Ética Asistenciales y/o de Investigación. Con el objetivo de promover y velar por los valores éticos de la institución, la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) se plantea el interés de constituir un Comité Institucional de Ética en pos de aumentar su capital ético con un carácter fundamentalmente participativo.

Métodos: A partir del impulso de la Dirección de la EASP de promover los valores éticos en el día a día de la organización, en junio de 2011 se constituye el Comité Institucional de Ética de la EASP (CIE-EASP). Para ello, se revisaron otras experiencias, adaptando el modelo de los comités de ética asistencial y/o de investigación a las necesidades y objetivos específicos de la EASP. Asimismo, se procedió a la elaboración de un Código Ético que estableciera unos valores éticos para todas las personas que trabajan en dicha institución. Este proceso se realizó con una metodología participativa y el contenido del texto se contrastó con consultores/as externos/as tanto nacionales como internacionales.

Resultados: De la breve experiencia acumulada hasta el momento por el CIE-EASP, se desprenden resultados tanto de proceso como de productos concretos. En relación a los primeros, se identificaron como elementos relevantes del CIE-EASP su carácter independiente, el establecimiento de recomendaciones, y la utilización de una metodología consultora y participativa. Fue precisamente la elaboración del Código Ético y su constitución en eje vertebrador del trabajo del CIE-EASP lo que diferenció al CIE-EASP de los comités de ética asistencial y/o de investigación presentes en el contexto andaluz. Por otra parte, como resultados de producto, el CIE-EASP ha desarrollado entre otras las siguientes actividades: Elaboración de recomendaciones concretas como respuesta a demanda de peticiones concretas realizadas por otros profesionales o por la dirección de la EASP y un documento sobre las relaciones institucionales de la EASP y sus trabajadores y trabajadoras con las empresas farmacéuticas y sus fundaciones.

Conclusiones: La promoción de la cultura ética y la gestión socialmente responsable de las organizaciones a través del establecimiento del CIE-EASP y el proceso de elaboración del Código Ético, es un ejemplo innovador de buenas prácticas, aprendizaje y mejora continua que sirva a otras organizaciones y a la propia EASP.

1022. SITUACIÓN ACTUAL DEL REGISTRO DE INVESTIGACIÓN DEL COMITÉ CENTRAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

K. Eiguchi, C. Vukotich, M.A. del Valle, F.C. Ferrero, J. González, A.G. Palmero, G.M. Reybaud

Comité Central de Ética en Investigación, Ministerio de Salud GCBA.

Antecedentes/Objetivos: La actividad de investigación en la CABA fue regulada por Ley N° 3301/2009 y reglamentada por Decreto N°58/GCBA/11, estableciendo la conformación del Comité Central de Ética en Investigación (CCE). Una de las funciones del mismo es el Registro de las investigaciones evaluadas en los comités de ética (CEI) de instituciones públicas (Pu) y privadas (Pr) de la CABA. Objetivos: Reportar y analizar los primeros datos del registro de las investigaciones evaluadas por los CEIs en CABA.

Métodos: Descriptivo, observacional. Fueron evaluados 318 expedientes de registros, públicos y privados provenientes de instituciones pertenecientes a la CABA, durante el periodo Octubre 2011-Enero 2013, mediante Procedimientos de Registro para CEI públicos y privados.

Resultados: Estudios totales registrados 318: 149 Pu (46,9%) y 169 Pr (53,1%). Del total 198 fueron patrocinados (62,3%) y 120 sin patrocinio (37,7%) De los 149 Pu 49 fueron con patrocinio privado

49 (32,9%) y sin patrocinio 100 (67,1%); participaron 15 centros de investigación, 37 investigadores principales y 29 patrocinadores. De los 169 Pr 149 (88,2%) fueron con patrocinio privado y 20 sin patrocinio (11,8%); participaron 56 centros de investigación, 91 investigadores principales y 39 patrocinadores. 100% de los estudios Pr y 82% de los Pu con patrocinio correspondieron a la industria farmacéutica. De los 100 Pu sin patrocinio 91 fueron epidemiológicos.

Conclusiones: Estos son los primeros resultados con la aplicación de las nuevas normativas de regulación de la Investigación en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. En 16 meses se registraron 318 trabajos de investigación públicos y privados con una ligera prevalencia en cantidad de los privados (53 % vs 47 % respectivamente). Se observó que en el ámbito privado la mayor parte de los registros correspondieron a trabajos con patrocinio privado a diferencia del Registro a nivel público. Esto señala el papel del Estado en apoyar investigaciones de interés sanitario-epidemiológico (91% de las investigaciones públicas no financiadas) que habitualmente no son financiados por entes privados. La existencia del registro permitiría elevar los estándares de protección de los sujetos participantes en estudios de investigación y la transparencia de los mismos en el ámbito de la CABA equiparándonos con la tendencia internacional de acceso libre a la información de los ensayos clínicos. Por otra parte permite evaluar la tendencia de las investigaciones e intervenir para fomentar investigaciones prioritarias a nivel sanitario.

813. PRINCIPIOS ÉTICOS NA FORMAÇÃO DO GESTOR DE SAÚDE

J.L. Castro, R.L. Alves de Vilar, R.M. Germano

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Antecedentes/Objetivos: A partir da segunda metade dos 1980 o governo brasileiro passou a desenvolver diversas iniciativas tendo em vista qualificar a gestão do seu sistema de saúde. Algumas dessas iniciativas assumiram projeção internacional por meio de processos de cooperação técnica ofertado a outros países. O objetivo desta pesquisa consistiu em analisar a experiência de cooperação técnica em recursos humanos do governo brasileiro aos governos da região andina, efetivada entre os anos 2006 a 2010 mediante o Curso Internacional em Gestão de Políticas de Recursos Humanos em Saúde (CIRHUS). Destaca-se a ética e a solidariedade entre países enquanto valores fundamentais aos processos de cooperação técnica horizontal.

Métodos: Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa que utilizou a pesquisa documental como fonte de dados, compreendendo-a como um procedimento que se utiliza de técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos de variados tipos. A análise dos documentos possibilitou a contextualização histórica do CIRHUS enquanto proposta de cooperação técnica do governo brasileiro, executada por instituições de ensino e mediada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS).

Resultados: Para Castro (2010), um dos principais destaques do Projeto CIRHUS buscou viabilizar uma cooperação horizontal e democrática entre países através de um processo educativo e solidário, articulado a uma proposta mais ampla de desenvolvimento institucional que envolveu os Ministérios da Saúde de cada país participante do processo, Universidades e as Representações da OPAS/OMS dos países e da sub-região andina. Em verdade, o processo educativo foi uma estratégia importante utilizada para desencadear mudanças, e, neste sentido, apostava-se em uma concepção pedagógica crítica tendo como base uma metodologia problematizadora. Segundo Acosta (2011), a metodologia reflexiva e crítica do CIRHUS contribuiu para

impulsionar significativamente o aprendizado com uma abordagem dos problemas de recursos humanos de forma associada com outros problemas dos serviços de saúde. Segundo a autora, o curso contribuiu para o melhor desempenho dos gestores de recursos humanos nos países envolvidos.

Conclusões: Essa experiência possibilitou vivências que comprovaram os ensinamentos de Freire (2009) sobre a pedagogia da solidariedade e a natureza ética da prática educativa. Nesse processo, a questão da solidariedade foi compreendida não apenas como uma questão política, mas também como uma questão metodológica. Ela está diretamente relacionada à forma como são conduzidas e apoiadas as discussões no processo educativo, e com seus resultados no contexto real. Dessa forma, pode-se dizer que o método do curso, seus propósitos e o sentido da cooperação internacional exercitaram plenamente a pedagogia da solidariedade.

840. CARACTERIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE PESQUISA SUBMETIDOS AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PLATAFORMA BRASIL

A.E. Martins Bezerra, M.I. Osawa Chagas, C.A. Siqueira Lima Freitas, M.S. de Araújo Dias

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA.

Antecedentes/Objetivos: Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) nascem como resposta às implicações morais do desenvolvimento científico na área biomédica, depois que foi desvendado que é possível, em nome da pesquisa e do progresso do conhecimento, cometer crimes hediondos contra a humanidade e contra os mais elementares direitos do cidadão. Com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil foi criado o Sistema CEP/CONEP, um sistema nacional de avaliação ética das pesquisas envolvendo seres humanos, que compreende uma Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) vinculados às instituições de ensino e pesquisa, hospitais, clínicas, organizações não governamentais, secretarias de saúde, entre outros. A CONEP tem função consultiva, deliberativa, normativa e educativa e atua de forma conjunta com os CEP. Este último constitui-se como colegiado multiprofissional que comporta profissionais de destacada atuação nas áreas da ética, saúde, pesquisa. Estão representados, também, diferentes segmentos da sociedade civil organizada. A Plataforma Brasil, pode ser compreendida como uma tecnologia de dados on-line em que possibilita acompanhar os protocolos de pesquisa desde a submissão até a aprovação final dos trabalhos. O objetivo do estudo foi caracterizar os protocolos de pesquisa submetidos à apreciação do CEP da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA a partir da Plataforma Brasil.

Métodos: Trata-se de estudo exploratório, retrospectivo, documental, de abordagem quantitativa, realizado através de registros do CEP da UVA na Plataforma Brasil durante os meses de abril a agosto de 2012.

Resultados: Os resultados apontam que dos 53 projetos cadastrados, 29 passaram por recusas antes de serem encaminhados para um relator, tendo como principais motivos a ausência do instrumento de coleta de dados, ausência do TCLE, da carta de anuência e da assinatura e/ou carimbo do responsável pela instituição, na Folha de Rosto, na qual o pesquisador se diz vinculado. Quanto às pendências observou-se que para 26 protocolos foram solicitados aos pesquisadores que reescrevessem o TCLE; 20 tiveram problemas com o instrumento de coleta de dados; 17 estavam com informações incompletas na Folha de Rosto; em 15 foi identificado a falta da Carta de Anuência e 06 a ausência do Termo de Consentimento Pós-Formado.

Conclusões: Perceber que o CEP da UVA precisa atuar como instância educativa e formativa para a prática da pesquisa no cenário locorregional com foco nos princípios da bioética e dos requisitos legais e normativos exigidos para as boas práticas em pesquisas com seres humanos.

1157. HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO ADOECER E NO MORRER: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

M. Oliveira Dias Vasconcelos, G. Sibebe Nogueira da Silva

Universidade Federal da Paraíba; Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Antecedentes/Objetivos: O presente trabalho é uma narrativa construída sobre a experiência do acompanhamento do processo de morte de uma idosa, restrita ao leito de seu domicílio devido a episódios prévios de Acidente Vascular Cerebral, pelo Programa de Assistência Domiciliar da Unidade de Saúde Jardim Itu, uma unidade de atenção primária do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre – RS. Através da narrativa do cuidado da família e da equipe de saúde com a idosa, pretende-se refletir sobre a terminalidade da vida e a humanização do acompanhamento do morrer. Tal construção é produto de uma estratégia pedagógica do Mestrado profissional em Saúde da Família – MPSF/RENASF-UFRN, que tinha como objetivo a construção de narrativas a partir de experiências vivenciadas pelos pós-graduandos sobre situações de práticas desumanizadoras no cuidado a saúde, tomando como provocação a interrogação: humanização a que será que se destina.

Métodos: O método aqui utilizado será narrar à vivência do cuidado diante da morte a partir das experiências dos familiares e dos profissionais de saúde envolvidos, problematizando como a postura profissional e a organização do trabalho em diferentes ambientes de cuidado à saúde (domiciliar e hospitalar) podem ser fundamentais na qualidade do cuidado diante da vida e da morte.

Resultados: Destaca-se na narrativa trabalhada a presença forte do medo da morte no contexto hospitalar, por representar por vezes o isolamento e a perda do paciente por sua família bem antes da morte ocorrer; bem como um despreparo da equipe para lidar com as questões não técnicas do processo de morte. É fato que com o predomínio, na medicina, de uma racionalidade tecnológica e instrumental, tivemos a desvalorização da relação médico-paciente como recurso terapêutico e da atenção às questões existenciais e simbólicas relacionadas ao acompanhamento do processo de adoecimento e de morte.

Conclusões: Conclui-se que a sistematização e reflexões de experiências de saúde relacionadas ao cuidado com o adoecer e o morrer são elementos imprescindíveis para a formação dos profissionais de saúde, se intentar a promoção de uma atenção de saúde integral, capaz de realizar o cuidado humanizado diante da vida e da morte. Ouvir e compartilhar decisões diante do cuidado com a vida e com a morte consiste em um desafio cotidiano a que se destina a humanização do cuidado.

256. A DIMENSÃO DA ÉTICA EM UM INQUÉRITO POPULACIONAL EM SAÚDE

F. Reis de Andrade, P. Capel Narvai

Universidade de Brasília; Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Antecedentes/Objetivos: Os inquéritos populacionais são amplamente empregados na produção de conhecimento referente ao pano-

rama nacional em saúde. O ponto de partida para a construção de uma base de dados do perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira foi dado em 1986. Em 1996, foi realizado o segundo levantamento de saúde bucal de base nacional, seguindo-se a experiência do SB Brasil 2003. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 se inseriu nessa linhagem de levantamentos epidemiológicos, considerada uma iniciativa estratégica do componente de Vigilância à Saúde da Política Nacional de Saúde Bucal. Objetivou-se analisar a dimensão da ética em inquéritos populacionais em saúde, com ênfase no Projeto SB Brasil 2010.

Métodos: Realizou-se um estudo do tipo descritivo, utilizando a metodologia qualitativa de pesquisa na modalidade estudo de caso. Os dados foram obtidos mediante entrevista individual e semi-estruturada com um grupo de 14 informantes-chave composto, principalmente, por integrantes do Grupo Gestor do SB Brasil 2010. Para interpretação do material empregou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

Resultados: Em tese, apenas os examinadores que apresentaram um grau de consistência aceitável na etapa de treinamento e calibração puderam participar do levantamento de campo propriamente dito. Entretanto, verificou-se que uma capital apresentava o índice CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados) aos 12 anos muito acima do previsto. A partir da decomposição do banco de dados, foram identificados indícios sólidos de erro de registro para dois examinadores, sugerindo fabricação de dados ou desvio não autorizado do protocolo proposto para o trabalho de campo. O SB Brasil 2010 possui a particularidade de envolver profissionais que atuam no serviço público de saúde, com intuito de introduzir atividades epidemiológicas na rotina das unidades. Alguns cirurgiões-dentistas e gestores se recusaram a participar do SB Brasil 2010 apesar de ser um projeto coletivo e de interesse público. Tais fatos, em conjunto, remetem a uma questão que perpassa os temas abordados pela bioética: a ética da responsabilidade, individual e pública.

Conclusiones: A efetivação de um inquérito como o SB Brasil 2010 induz a reflexão de uma variedade de questões éticas que extrapolam os aspectos relacionados com a prática de pesquisa em seres humanos. As dificuldades que emergem ao realizar estudos dessa natureza são reveladoras de algumas limitações, com destaque para o fato de que a epidemiologia ainda não faz parte da rotina de trabalho de grande parte das unidades públicas de saúde.

652. IMPLICACIONES ÉTICO-LEGALES EN LA GESTIÓN DE COLECCIONES BIOLÓGICAS DE ORIGEN HUMANO, PERSPECTIVA DEL BIOBANCO DEL CENTRO SUPERIOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

C. Abril Tormo, L. Sifres Servà, A. Ahicart Momplet, J. Martínez Santamaría

CSISP-FISABIO.

Antecedentes/Objetivos: Los grupos de investigación en el ámbito de la Salud Pública, al igual que en otros campos de conocimiento, han recopilado colecciones de muestras biológicas de origen humano obtenidas en el contexto de proyectos concretos durante décadas. En el actual marco ético-legal en el que nos encontramos resulta imprescindible replantear diversos procedimientos que hasta el momento no estaban referidos legalmente. En este caso, se aborda la problemática de cesión a terceros desde una colección asociada a una línea de investigación.

Métodos: Según el artículo 60 de La ley 14/2007 de Investigación biomédica, el consentimiento específico podrá prever el empleo de la muestra para otras líneas de investigación relacionadas con la inicialmente propuesta, incluidas las realizadas por terceros,

siempre que se hay informado de ello en el consentimiento informado, tal como se indica en el artículo 23 del Real Decreto 1716/2011 que desarrolla la ley referida anteriormente. Si no fuera este el caso, se solicitará al sujeto fuente que otorgue, si lo estima procedente, un nuevo consentimiento. Las colaboraciones y sinergias surgidas entre grupos de investigación posteriormente a la firma de un consentimiento específico por el sujeto fuente, con intercambio de material biológico entre ambos grupos, puede ser interpretada como una infracción grave según el artículo 74 de la citada ley.

Resultados: De acuerdo a la legislación vigente, en relación a las colecciones asociadas a Líneas de Investigación fuera del ámbito organizativo del biobanco, se imposibilita la cesión de muestras a terceros sin previa comunicación al sujeto fuente. Es decir, es necesario disponer de un nuevo consentimiento informado el cual contemple esta cesión previamente no descrita en el consentimiento original. La perspectiva del Biobanco CSISP es ofrecer a los investigadores la posibilidad de incorporar estas colecciones en el ámbito organizativo del biobanco, de modo que el sujeto fuente realiza la donación voluntaria tanto a la colección asociada a la Línea de Investigación como a una colección de las mismas características pero en Régimen de biobanco. De modo que, por una parte no se vulneraría el derecho de autonomía del sujeto fuente en el acto de consentimiento, y por otra parte el biobanco posibilitaría la cesión a terceros previa evaluación y aprobación de la solicitud por parte de los comités de ética y científico a los que se adscribe el biobanco.

Conclusiones: Las colecciones de muestras biológicas gestionadas a través del biobanco, tanto en Régimen de Línea de Investigación o Régimen de biobanco, garantizan el buen uso del material biológico en investigación biomédica en el ámbito de la Salud Pública.

948. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS COMITÉS DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

K. Eiguchi, C. Serrano, P. Saidón, C. Campos-Eceizabarrena, C. Vukotich, G. Reybaud

Comité Central de Ética en Investigación; Ministerio de Salud GCBA.

Antecedentes/Objetivos: La actividad de investigación en la CABA fue regulada por Ley N° 3301 (2009) y reglamentada por Decreto N°58/GCBA/11, estableciendo la conformación del Comité Central de ética en Investigación (CCE). Una de las funciones del mismo es el Registro y Acreditación de los comités de ética en Investigación (CEI) de instituciones públicas y privadas de la CABA. Objetivos: Reportar y analizar los primeros datos de Registro y Acreditación de CEIs en CABA

Métodos: Descriptivo observacional. Se registraron 98 CEI, de los cuales se evaluaron 93 CEIs de instituciones pertenecientes a la CABA, durante el periodo 2011-2013, mediante Procedimientos de Acreditación para CEI públicos y privados (Resolución N° 1012 y N° 1013/MSGC/11)

Resultados: Registro de CEI: 98 CEIs fueron registrados: 31 de los 33 públicos y 67 privados (31,6% del ámbito público: Pu y 68,4% del ámbito privado: Pr. Acreditación de CEI: Fueron evaluados 93 CEI: 26 Pu (27,9%) y 67 Pr (72,1%). Fueron acreditados 53 CEI: 22 Pu (41,5%) y 31 Pr (58,5%). El porcentaje total de acreditación fue del 57% y están en proceso de acreditación 40 CEI (43%): 4Pu (10%) y 36 Pr (90%). De los 26 CEIs públicos, 22 fueron acreditados (84,6%) y 4 se encuentran en proceso de acreditación (15,4%). De los 33 CEIs pertenecientes al GCBA, no han iniciado todavía el proceso de acreditación: 7 (21,2%).

De los 67 CEIs Pr, 31 fueron acreditados (46,3%) y 36 se encuentran en proceso de acreditación (53,7%)

Conclusiones: Hubo buena respuesta a la nueva regulación a pesar de las resistencias iniciales, especialmente al acercarse la fecha tope por la cual no tendrían validez sus dictámenes. La mayoría de los CEI públicos fueron acreditados. Todos los CEI recibieron asesoramiento a través del CCE. Los CEIs tienen un importante rol en la protección del bienestar y la seguridad de los participantes de investigaciones, en especial, en los países de Latinoamérica, en donde la población se ve potencialmente vulnerable. Ante este hecho, la CABA, mediante la Ley 3301/09 plantea la necesidad de compartir estándares de calidad y criterios de evaluación adecuados y homogéneos, creándose así la iniciativa de acreditar CEI institucionales en nuestro medio. Los datos presentados hasta el momento y situados en la realidad local, develan un proceso de cambio en el ámbito de la investigación en la CABA

1026. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA), ARGENTINA

K. Eiguchi, A.G. Palmero, L.D. Perelis, A. Roitman, G.M. Reybaud

Comité Central de Ética en Investigación; Ministerio de Salud GCBA.

Antecedentes/Objetivos: En el 2007, la Auditoría expone la situación irregular de la investigación en el ámbito público de la Ciudad de Buenos Aires (CABA). Como problemas nodales se identifica el conflicto entre la protección de los sujetos de investigación y los intereses de la ciencia y/o patrocinadores. Se pierde el sentido público de la participación de los hospitales en investigación. Resultaba necesario dictar una norma que regule la actividad en el ámbito de la CABA. Se trabaja en consenso en la Legislatura sancionando la Ley 3301 sobre Protección de Derechos de Sujetos de Investigaciones en Salud. El Ministerio de Salud crea la Dirección General de Docencia e Investigación en cuyo ámbito funcionan el Consejo de Investigación en Salud y el Comité Central de Ética en Investigación (CCE). Se reglamenta la Ley 3301 a través del Decreto 58/GCBA/11 y se dictan las normas que fijan los procedimientos a seguir sobre investigación en el ámbito de la CABA. **Objetivo:** Describir los alcances y resultados de la implementación de la Ley 3301.

Métodos: Cualitativo, descriptivo.

Resultados: Se puso en funcionamiento el CCE en el 2011 cumpliendo con las funciones fijadas por la Ley, especialmente en la acreditación de los Comités de Ética en Investigación (CEI) y en el registro de las Investigaciones que se realizan en la Ciudad, tanto en el ámbito público como privado. Se asesoró en la formación de los CEI y se capacitó a sus integrantes con cuatro cursos de Ética en Investigación para profesionales y uno para miembros de la comunidad. Se concientizó sobre la necesidad de obtener recursos de las investigaciones con patrocinio privado con destino a los Hospitales, CEI y Comités de Docencia e Investigación. Se abrió la residencia en Investigación Médica. Se incorporó a los programas de residencias, metodología y ética en investigación. Se exige el registro, y se fiscaliza el cumplimiento de las normas vigentes sobre ética en investigación en todas las investigaciones. Se participa a nivel Nacional en el intercambio de experiencias y asesoramiento en la protección de los derechos de los sujetos de investigación y en buenas prácticas.

Conclusiones: Se ha logrado normalizar las investigaciones a nivel local, contribuyendo a nivel nacional a fomentar la investigación en el área de Salud bajo el cumplimiento de normativas que protejan los derechos de los sujetos de investigación en Salud. Es necesario el intercambio de experiencias similares a nivel nacional e internacional para un justo equilibrio entre el interés de la ciencia, la población y los sujetos de investigación.

Diabetes mellitus

*Viernes, 6 de septiembre de 2013. 09:00 a 10:00 h
Pantalla 2*

Moderadora: Pilar Serrano Gallardo

230. COHORTE DE DIABETES MELLITUS DE CASTILLA Y LEÓN. INCIDENCIA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS 2000-2011

T. Vega Alonso, M. Gil Costa, J.E. Lozano Alonso, R. Álamo Sanz

*Observatorio de Salud Pública,
Consejería de Sanidad de Valladolid.*

Antecedentes/Objetivos: La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades más frecuentes y que ocasionan mayor coste en los países occidentales. Su prevalencia, bien conocida, se sitúa entre el 10-20% dependiendo de la población de estudio. Sin embargo, la incidencia de la enfermedad sigue siendo un indicador poco conocido por la dificultad de su estimación y el limitado valor epidemiológico que se le otorgaba hasta ahora. El objetivo de esta comunicación es describir la incidencia de nuevos diagnósticos de DM (tipo 1 y 2) en la cohorte de diabetes de Castilla y León (CODI-CyL).

Métodos: La Red Centinela Sanitaria de Castilla y León inicia en el 2000 el registro de nuevos diagnósticos de DM con el fin de constituir una cohorte de pacientes en seguimiento. Desde ese año, y hasta el 2011, se recogieron todos los nuevos diagnósticos de acuerdo con los criterios de la Cartera de Servicio. La población de referencia es la población con tarjeta sanitaria cubierta por los médicos centinelas cada año.

Resultados: En los 12 años del periodo de inclusión se recogieron 2020 nuevos pacientes de DM. La tasa anual de incidencia media durante el periodo 2000 a 2011 fue estimada en $149,1 \times 100.000$ (IC95% 148,5-149,8). La incidencia fue mayor entre los hombres 169,2 (IC95% 168,2-170,2) que entre las mujeres 128,9 (IC95% 128,0-129,7), diferencia que se encontró estadísticamente significativa. También se observó una aparición más precoz en los hombres, duplicando prácticamente las tasas de las mujeres hasta los 65 años. Del nacimiento hasta los 14 años, periodo donde se concentran los diagnósticos de DM tipo 1, la incidencia se situó en 13×100.000 (IC95% 12,6-13,4). A partir de los 40 años las tasas comienzan a aumentar hasta alcanzar un máximo de incidencia en el grupo de edad de 60 a 69 años, en torno a los 450×100.000 , para descender de nuevo en los de edad más avanzada.

Conclusiones: Las estimaciones realizadas en la cohorte CODI-CyL son consistentes con lo publicado en la literatura científica, tanto en la incidencia de DM tipo1 en los grupos de edad infantiles y de adolescentes, como en las tasas de DM tipo 2 en la población adulta. Nuestros datos confirman una mayor incidencia en los hombres (un 32% más que entre las mujeres) y una curva etaria que tiene su máximo alrededor de los 65 años. La incidencia es uno de los indicadores de DM menos conocido, pero no por ello menos relevante. Las diferencias en los patrones epidemiológicos y los cambios en el tiempo tienen relación directa con la historia natural de la enfermedad a la vez que implicaciones en los modelos de prevención y diagnóstico precoz. La cohorte CODI-CyL tiene un seguimiento anual específico a través del sistema de Historia Clínica Electrónica de Castilla y León.

537. LA DIABETES TIPO 2 EN ESPAÑA: ESTUDIO CRÍTICO DE SITUACIÓN

A.C. Coduras, J.L. del Llano, S.P. Pinto

Fundación Gaspar Casal.

Antecedentes/Objetivos: Establecer un estado de situación lo más actual posible de las variables que caracterizan la evolución de la DM2 en España. Determinar las principales fuentes de información que ofrecen datos estadísticos sobre diabetes en España. Explorar los microdatos de la Encuesta Nacional y Europea de Salud y del proyecto di@betes. Proporcionar datos de la evolución de la mortalidad debida a la DM2 en España. Establecer las cifras recientes de morbilidad relacionada con la DM2, así como las derivadas de los Indicadores.

Métodos: El Estudio de Situación de la Diabetes en España, se ha realizado aplicando diversas técnicas de investigación en función del tipo de información disponible. En primer lugar, se ha efectuado una prospección documental acerca de los estudios más recientes sobre la prevalencia y desarrollo de la enfermedad en España. En segundo lugar, para ampliar el conocimiento sobre el marco de situación de esta enfermedad en España, se han recopilado los datos agregados disponibles en el informe "Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud: INCLASNS-BD". El marco metodológico de referencia de estos indicadores son los "ECHI system" y el "ECHIM Project", los dos promovidos por la Comisión Europea. La base de datos que se ha construido para su difusión utiliza una aplicación informática de la OMS que se ha adaptado al entorno español. Los datos proceden, en todos los casos, de fuentes estadísticas oficiales.

Resultados: Analizando los datos disponibles de la ENS, se observa que la prevalencia se encuentra entre el 6 y 10%, siendo en el colectivo de hombres algo inferior a la de mujeres en el año 2003, mientras que los términos se invierten el año 2006 permaneciendo así en el 2009. Los resultados preliminares de 2011 del estudio di@betes.es señalan una prevalencia del 12%. La prevalencia de la diabetes se ha venido subestimando, especialmente en su parte desconocida 8,1% en el año 2011. La tasa de mortalidad total por causa de diabetes en la población española más reciente es de 21,26 personas por cada 100.000 habitantes. Los datos más recientes de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, apuntan hacia una disminución progresiva de las altas hospitalarias y de las estancias causadas por la DM2, tanto en la población en su conjunto como en la de varones y mujeres.

Conclusiones: La DM2, es una enfermedad crónica que presenta una de las evoluciones más preocupantes en todo el mundo por estar adquiriendo un carácter cuasi epidémico debido al aumento de su prevalencia, que tiene un reflejo directo en gasto y consumo de recursos sanitarios, se considera de la mayor importancia el intensificar su estudio y control, no sólo desde un punto de vista clínico, sino epidemiológico y de organización de los medios que hay que emplear para paliarla.

73. O DIABÉTICO TIPO 2 E A ADESAO AO REGIME TERAPÊUTICO

C.M. Rocha Cruzeiro, M.S. Nunes Simões

*Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
Centro de Saúde Norton de Matos-Coimbra.*

Antecedentes/Objetivos: A diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica e crónica que afeta um elevado número de pessoas. Em 2010, na população portuguesa a taxa de prevalência diagnosticada situava-se entre 6,3% e 7,3% (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2011). O tratamento exige a adoção de comportamen-

tos de alguma complexidade que têm que ser integrados na rotina diária. A cronicidade, associada às características do regime terapêutico e às responsabilidades do utente, contribui atualmente para a baixa adesão ao regime terapêutico. **Objetivos:** Caracterizar o utente diabético tipo 2 num centro de saúde de Coimbra. Avaliar a adesão ao regime terapêutico.

Métodos: Estudo descritivo-correlacional transversal; aplicação de questionário para caracterização demográfica da amostra e aplicação de escalas: SDSCA – "Atividades de Autocuidado com a Diabetes" MAT – "Medida Psicométrica de Adesão aos Tratamentos" a diabéticos tipo2 (abril a dezembro de 2011). Tratamento de dados no programa estatístico IBM-S.P.S.S. versão 19.0. Para a consistência interna das duas escalas, foi utilizado o coeficiente "alpha de Cronbach".

Resultados: Dos 131 participantes com uma média de idades de 68,2(± 9,36) verificou-se que o tempo de diagnóstico é de mais de 10 anos, em 54 participantes (41,2%). O tratamento instituído é com antidiabéticos orais, na grande maioria dos participantes (77,1%), é de salientar que 22,2% fazem tratamento com insulina. As comorbidades mais frequentes são: hipertensão arterial, obesidade e dislipidémias, sendo as complicações tardias os problemas de circulação, as neuropatias, as retinopatias, as nefropatias e as amputações dos membros inferiores. Verificou-se também que a dimensão terapêutica farmacológica ("medicamentos") é a componente do regime terapêutico com melhor nível de adesão (4,74 ± 1,69), sendo que a "monitorização da glicemia capilar" apresenta uma média de adesão de 4,64 ± 1,41. Em terceiro lugar surge, os "cuidados com os pés" com uma média de adesão de 4,09 ± 1,07. A "alimentação específica" tem uma média de adesão (3,8 ± 1,01) superior à "alimentação geral" (2,63 ± 1,05). A "atividade física" é a componente com menor nível de adesão, sendo o score obtido, em média, de 1,50 ± 1,51 dias da semana.

Conclusiones: A adesão ao regime terapêutico está relacionada com a articulação estabelecida entre os profissionais de saúde/utente diabético/familiares, quanto melhor articulação melhor será a adesão ao regime terapêutico. Propõe-se a criação de um grupo de apoio para o utente diabético/familiares, com um plano eficaz de educação terapêutica contínua, segundo recomendações da Direção Geral Saúde.

441. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN PERSONAS CON ALTO RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN MADRID

P. García, M. Martínez, M. Benedicto, O. Borrego, M. Campillos, C. Martín, D. Ochoa, D. Rivas, D. Ruiz

Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (DT2) y enfermedad vascular está aumentado en la alteración de la regulación de la glucosa (glucemia alterada en ayunas), intolerancia a la glucosa o ambos (prediabetes). Una alimentación adecuada, incremento de actividad física y pérdida de peso pueden disminuir la probabilidad de desarrollar DT2. El ayuntamiento de Madrid ha implementado en 18 centros el Programa ALAS que identifica personas con alto riesgo de desarrollar DT2 y aplica una intervención sobre estilos de vida para reducir dicho riesgo. Se evalúan cambios en estilos de vida y en factores de riesgo de DT2 en personas con alto riesgo.

Métodos: Personas mayores de 35 años de edad cumplimentan el Test de Findrisc (TF). Si TF ≥ 15, son invitados a realizar un test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG). A los prediabéticos se les oferta atención grupal: diez sesiones de dos horas en 6 meses con técnicas de aprendizaje significativo, cognitivo-conductuales y de discusión grupal, dirigidas por un equipo multidisciplinar —medicina/enfermería/salud mental/trabajo social—. El objetivo es disminuir 5% de peso, adquirir un patrón de dieta mediterránea y realizar 30 minutos de actividad física moderada cinco días/semana. Antes de la interven-

ción, 6, 12 y 18 meses después se mide tensión arterial, peso, Índice Masa Corporal, perímetro abdominal, cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (ADM), cuestionario internacional de actividad física, TTOG, hemoglobina glicosilada y lípidos.

Resultados: De enero 2011 a agosto 2012, 29% (n = 2.095) de 7.198 personas puntuaron el TF \geq 15. Se realizó TTOG al 50% (n = 1.064). Se detectó diabetes no conocida al 13,7% (n = 146) y prediabetes al 51% (n = 535). La intervención fue aceptada por el 43% (n = 231) de los prediabéticos. Los resultados preliminares muestran una reducción significativa de los factores de riesgo de los participantes tras la intervención (n = 83); un 37,7% (IC95%, 32,9-42,5) consiguió pérdida del 5% de peso; un 52,3% (IC95%, 46,9-57,7) aumentó 2 puntos la ADM y el 83,3% (IC95%, 79,1-87,5) realizó actividad física moderada (> 600 METS). La prevalencia de prediabetes disminuyó en un 49% (p < 0,001).

Conclusiones: El TF combinado con un TTOG es útil para identificar personas con alto riesgo de DT2. Resultados muy preliminares de la intervención sobre el estilo de vida muestran cambios beneficiosos en los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y DT2 y una disminución de las personas con prediabetes. Las estrategias que utilizan los equipos multidisciplinares de Madrid Salud en el abordaje del cambio en el estilo de vida parecen ser eficaces para evitar el desarrollo de DT2.

984. EFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES PARA DISMINUIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LA ATENCIÓN A LA DIABETES

A. Olry de Labry Lima, G. Pastor Moreno, C. Bermúdez Tamayo, J. Bolívar Muñoz, I. Ricci Cabello, I. Ruiz Pérez, Facultativos Centro de Salud de Cartuja

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBERESP CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Health Services and Policy Research Group, National Institute for Health Research School for Primary Care Research, University of Oxford.

Antecedentes/Objetivos: Determinar si una intervención en AP, basada en la mejora de la comunicación médico/a-paciente, da como resultado una mejor autogestión de la diabetes en pacientes con menor nivel educativo. Secundario: evaluar si el refuerzo telefónico aumenta el efecto.

Métodos: Ensayo clínico con asignación aleatoria de las consultas a 2 grupos de intervención y un grupo control. Población estudio: pacientes diabéticos > 18 años de 2 centros de salud de una zona desfavorecida de Granada, con bajo nivel educativo y control glucémico inadecuado (HbA1c > 7%). Tamaño muestral: 89 pacientes en GC, 36 en IA y 45 en IB. Después de la intervención, fue de 69 en el GC, 22 en IA y 19 en IB. Los grupos de intervención recibieron entrenamiento en habilidades de comunicación: El IA mostró un gráfico del control glucémico y prácticas de autocuidado, el IB recibió además un refuerzo telefónico. Fueron repetidas durante 4 sesiones en 1 año. El GC recibió atención habitual. Variables resultado: hemoglobina glicosilada, prácticas de autocontrol y parámetros clínicos asociados al control de la enfermedad. Análisis: descriptivos y un modelo lineal de medidas repetidas (MLG).

Resultados: Un 54,3% de los pacientes fueron mujeres, la edad media de 62 años y 3,2 hijos, sin diferencias significativas entre grupos. El 80,8% de la muestra era de raza caucásica. El apoyo social fue bajo en la mayoría de los pacientes (74,9%), y el grupo IB presentó un mayor porcentaje de apoyo social alto (p = 0,002). El valor medio de HbA1c fue de 8,77%. Para GC fue de 8,57%, para el IA de 8,74% y para el IB de 9,16% (p = 0,031). Para el perfil lipídico, los valores medios de LDL, HDL y triglicéridos fueron 122,82 mg/dL, 47,64 mg/dl y 208,91 mg/dL, respectivamente, sin diferencias entre grupos. La presión sistólica media fue de 130,63 mmHg (CG: 127,90; IA: 128,43 y IB:

137,16). Se produce un descenso de HbA1 a lo largo del tiempo en todos los grupos. Al final de la última intervención el valor medio de HbA1c para GC fue de 7,80%, para el IA de 8,19% y para el IB de 8,40%. El descenso a lo largo del tiempo (4 intervenciones) es estadísticamente significativo (p < 0,001) para el GC, IA e IB, aunque no existen diferencias entre los grupos (p = 0,375).

Conclusiones: Se produce un descenso de HbA1 estadísticamente significativo a lo largo del tiempo en todos los grupos. Es decir que descienden los niveles, aunque en todos los grupos igual, independientemente de la intervención.

444. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS DIRIGIDAS A LA PROMOCIÓN DEL AUTOMANEJO DE LA DIABETES EN GRUPOS ÉTNICOS MINORITARIOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

I. Ricci-Cabello, I. Ruiz Pérez, A. Rojas García, G. Pastor Moreno

Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Department of Primary Care Health Sciences, Universidad de Oxford; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las minorías étnicas experimentan con frecuencia más dificultades en el automanejo de la diabetes que otros grupos poblacionales. Ello conlleva un mayor riesgo de padecer complicaciones derivadas de la enfermedad, así como una peor calidad y esperanza de vida. Desde principios de los 80, las intervenciones psicoeducativas han sido la estrategia más frecuentemente adoptada para la promoción del automanejo de la diabetes. No obstante, su efectividad en minorías étnicas ha sido hasta ahora escasamente estudiada. El objetivo del presente estudio es analizar las características y efectividad de estas intervenciones, así como su evolución a lo largo del tiempo.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura. Se realizó una búsqueda en Medline, Embase y otras 8 bases de datos bibliográficas (noviembre 2012). Se seleccionó y extrajo información de ensayos clínicos y estudios cuasi-experimentales que analizaban la efectividad de intervenciones psicoeducativas para la mejora del automanejo de la diabetes por parte de grupos étnicos minoritarios. La efectividad de las intervenciones se analizó en términos de su impacto en: 1) el conocimiento sobre la enfermedad y cómo afrontarla, 2) la realización de actividades de automanejo (ejercicio, dieta, control de glucemia, etc.) y 3) el estado clínico de los participantes (glucemia, presión sanguínea, perfil lipídico, etc.).

Resultados: Se identificaron 40 intervenciones, realizadas entre los años 1982 y 2012. La mayoría se llevaron a cabo en EEUU (90%), principalmente en centros de atención primaria (43%) o centros comunitarios (30%). Dichas intervenciones estuvieron dirigidas mayoritariamente a grupos latinos (40%) y afroamericanos (35%) y presentaron características heterogéneas en cuanto a su duración, método didáctico, método de administración y contenidos. El 56% de las intervenciones identificadas mejoró el conocimiento/habilidades sobre la diabetes y su automanejo, el 41% mejoró la conducta de autocuidado y el 38% mejoró el estado clínico de los participantes. Dichos resultados fueron similares en los diversos grupos étnicos analizados. Se observó una evolución temporal en las características de las intervenciones, aunque ello no estuvo asociado a un incremento de su efectividad.

Conclusiones: Las intervenciones psicoeducativas dirigidas a minorías étnicas no producen de forma consistente un impacto positivo en el automanejo de la diabetes. Es necesario un mayor esfuerzo investigador para identificar las características predictoras del éxito de estas intervenciones.

35. FALTA DE ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

L. Palomares, M. Quintana

Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Antecedentes/Objetivos: Actualmente existen más de 347 millones de personas con diabetes, esta enfermedad se está convirtiendo en una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso y la obesidad. En los próximos 10 años las muertes por diabetes aumentarán más de un 50% si no se toman medidas urgentes. Los pacientes diabéticos presentan dificultades para mantener una adherencia continua a la dieta como parte de su tratamiento, y las consecuencias son dañinas, hasta llegar a complicaciones graves que ocasionan la muerte. Es necesario entender mejor qué factores dificultan la adherencia a la dieta a largo plazo y de este modo facilitar que las estrategias de intervención tengan mayor eficacia en el control de la diabetes. Por lo tanto el objetivo de esta investigación es identificar los factores que dificultan la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Métodos: Se aplicó un estudio de enfoque cualitativo, etnográfico. La muestra estuvo formada por 44 pacientes con diabetes mellitus tipo II (22 varones y 22 mujeres) de 20 a 79 años de edad. Se utilizó la técnica de grupos focales, se conformaron seis grupos focales según sexo y edad. El instrumento fue una guía de preguntas semiestructurada y validada. Para el análisis se realizó la lectura de la grabación y apuntes, seguido de la codificación, comparación, reducción e interpretación de los datos. Finalmente se utilizó la triangulación de análisis de datos.

Resultados: Entre los factores que dificultan la adherencia a la dieta se identificaron factores personales como ansiedad, antojos, gusto predilecto por ciertos alimentos ricos en harinas y dulces, monotonía y aburrimiento de la dieta, desagrado de comer siempre verduras y frutas, el tener que comer fuera de casa, vergüenza de decir que son diabéticos, falta de disciplina; factores sociales como compromisos, festividades, cumpleaños, reuniones amicales y familiares; factores económicos como falta de dinero para preparar la dieta aparte de la comida normal, el costo elevado de algunos productos light y alimentos integrales; y factores de disponibilidad como la falta de lugares y/o restaurantes adecuados donde poder comer según la dieta indicada.

Conclusiones: La falta de adherencia a la dieta en pacientes diabéticos tipo II se ve influenciada principalmente por factores personales, sociales, económicos y de disponibilidad. Una mejor comprensión de estos factores puede contribuir para redirigir el modelo de atención a la salud para estos pacientes y de este modo facilitar que las estrategias de intervención tengan mayor eficacia en el control de la diabetes, pues muchas veces la información es ofrecida de forma vertical, sin permitir una buena participación de los pacientes y sin considerar lo que ellos saben y lo que desearían saber.

970. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA DIABETES EN ADULTOS MAYORES BRASILEÑOS: DIFERENCIAS POR NIVEL SOCIOECONÓMICO

L.A. Facchini, B.P. Nunes, E. Tomasi, E. Thumé, S.M. Silva, F.V. Siqueira, D.S. Silveira, V.I. Miranda, A. Osorio

Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes es un problema común entre ancianos en Brasil, pero evaluaciones de la calidad de la atención para los diabéticos son escasas en el país. Objetivo: Evaluar la calidad de la atención referida por ancianos con diabetes en el país.

Métodos: Encuesta de base poblacional llevada a cabo en 2009, en 100 municipios de las cinco regiones geopolíticas de Brasil. La muestra de ancianos fue representativa de las zonas urbanas del país. La calidad de la atención a la diabetes se verificó a través de la realización de con-

sulta médica para el problema, examen de los pies y pruebas para medir la glucosa en la sangre en ayunas — todos los indicadores con periodos de recordación de un año. Estos indicadores fueron analizados según el estatus socioeconómico, medido por el modelo de la Asociación Brasileña de Empresas de Investigación y clasifica a los individuos en grupos A/B (los más ricos), C y D/E (los más pobres). Se utilizó chi-cuadrado para la heterogeneidad y tendencia lineal para detectar diferencias en la prevalencia de resultados de acuerdo con la posición socioeconómica. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética.

Resultados: De un total de 6.582 ancianos entrevistados, el 16,9% (IC95%: 16,0, 17,8) mencionó un diagnóstico médico de diabetes. De éstos, en los últimos doce meses, el 77,8% (IC95%: 75,3, 80,2) consultó a un médico, el 36,6% (IC95%: 33,3, 39,9) tuvo los pies examinados y 90,4% (IC95%: 88,4, 92,4) fue sometido a un análisis para medir la glucosa en sangre en ayunas. No hubo diferencias en la prevalencia de consulta médica entre los grupos socioeconómicos ($p = 0,985$). En cuanto al examen de los pies, la prevalencia en los grupos A/B, C y D/E fue 52,4%, 35,2% y 31,6%, respectivamente ($p < 0,001$). La glucosa en ayunas fue realizada por el 97,4% de los ancianos más ricos (A/B), 92,5%, de los del grupo C y en el 84,5% de los más pobres (D/E) ($p < 0,001$).

Conclusiones: La utilización de consultas médicas para la diabetes fue razonable, siendo la semejanza entre los diferentes grupos socioeconómicos un avance en la superación de inequidades en el acceso a los servicios de salud en Brasil. Sin embargo, el examen de pies fue bastante bajo y mostró grandes desigualdades entre los grupos económicos. Esta desigualdad también se evidenció en la realización de análisis de la glucosa en la sangre. Los hallazgos refuerzan la necesidad de mejorar la calidad de la atención a los pacientes más pobres con diabetes en el país. El suceso frente al este reto deberá resultar en una mayor equidad en las condiciones de salud de los ancianos con diabetes en Brasil.

820. ADESÃO À TERAPÊUTICA EM DIABÉTICOS DO TIPO 2

M. Ribeiro, I. Pinto, C. Carvalho, C. Martins, N. Soares, R. Rafael

Instituto Politécnico de Bragança, Investigadora do CETRAD e da UDI; Coordenadora do Departamento de Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica de Farmácia, Instituto Politécnico de Bragança; Escola Superior de Saúde de Bragança.

Antecedentes/Objetivos: Atualmente regista-se um aumento significativo dos casos de Diabetes mellitus tipo 2 a nível mundial e em idades cada vez mais precoces (WHO, 2003; SPD, 2012). Segundo a SPD (2012), a prevalência desta patologia, em Portugal, em 2011, foi de 7,0%. Esta doença caracteriza-se pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, a hiperglicemia, que se deve, à insuficiente produção de insulina e/ou, à ação insuficiente da mesma (WHO, 2003; Nogueira et al, 2006; SPD, 2012). Na literatura a adesão terapêutica é retratada como o grau de concordância do comportamento do doente face às indicações do médico ou outro profissional de saúde, ao nível do cumprimento da prescrição médica e ao nível das indicações relativas ao estilo de vida e comportamentos saudáveis (WHO, 2003). Foram objetivos desta investigação determinar a adesão à terapêutica em diabéticos do tipo 2, utentes de uma farmácia comunitária localizada no concelho de Bragança, e identificar os motivos que mais contribuíram para a não adesão à terapêutica.

Métodos: Estudo quantitativo transversal e analítico. A recolha de dados foi feita no período de janeiro a março de 2012 usando uma técnica de amostragem não probabilística accidental. Os utentes da farmácia foram abordados e convidados a participar, voluntariamente, no presente estudo aquando da dispensa de antidiabéticos orais (ADO). Na recolha de dados foi utilizado o teste de adesão ao tratamento (MAT), desenvolvido e validado para Portugal por Delgado & Lima (2001) e adaptado por Gimenes et al (2009). Participaram neste estudo 35 indivíduos com idades compreendidas entre os 48 e os 90 anos, sendo a maioria do género feminino (57,1%).

Resultados: Relativamente à terapêutica medicamentosa, 91,4% dos utentes utilizam apenas antidiabéticos orais, 2,9% associam os antidiabéticos orais à insulina e 2,9% apenas utilizam insulina. Os resultados revelam que a esmagadora maioria (97,1%) adere à terapêutica medicamentosa. A hora da toma, seguido do esquecimento e do abandono da toma sem indicação médica foram os fatores que mais contribuíram para uma menor adesão à terapêutica. A dieta, o exercício físico e a toma de medicamentos associada a outras patologias mostram ser diferenciadoras do grau de adesão.

Conclusiones: Esta investigação aponta para a necessidade do reforço das informações prestadas aos utentes com recurso a ferramentas que auxiliem o cumprimento das dosagens e horários. O uso de pictogramas, de informação escrita nas embalagens, a utilização de caixas multidose, entre outras medidas, são contributos, pouco dispendiosos e úteis, que ajudam a melhorar o grau de adesão à terapêutica medicamentosa.

620. 20 AÑOS DEL REGISTRO DE DIABETES TIPO 1 DE CATALUÑA

N. de Lara Barloque, C. Castell Abat, A. Daroca Maristany, C. Cabezas Peña, R. Milà

Agència de Salut Pública de Catalunya; Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia y adolescencia en especial en los países industrializados. Cataluña dispone del Registro de diabetes tipo 1 desde el año 1987. El objetivo es describir las características epidemiológicas de la enfermedad en Cataluña durante el periodo 1987-2010.

Métodos: Recogida prospectiva de personas menores de 30 años en el momento del diagnóstico de la DM1 según criterios de la OMS, a través de la fuente de información principal (profesionales sanitarios) y secundaria (asociación de pacientes). Para calcular la incidencia se ha utilizado como denominador la población censal por cada quinquenio. Para el cálculo del intervalo de confianza (IC95%) de la incidencia se ha utilizado la distribución de Poisson. Para el exhaustividad ha empleado el método captura-recaptura.

Resultados: Durante el período enero 1987-diciembre 2010 se han identificado 6.310 nuevos casos de DM1: 3.713 hombres, 2.597 mujeres menores de 30 años al diagnóstico. Se observa una distribución similar entre el grupo de 0-14 años (3.139) y el grupo de 15 a 29 años (3.171) con un predominio de hombres en este último grupo. La tasa de incidencia ha pasado de 11,0/10 (5) en los primeros 5 años a 08/09/10 (5) en el periodo 2005-10, con marcada tendencia estacional. La distribución de la incidencia por regiones sanitarias es heterogénea. El grado de exhaustividad global del registro se ha estimado en un 90,1%.

Conclusiones: El registro de DM1 en Cataluña ha contribuido al conocimiento epidemiológico de la diabetes en los países mediterráneos, constituye el único registro del estado con esta duración. La incidencia de diabetes en Cataluña se mantiene estable, no se observa un patrón en la distribución geográfica dentro de Cataluña.

240. VIABILIDAD DE CÁLCULO DEL RIESGO VASCULAR EN UN REGISTRO INFORMATIZADO SOBRE CONSEJO DIETÉTICO

M.M. Rodríguez del Águila, M.A. Rubín Gómez, D. Almagro Nievas, J. Cortés Santiago, R. Sánchez Robles, B. Gómez Pozo

UGC Medicina Preventiva, V y PS, Complejo Hospitalario de Granada.

Antecedentes/Objetivos: El Consejo Dietético (CD) Intensivo es una intervención de prevención y promoción de la salud que progresivamente se está implantando en Andalucía para reforzar la intervención

básica del consejo sobre alimentación y ejercicio físico realizada en Atención Primaria. El Proceso Asistencial Integrado de Riesgo Vascular (RV) identifica a las personas con factores de RV, calcula dicho riesgo y en función del mismo deriva a la persona a la intervención de CD acordada. El objetivo fue determinar la fiabilidad de los registros del CD existentes para el cálculo del RV.

Métodos: Pilotaje retrospectivo descriptivo. Se seleccionaron los registros informatizados de las UGC que más han trabajado el CD en los Distritos Granada y Nordeste (2011-2012). La fuente de información fue el módulo Cartera de Servicios y las Agendas personalizadas de enfermería de Diraya. El criterio de inclusión fue estar en el listado o en las Agendas. Las variables analizadas fueron nivel de CD (Básico, Intensivo Individual e Intensivo Grupal), municipio, diabetes (sí/no) e índice de masa corporal (IMC), además de las implicadas en el Riesgo Vascular: edad, sexo tabaco (sí/no), colesterol total y tensión arterial sistólica, (iniciales y a 6 meses de la fecha del CD). La variable dependiente fue la viabilidad de cálculo el riesgo vascular (sí/no) inicial y final. Se calcularon frecuencias, medias y desviaciones y se aplicó la t de Student apareada.

Resultados: Se analizaron 25 registros correspondientes en su mayoría a los centros de Baza y Zaidín. El 56% fueron mujeres. El promedio de edad fue de 55 ± 14 años. Un 48% están en el CD individual y un 24% en el CD grupal. Un 28% de los casos presentaron diabetes como factor de riesgo y en un 20% se desconoce su condición de fumadores. Existen valores perdidos para las variables que forman parte del cálculo del RV. No existen diferencias en los niveles de colesterol ($n = 14$), tensión arterial ($n = 13$) e IMC ($n = 9$) iniciales respecto a finales ($p > 0,10$ para todas). El RV inicial es calculable en el 60% de los casos, mientras que al final, solo se puede calcular para un 28% de registros ($p = 0,082$). Estas discrepancias se hacen más acusadas en los grupos CD básico y grupal, aunque sin diferencias significativas.

Conclusiones: El pilotaje muestra dificultad de cálculo del RV a partir de los registros informatizados, más acusado a los 6 meses. Los registros indican una falta de cumplimentación en las variables necesarias para el cálculo del RV, pudiendo existir diferencias iniciales y finales no visibles debido al escaso tamaño muestral. Se debe potenciar el uso de esta aplicación para poder evaluar la efectividad del CD implantado en Andalucía, especialmente el CD Grupal.

Prevención del cáncer

*Viernes, 6 de septiembre de 2013. 09:00 a 10:00 h
Pantalla 3*

Moderadora: Laura Costas

508. VARIABILIDAD DE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA Y CÉRVIX SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN RSG

G. Renart, M. Sáez, J. Moreno-Crespi, P. de las Heras, B.C. Serdà, R. Marcos-Gragera

Grup de Recerca en Estadística, Econometria i Salut (GRECS), UDG; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Girona; Departament d'Infermeria, UDG.

Antecedentes/Objetivos: Las variables socioeconómicas contextuales están relacionadas con la incidencia de muchos cánceres; en particular, el cáncer de próstata y el de cérvix. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre los cánceres expuestos y variables

socioeconómicas a nivel contextual en la Región Sanitaria Girona (RSG) a partir del riesgo relativo; así como intentar determinar si el estatus socioeconómico podría explicar parte de la variabilidad espacial existente.

Métodos: Estudio poblacional que incluye todos los residentes de la RSG en el período 1993-2006. Los casos de cáncer analizados se obtuvieron del Registro de Cáncer de Girona y el área geográfica de análisis considerada fue la sección censal. Para la estimación del riesgo relativo se utilizó la versión espacio-temporal del modelo de Besag, York y Mollie (BYM); introduciendo cuatro efectos aleatorios; la variabilidad no estructurada; la dependencia espacial; la dependencia temporal y una interacción espacio-temporal. Como variable explicativa se introdujo un índice de privación a nivel de la sección censal, que se construyó a partir de dieciséis variables socioeconómicas extraídas del Censo Español de Población y Vivienda, 2001, utilizando el método DP2. Además, también se consideró el porcentaje de población en los tramos de edad 45-64 años y más de 65 y la población de la sección censal como variables explicativas. En el caso del cáncer de próstata se utilizó un modelo zero-inflated Poisson (ZIP) como distribución de los valores observados para evitar la subestimación de la dispersión observada que provoca el exceso de ceros.

Resultados: En el caso del cáncer de próstata, todas las variables introducidas en el modelo resultaron tener una relación significativa con el riesgo relativo excepto el segundo quintil del índice de privación. Además, la asociación fue negativa y menor con el aumento de este índice. Asimismo, la asociación del riesgo relativo con los dos tramos de edad resultó menor a mayor edad. Para el caso del cáncer de cérvix, únicamente la relación entre el tramo de edad de 65 y más años y el riesgo relativo resultó estadísticamente significativa y positiva.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en la RSG están en la línea de análisis similares en el caso del cáncer de próstata. No obstante, para el cáncer de cérvix no se encontró una relación significativa entre la incidencia de esta localización y el estatus económico. En virtud de los resultados se determina que a mayor privación menor riesgo en el cáncer de próstata.

740. EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA, 2006-2010

F. Pérez-Riquelme, D. Salas, M. de la Vega, A. González de Aledo, J.A. Espinàs, I. Portillo

Consejería de Sanidad, Región de Murcia; Conselleria de Sanitat, Comunidad Valenciana; Consejería de Salud, Canarias; Consejería de Sanidad, Cantabria; Institut Català d'Oncologia; Osakidetza.

Antecedentes/Objetivos: En España la implantación de los programas de cribado de cáncer de colon y recto (CCR) se inicia en el 2000 y de manera progresiva con una cobertura actual del 18% de la población diana. La actualización de la Estrategia en Cáncer del SNS establece que los programas de cribado de CCR deben disponer de sistemas de evaluación conjunta y por CC.AA. Dicha evaluación se realiza a través de la Red de Programas de Cribado de Cáncer de España. Se presentan los resultados de participación de los programas de cribado de CCR desde el 2006-2010.

Métodos: La Red de Programas de Cribado de Cáncer ha consensado un conjunto mínimo de indicadores según los estándares establecidos en la guía europea y ha elaborado un sistema de recogida de la información para indicadores de participación, proceso, y resultado del cribado descritos por las dimensiones año, edad, género, tipo de test y tipología de cribado. En el 2012, se ha recogido los datos del período 2006 a 2010. En este tiempo 5 CCAA han utilizado el TSOH inmunológico cuantitativo, en 1 CA utiliza el TSOH inmunológico cualitativo (2 muestras de heces) y en 2 CCAA el TSOH de guayaco. Los resultados corresponden a 6 CCAA (Cantabria, Canarias, Cataluña,

Murcia, País Vasco y Valencia). Se analiza la tasa de participación por edad, género y tipo de test para este período.

Resultados: En este período 2006-2010, entre las 6 CCAA han realizado un total de 821.377 invitaciones con una participación de 349.627 personas. La tasa de participación global es del 42,57%. Las mujeres tienen una mayor tasa de participación que los hombres (44,54% vs 40,44%). Este efecto se mantiene por tipo de test y por grupos de edad. El análisis por grupos de edad no ofrece importantes diferencias en la tasa de participación (41,61% en el grupo de 50-54 años, 42,48% en el de 55-59 años, de 44,81% en el de 60-64 años, y de 42,07% en el de 65-69 años). Respecto a la tasa de participación según TSOH, para el test inmunológico cuantitativo es 48,27%, para el test de guayaco es 37,46% y el test inmunológico cualitativo (2 muestras de heces) es 25,83%. No obstante, estas diferencias en las participaciones según tipo de TSOH también están influenciadas por el sistema de invitación y la forma de evaluación. Todos los valores tienen una p-valor significativa.

Conclusiones: La tasa de participación en los programas de cribado de CCR presenta unos valores bajos. Las mujeres participan más que los hombres tanto por tipo de TSOH como por edad.

289. MEJORA DE LA INFORMACIÓN Y EFECTO SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

F. Saladié, A. Fité, J. Mallafre, S. Vilanova, M. Salvadó, M. Sánchez, J. Galceran

Fundació Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer; Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili.

Antecedentes/Objetivos: El Programa de detección precoz del cáncer de mama (PDPCM) de Tarragona se puso en marcha en 1998. Hasta el momento se dispone de los datos de seis rondas de cribado. La invitación se hace mediante una carta personalizada. Las actividades de cribado van dirigidas a población asintomática, por este motivo cuando se invita a participar ha de asegurarse que se ofrecerá una información apropiada que ayudará en la decisión final de participar o no. A partir de la sexta ronda, con la carta que se envía a las mujeres que se invitan por primera vez, se incluye una Guía informativa sobre la detección precoz del cáncer de mama donde se ofrece una información equilibrada de los beneficios y los efectos adversos del cribado. El dar este tipo de información, puede influir sobre la tasa de participación, ya sea aumentándola o disminuyéndola. Los programas de cribado han de primar la elección informada por encima de los ránkines de participación. El objetivo de nuestro estudio es analizar cómo ha influido la distribución de esta información sobre la participación de las mujeres que se invitan por primera vez al PDPCM y cuál ha sido su impacto.

Métodos: Para analizar la evolución de la participación se calculó la tasa de participación activa del grupo de mujeres que se invita por primera vez, durante seis rondas de cribado. Para estudiar el impacto de la Guía se seleccionó una muestra de 200 mujeres que la habían recibido y leído, y se les administró, por vía telefónica, un cuestionario estructurado diseñado específicamente, basado en datos cuantitativos. Para determinar el impacto global, se elaboró un indicador a partir del cruce entre tres variables básicas: participación final, predisposición previa a participar y realización de un seguimiento mamográfico periódico previo.

Resultados: El 66% ya conocía el PDPCM antes de recibir la Guía. Los resultados globales muestran un impacto muy positivo sobre el 15% de las consultadas (participan aunque no seguían revisiones periódicas y no estaban predispuestas a participar) y positivo sobre el 34% (participan aunque ya se controlaban periódicamente pero no estaban predispuestas a participar). La evolución de la participación de las mujeres invitadas por primera vez en las cinco primeras rondas fue de 58,7%, 59,4%, 54,8%, 52,5% y 54,3%, y en la sexta del 60,7%.

Conclusiones: La introducción de la Guía informativa a partir de la sexta ronda de cribado ha influido aumentando la tasa de participación del grupo de mujeres invitadas por primera vez. En casi la mitad de la muestra estudiada, el impacto de la Guía fue positivo o muy positivo.

282. RESULTADOS DE LA PRIMERA ÁREA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE COLON EN TERRES DE L'EBRE

A. Fité, F. Saladie, M.I. Llovet, J. Giné, R. Junyent, J. Galceran

Fundació Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer (FUNCA); Hospital Verge de la Cinta.

Antecedentes/Objetivos: En mayo de 2012 se inició el Programa de prevención de cáncer de colon y recto (PPCCR) en la región sanitaria Terres de l'Ebre. Este va dirigido a la población de riesgo medio (50-69 años y sin antecedentes) que, por carta, es invitada a recoger el kit de la prueba de detección de sangre oculta en heces inmunológica (PDSOFi) en su centro de atención primaria de referencia. Si el resultado es positivo (≥ 100 ng/ml) se realiza una consulta de cribado y una colonoscopia. Aunque está ampliamente demostrado el coste-efectividad de este tipo de programa, cabe analizar los resultados para apoyar la ampliación de la implementación a nuevos territorios.

Métodos: Se analizaron los principales indicadores de proceso y resultado en Tortosa-Est (la primera área básica concluida). Se describen los resultados usando para las variables cualitativas (n, % y comparación de proporciones mediante test de chi-cuadrado) y, para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central.

Resultados: La población diana fue de 5.532 y se invitó al 91,25% (484 exclusiones). La tasa de participación fue 57,36% siendo significativamente mayor en mujeres (59,72%) respecto los hombres (54,65%) y en ámbito rural (69,5%) que en urbano (54,9%). La tasa de positividad PDSOFi fue de 6,01% global siendo significativamente superior en hombres (7,2% edad media de 58,5 años) vs mujeres (4,9% con 52,5 años de edad media). Al 98,85% de dichas personas se les indicó una colonoscopia. La tasa de detección de cáncer fue 4,83%, siendo igual la proporción de colonoscopias con cáncer en ambos sexos (8%). De los cánceres invasivos detectados el 64,7% eran estadios iniciales (I, II) y el 35,7% estadios avanzados (Dukes C y D) y 11 de los 14 casos (78,6%) localizados en recto/sigma. La tasa de detección de adenomas de bajo riesgo fue de 7,25%, de 8,98% para los de riesgo medio y 18,99% para los de riesgo elevado. De las colonoscopias realizadas a mujeres, el 21,9% fueron negativas y en el 15,1% se detectó patología benigna (pólipos hiperplásicos) frente al 17,7% negativas y 4,2% patología benigna en hombres.

Conclusiones: La implementación del Programa en Terres de l'Ebre ha logrado resultados muy satisfactorios en la primera área finalizada. Los resultados de tasas de participación, positividad y detección están dentro de los límites esperados. Las diferencias de participación, positividad y hallazgos colonoscópicos según sexo son concordantes con otros programas más requieren estudios específicos. Destacar el impacto como programa de prevención primaria por el elevado número de lesiones adenomatosas detectadas y extirpadas.

283. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE COLON Y RECTO, ¿DÍGAME?

A. Fité, M. Carulla, C. Victorio, Y. López, J. Galceran

Fundació Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer (FUNCA).

Antecedentes/Objetivos: En mayo de 2012 se inició el Programa de prevención de cáncer de colon y recto (PPCCR) en la región sanitaria Terres de l'Ebre. Este va dirigido a la población de 50-69 años invitada

por carta a recoger el kit de la prueba de detección de sangre oculta en heces en su centro de atención primaria. Una de las funciones de la Oficina Técnica de coordinación es la atención telefónica, siendo ésta la principal vía de comunicación con los usuarios. El registro no sólo cuantitativo de las llamadas recibidas sino también de los motivos y acciones realizadas es un elemento a considerar en la planificación y mejora del PPCCR.

Métodos: Desde el inicio del Programa se han registrado, los datos básicos de las llamadas recibidas al teléfono de contacto del PPCCR. Se han recogido como variables sociodemográficas: identificación, nombre, edad, población y teléfono. En cuanto al contenido de la llamada: el motivo (9 categorías) y la decisión tomada (6 categorías) y fecha. Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables categóricas mediante n y % y comparación de proporciones (chi-cuadrado).

Resultados: Del 7 mayo 2012 al 20 marzo 2013 se han registrado 535 llamadas. De éstas se desconoce el sexo en 2,4% y del resto 57,9% fueron realizadas por mujeres siendo significativamente diferente según sexo. Los principales motivos de las llamadas fueron: realización de colonoscopias previas 42,8%, 25% antecedentes personales y/o familiares y 21,3% llamó solicitando información general. En cuanto a la decisión tomada, el 46,7% fueron exclusiones y el 26% observaciones. La distribución según día de la semana fue: lunes 23,7%, martes 19,4%, miércoles 19,1%, jueves 20% y viernes 17,7%. Y según meses: mayo 5,4%, junio 6,7%, julio 7,8%, agosto 12,3%, setiembre 10,5%, octubre 8,4%, noviembre 13,1%, diciembre 6,7%, diciembre 9,9%, enero 9,9%, febrero 11,2% y marzo 7,8%.

Conclusiones: La información contenida en el texto de la carta de invitación respecto a la comunicación de antecedentes o realización de colonoscopias previas es seguida en elevada proporción por la población diana y representa el principal motivo por el que se generan llamadas. Derivado de este motivo de contacto, las decisiones tomadas son concordantes: exclusión del programa. En cuanto a la distribución temporal de las llamadas, el viernes es el día con menor volumen posiblemente atribuible a menos horas de atención. La distribución según meses debe interpretarse en relación a las fases de activación de los centros. La atención telefónica representa una actividad básica de la oficina técnica y su registro permite mejorar dicha atención.

738. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA COMUNIDAD VALENCIANA. INDICADORES DE BENEFICIO Y EFECTOS ADVERSOS. COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE DOS GRUPOS DE EDAD: 45-49 AÑOS Y 50-54 AÑOS

J. Miranda García, C. Pons Sánchez, J. Ibáñez Cabanell, C. Vicente Casado, D. Salas Trejo

Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: El PPCM:CV ha cumplido 20 años de actividad. Comenzó en 1992 y la población diana al inicio fue 45-65 años. Objetivo: comparar indicadores predictores de beneficio y efectos adversos en 2 grupos de edad de 45-49a (1) y 50-54a (2) 9 años.

Métodos: Se describen los grupos de edad 1 y 2 e incluye la población atendida entre 1992-2011 Se consideran indicadores predictores de beneficio: participación y adhesión al programa, tasa detección y precocidad diagnóstica (tamaño y afectación ganglionar), como indicadores de efecto a adversos la tasa de valoración adicional y porcentaje de pruebas invasivas.

Resultados: Indicadores predictores de beneficio: La participación global es mayor en el grupo 2 (77,81 frente a 74,52), aunque al analizar la adhesión al programa no se observan diferencias significativas (90,78 en el grupo 1 y 91,51 para el 2 La tasa de detección para el grupo de 1 es 3,4 por mil mujeres en cribado inicial y 3,2 por mil para el cribado sucesivo. Para el grupo 2 la tasa de detección ha sido 4% para cribado inicial y 3,3% para cribado sucesivo Precocidad diagnóstica,

en el grupo 1 y cribado inicial, encontramos un 42,27% entre tumores menores de 1 cm o carcinomas in situ y un 38,53% en cribado sucesivo. Para el grupo 2 los valores son de 43,20% y 39,05 para cribado inicial y sucesivo respectivamente. Afectación ganglionar. En el grupo 1 y tumores infiltrantes detectados encontramos valores de 66,79% y 64,27% para cribado inicial y sucesivo. En el grupo 2, los valores encontrados son 63,27% para cribado inicial y 66,26 para cribado sucesivo. Indicadores efectos adversos: Valoración adicional. Para el cribado inicial valor de 13,98% en el grupo 1 frente a 11,27 en el 2, aunque al estudiar las visitas con pruebas invasivas los valores entre ambos grupos son similares. 2,41% frente a 2,04%. Para el cribado sucesivo encontramos 8,77% y 6,14% respectivamente y respecto a pruebas invasivas solicitadas los valores son de 1,48% y 1,11% para ambos grupos.

Conclusiones: Ambos grupos obtienen unos resultados muy similares. La tasa de valoración adicional es superior en el grupo 1 (mayor solicitud pruebas no invasivas) pero las pruebas invasivas solicitadas son similares por tanto el impacto de falsos positivos no es superior. La tasa de detección es adecuada a los valores esperados y la precocidad diagnóstica medida por tamaño, tipo de tumor y afectación ganglionar está por encima de los valores esperados.

578. IMPACTO DE LOS CAMBIOS EN LA PARTICIPACIÓN Y POSITIVIDAD DEL TEST EN LA 2.ª RONDA DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE COLON Y RECTO SOBRE EL VOLUMEN DE COLONOSCOPIAS DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

A. Buron, F. Macià, J. Grau, A. Serradesanferm, M. Andreu, M. Pellisé, C. Hernández, A. Castells, X. Castells

Servei d'Epidemiologia i Avaluació, Hospital del Mar; Unitat d'Avaluació, Suport i de Prevenció, Hospital Clínic de Barcelona; Servei de Digestologia, Hospital del Mar; Servei d'Endoscòpia Digestiva, Hospital Clínic de Barcelona; Servei de Gastroenterologia, Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En diciembre de 2009 se inició el Programa de detección precoz del cáncer de colon y recto de Barcelona, dirigido a hombres y mujeres de 50 a 69 años, en 6 distritos municipales (N = 197.802). La prueba de cribado es el test de sangre oculta en heces inmunológico (TSOHi), con periodicidad bienal, y en caso de test positivo, confirmación diagnóstica mediante colonoscopia en los hospitales de referencia. El objetivo de este estudio es analizar el impacto, en el volumen de colonoscopias de cribado, del cambio en los indicadores de participación y positividad observados en la segunda ronda respecto a la primera.

Métodos: Se analizan los resultados correspondientes a la primera (2010-2011) y segunda (2012-2013) ronda del Programa relativos a 8 áreas básicas de salud (ABS). Se analiza el cambio absoluto en el porcentaje de participación (número de personas con resultado de TSOHi sobre el total de personas invitadas) y en el porcentaje de positividad (resultados de TSOHi \geq 100 ng Hb/ml buffer, sobre el total de personas con resultado de TSOHi). También se analiza el cambio absoluto y relativo en el volumen de colonoscopias de cribado efectuadas como consecuencia de un test positivo.

Resultados: En todas las ABS estudiadas aumenta la participación entre 1 y 6,5 puntos porcentuales, así como en números absolutos en la mayoría de áreas. La positividad disminuye en todas las áreas entre 0,6 y 3,2 puntos. El volumen de colonoscopias confirmatorias experimenta un descenso medio del 19,2%, con un rango que oscila entre el 6,6% y el 29,9%.

Conclusiones: En la segunda ronda se observa un aumento en la participación, atribuible probablemente al mayor conocimiento del Programa entre la población, pero también a la mejor depuración (exclusiones) de la población elegible. Por otro lado, el descenso de la positividad es el esperable en rondas sucesivas, debido a la exclusión

previa de una gran parte de los casos prevalentes de patología colónica causante de sangrado. La combinación de estos dos hechos tiene un impacto neto negativo sobre el número de colonoscopias de cribado realizadas. Sería interesante contrastar estos resultados con el incremento futuro de colonoscopias de seguimiento de los adenomas diagnosticados por el Programa.

1185. RADÓN Y RIESGO DE CÁNCER NO PULMONAR. UN ESTUDIO DE COHORTES EN GALICIA

A. Ruano-Ravina, R. Barbosa-Lorenzo, M. Raíces Aldrey, J.M. Barros-Dios

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El radón residencial es un importante factor de riesgo del cáncer de pulmón. Sin embargo, no se ha asociado con la incidencia de otros cánceres, aunque hay estudios que apuntan esta posibilidad para algún tumor específico. El objetivo de este trabajo es conocer si el radón residencial influye en la aparición de cáncer diferente al pulmonar en un estudio de cohortes.

Métodos: El estudio se ha realizado en los sujetos que han participado en el Mapa de Radón de Galicia. Todos ellos han colocado un detector de radón residencial en su domicilio entre 2001 y 2006. La concentración de radón se midió en el Laboratorio de Radón de Galicia y se emplearon detectores de trazas de tipo alpha-track. Los sujetos participantes han constituido una cohorte que se ha seguido hasta el 31 de diciembre de 2011 como fecha de cierre del estudio o hasta la fecha de la muerte. Los datos de los participantes se han cruzado con el registro de mortalidad de Galicia para conocer su estado vital. Los resultados se analizaron con regresión logística en la que la variable dependiente fue desarrollar o no cáncer diferente al pulmonar y la variable independiente la concentración de radón en dos categorías (mayor y menor de 148 Bq/m³). Como variables de ajuste se utilizaron sexo, edad y tiempo de residencia en la vivienda. Los resultados se expresan como Odds Ratios con intervalos de confianza del 95%. Se repitió el mismo análisis restringiendo a aquellos sujetos que hubiesen vivido más de 25 años en el mismo domicilio.

Resultados: Entre 2002 y 2006 se midió el radón residencial en 1.367 sujetos. De ellos, 31 fallecieron por algún tipo de cáncer, diferente al pulmonar, durante el seguimiento. Se excluyeron todos los sujetos que fallecieron por cáncer de pulmón u otras causas no oncológicas. La edad mediana fue de 52 años, con un rango intercuartílico de 38 a 65 años. El 60,2% fueron varones. La mediana del tiempo de residencia en el domicilio fue de 28 años y la concentración mediana de radón 68 Bq/m³. La Odds Ratio ajustada de cáncer de cualquier tipo fue de 0,86 (IC95% 0,25-2,99). Al restringir el análisis a los sujetos que hubiesen vivido más de 25 años en la misma vivienda la Odds Ratio es de 0,94 (IC95% 0,20-4,34).

Conclusiones: La exposición a radón residencial no parece influir en el riesgo de otros cánceres diferentes al pulmonar. El riesgo de cáncer no aumenta en aquellas personas con mayor tiempo de residencia en una misma vivienda.

1139. DETERMINANTES DO DIAGNÓSTICO AVANÇADO DO CÁNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL

S.S. Aguiar, A. Bergmann, L.C. Thuler

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

Antecedentes/Objetivos: Este estudio teve como objetivo analisar os fatores determinantes do estadiamento avançado em mulheres com câncer invasivo do colo do útero.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal, utilizando dados dos Registros Hospitalares de Câncer do Brasil. Foram incluídas mulheres com câncer invasivo do colo de útero (CID-O-C53), diagnosticadas entre 2000 e 2009, casos analíticos. Foram estudadas as variáveis: idade ao diagnóstico; raça, nível educacional; estado civil; consumo de álcool; tabagismo; região geográfica brasileira de residência; ano do diagnóstico; tipo histológico. Considerou-se desfecho, estadiamento da doença ao diagnóstico sendo agrupado em inicial (I a IIA) e avançado (IIB ou mais). A análise descritiva da população de estudo foi realizada através da determinação de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas, e distribuição de frequência para as variáveis categóricas. Para avaliação dos fatores determinantes do estadiamento clínico avançado, foi realizada análise bivariada, sendo estimados os valores das odds ratio (OR), com intervalos de 95% de confiança e valores de p. As variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) e clínica nesta análise foram incluídas na análise de regressão logística pelo método Enter para confecção do modelo final. Foi utilizado programa estatístico SPSS versão 17.0.

Resultados: Foram obtidos 49.135 casos de câncer invasivo do colo de útero no Brasil entre 2000 e 2009. As mulheres apresentavam em média 52,22 (DP 14,24) anos de idade ao diagnóstico. A maioria das mulheres declararam ser da raça branca (42,4%), ter 1 a 8 anos de estudos (65,2%), residir na região sudeste (45,1%). Aproximadamente 83% das mulheres possuíam tipo histológico Carcinoma de Células Escamosas e 70,6% estavam em estágio avançado da doença. Ao realizar a análise bivariada, todas as variáveis estudadas apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho, exceto tabagismo e consumo de álcool. Após análise de regressão logística, mulheres com idade igual ou superior a 65 anos apresentam 85% mais chances de serem diagnosticadas nos estágio avançado da doença (OR 1,86, IC95% 1,30-2,64) comparada às mais jovens (15 a 24 anos). Mulheres negras (OR 1,29, IC95% 1,12-1,49), residentes na região norte e sul (OR 1,66, IC95% 1,46-1,89; OR 1,30, IC95% 1,14-1,49; respectivamente), sem companheiro (OR 1,20, 1,11-1,30) e com baixa escolaridade (OR 1,31, IC95% 1,22-1,40), que tinham tipo histológico Carcinoma de Células Escamosas (OR 1,81, IC95% 1,64-2,00) apresentaram risco aumentado de serem diagnosticadas em estadiamentos mais avançados do câncer invasivo do colo de útero.

Conclusiones: Disparidades socioeconômicas estão associadas ao diagnóstico avançado do câncer do colo do útero no Brasil.

Envejecimiento y salud

Viernes, 6 de septiembre de 2013. 09:00 a 10:00 h
Pantalla 4

Modera: María Isabel Zuluaga Callejas

447. INTERACCIONES SOCIALES Y DE RECURSOS EN LAS PERSONAS MAYORES EN ASTURIAS, 2012

M. Margolles Martins, I. Donate Suárez, P. Margolles García

Consejería Sanidad de Asturias; UNED.

Antecedentes/Objetivos: La integración y soporte social son elementos claves en la recuperación de la enfermedad, y del mantenimiento de las personas mayores, sobre todo de los más vulnerables. El aislamiento social es un factor de riesgo de aumento en la mortalidad y la morbilidad. El análisis de la situación social es determinante so-

bre la evolución clínica y funcional. De hecho se incluyen estos factores en determinados procesos de estratificación de población. Un instrumento es la escala OARS, que nos da información sobre estructura familiar, patrones de amistad y relaciones sociales así como disponibilidad de cuidadores.

Métodos: Estudio descriptivo de evaluación de la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que lo rodea a través de las dimensiones de actividades sociales, relaciones sociales, soporte social, y recursos sociales a través de la escala ORAS (Duke) realizada en personas de 65 y más años de edad en la encuesta de salud asturiana (ESA-12) de 2012. Se analiza su frecuencia y factores determinantes con el programa Stata a través del uso de frecuencias y regresión logística multivariante. La clasificación de todos los casos en esta escala se han hecho por la misma persona y de manera individual valorando todos los ítems.

Resultados: La escala OARS evalúa los recursos sociales de las personas mayores en seis grupos, desde excelentes recursos sociales (relaciones satisfactorias, existe al menos una persona que lo cuida indefinidamente) a recursos sociales totalmente deteriorados (relaciones sociales insatisfactorias, de baja calidad y no tiene ayuda). Los resultados obtenidos en la muestra correspondiente a la primera oleada de la ESA-12 indican que un 33% tiene un buen resultado pero eso significa un 51% de hombres y solo un 20% de mujeres. El 4% de mujeres tiene relaciones totalmente deterioradas (solo un 2% en hombres). Realizando una regresión logística multivariante el mejor modelo para los dos peores grupos de relaciones sociales, incluye la edad (OR: 1,06 (1,03-1,14)), el sexo (mujer, OR: 3,5 (1,3-9,2)), vivir con su pareja (OR: 3,8(1,5-9,9)), vivir con miembros de su familia (OR: 10,1 (1,9-54,5)). Las personas mayores tienen más probabilidad de tener malas relaciones sociales y por ende más riesgo de aumento en la mortalidad y la morbilidad en función del sexo, del tipo de hábitat (en zonas urbanas), según clase social. Consecuencias (o causas) de ese aislamiento se pueden ver en la presencia de enfermedad crónica, donde lo más relevante son la presencia de depresión y/o ansiedad.

Conclusiones: Con este estudio se ha logrado una aproximación hacia el conocimiento del grado de integración y soporte social en las personas mayores en Asturias, determinantes como factor de riesgo de mortalidad y morbilidad.

448. PREDICTORES DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN LAS MUJERES ANCIANAS ESPAÑOLAS

G. Reyes-Jiménez, A. López de Andrés, R. Jiménez-García, V. Hernández-Barrera, I. Jiménez-Trujillo, P. Carrasco-Garrido

Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; Departamento de Medicina Preventiva de Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos.

Antecedentes/Objetivos: Describir la prevalencia del consumo de medicamentos prescritos en las mujeres españolas de 65 y más años identificando los factores asociados a ese consumo.

Métodos: Se realizó un estudio farmacoepidemiológico, descriptivo y transversal en la población española de 65 y más años, utilizando datos de la Encuesta Europea de Salud para España, recogidos desde abril de 2009 a marzo de 2010. En total se analizaron 6.026 sujetos, de los cuales 3696 fueron mujeres. Las variables independientes incluidas en el estudio fueron sociodemográficas, relacionadas con el perfil de salud, estilos de vida y con la utilización de recursos sanitarios. Para realizar el análisis se utilizó un modelo de regresión logística múltiple, utilizando las variables que resultaron estadísticamente significativas con el consumo de medicamentos mediante regresión logística simple previa.

Resultados: La prevalencia del consumo de medicamentos prescritos en las mujeres de 65 y más años fue de 88,1% IC95% (86,98-89,21). Las variables que se asociaron significativamente a una mayor probabilidad de consumo de medicamentos fueron: el aumento de la edad,

padecer más de cuatro enfermedades crónicas [OR = 32,47 IC95% (18,52-56,90)], una mala autopercepción del estado de salud [OR = 2,15 IC95% (1,27-3,62)], no consumir alcohol, índice de masa corporal mayor o igual a 30, haber consultado al médico de familia [OR = 2,43 IC95% (1,82-3,24)] y haber sido vacunada contra la gripe.

Conclusiones: Los predictores asociados al consumo prescrito de medicamentos en las mujeres españolas de 65 y más años fueron la mala percepción del estado de salud, las pluripatologías (padecer más de cuatro enfermedades), tener un IMC \geq 30 y acudir al médico de atención primaria.

626. IMPACTO DE LA COMORBILIDAD EN EL ESTADO FUNCIONAL EN PERSONAS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADAS

S. Marventano, N. González, S. García-Gutiérrez, M.J. Forjaz

Departamento "G.F. Ingrassia" Sección de Higiene y Salud Pública, Universidad de Catania; Unidad de Investigación, Hospital Galdakao-Usansolo y REDISSEC; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III y REDISSEC.

Antecedentes/Objetivos: La comorbilidad es un problema frecuente en personas mayores y un factor de riesgo de eventos adversos de salud. El objetivo del estudio fue analizar la relación entre comorbilidad y estado funcional en personas mayores no institucionalizadas.

Métodos: Se utilizaron dos cohortes de mayores no institucionalizadas, una representativa de España (n = 892) y la otra de mayores que acudían a urgencias por una caída (n = 1.926). Como medida de independencia funcional se utilizó el índice de Barthel. Para valorar la comorbilidad, se recogió, de forma auto-declarada, la presencia o ausencia de los siguientes problemas crónicos de salud: problemas de huesos, audición, visión, corazón, digestivos, respiratorios, tumores, Parkinson, Alzheimer, diabetes melitos, e hipertensión. Se analizó, en función de las diferentes comorbilidades, tanto individualmente como en pares, el estado de independencia funcional en 2818 personas de más de 65 años. En el análisis estadístico se usaron modelos de regresión logística univariada y multivariada, utilizando como variable dependiente el índice de Barthel.

Resultados: El 67,3% las personas mayores no tenían alguna dependencia funcional según el índice de Barthel y el 65,1% presentaban dos o más comorbilidades. En relación con las variables demográficas, la mayor edad y el bajo nivel de estudios se asociaron negativamente con la funcionalidad (p < 0,001). La enfermedad de Alzheimer (p < 0,05), los problemas de huesos (p < 0,01), de corazón (p < 0,05) y la diabetes melitos (p < 0,05) mostraron un efecto negativo sobre la independencia funcional. Entre los pares de comorbilidad más frecuentes, la coexistencia de problemas de huesos y problema de corazón (OR = 2,08; IC95% = 1,41-3,07), y de visión y corazón fueron los pares con mayor impacto funcional (OR = 1,75; IC95% = 1,07-2,86).

Conclusiones: El deterioro de la independencia funcional en personas mayores es influenciado por la presencia de comorbilidad. El conocimiento de la relación entre las enfermedades y la funcionalidad puede ayudar a desarrollar estrategias para mejorar la independencia funcional en personas mayores con comorbilidades.

902. FACTORES PREDICTORES DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE (2000-2010), BRASIL

L.A. Pernambuco, M.M. Sousa, A.M. Guerreiro, L.A. Melo, K.C. Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Antecedentes/Objetivos: De acordo com o Censo 2010, existem 342.890 idosos no estado do Rio Grande do Norte (RN) – Brasil, o

que representa 10,8% da população, proporção semelhante à nacional. Conhecer os fatores contextuais preditores do envelhecimento pode contribuir para a proposição de políticas públicas que garantam ao idoso o direito à proteção, promoção e recuperação da saúde. O objetivo do estudo foi analisar os fatores contextuais, preditores do envelhecimento populacional nos 167 municípios do estado do RN.

Métodos: Foram propostos três indicadores, baseados em índices gerados a partir dos Censos 2000 e 2010. Para cada índice foi calculada a diferença entre os anos e estabelecidos os seguintes indicadores: diferença percentual total de idosos (DPTI) – população com 60 anos ou mais/população total (\times 100), diferença no índice de sobreenvelhecimento (DIS) – idosos com idade 80 anos ou mais/total de idosos (\times 100) e diferença no índice de envelhecimento (DIE) – total de idosos/população com idade de 0 a 14 anos (\times 100). Vinte indicadores sociais e determinantes geopolíticos constituíram as variáveis independentes. As variáveis que apresentaram valores de p < 0,20 na matriz de correlação foram incluídas no modelo múltiplo de regressão linear. O nível de significância foi de 5%.

Resultados: As variáveis dependentes apresentaram as seguintes médias: DPI = 1,98 \pm 0,90; DSI = 1,20 \pm 2,80; DIE = 16,5 \pm 6,26. A DPTI teve como preditores o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM) emprego e renda, o porte populacional e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para Educação. A DIE teve como preditores, além do porte populacional, a taxa de vítimas de acidentes e razão de sexo. Nenhuma variável foi preditora para a DIS. Os resultados mostraram que em municípios de pequeno porte há mais idosos em relação à população total e à população de jovens. Municípios com elevado IFDM emprego e renda possuem um menor percentual de idosos em relação à população total. Já nos municípios com elevado IDH Educação ocorre o oposto. A alta taxa de vítimas de acidentes proporciona ao município um maior número de idosos em relação aos jovens. A maior proporção de homens na população confere ao município um menor número de idosos em relação à população de jovens.

Conclusiones: Conclui-se que as variáveis contextuais que mais influenciam o aumento da população idosa no estado são o porte populacional, IFDM emprego e renda, IDH Educação, taxa de vítimas de acidentes e razão de sexo.

954. AUTOPERCEPÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DE CAMPINAS/SP

D.F. Mendes Camargo, L. Marín-León, A.M. Segall-Corrêa, B.F. Nascimento Jacinto Souza

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva.

Antecedentes/Objetivos: A população idosa vem aumentando rapidamente nos últimos anos. A saúde é o determinante mais importante que garante a autonomia e a capacidade de decidir do idoso. Com isso, é importante conhecer as condições de vida, de saúde e econômica dessa população. Este trabalho teve como objetivo investigar a associação da percepção do idoso sobre sua condição de saúde segundo fatores socioeconômicos, demográficos e morbidades referidas.

Métodos: Estudo transversal de base populacional com amostra aleatória de 150 idosos com 60 anos ou mais residentes no município de Campinas/SP. A condição de saúde foi categorizada em: boa/muito boa e regular/ruim/muito ruim. Foi calculado o teste de qui-quadrado e exato de Fisher para cada variável independente, considerando estatisticamente significativos os valores com p < 0,05. Os dados deste trabalho foram obtidos a partir de um estudo mais amplo, realizado entre 2011-2012, envolvendo 561 pessoas com mais de 18 anos de idade.

Resultados: A proporção de idosos que referiu condição de saúde regular/ruim e muito ruim não apresentou diferenças significativas para as seguintes variáveis: sexo, escolaridade, trabalho remunerado, ser chefe de família, classe socioeconômica, obesidade abdominal, hipercolesterolemia, acidente vascular cerebral, infarto, asma, peso corporal aumentado, hipertensão arterial, artrose e dor nas costas. Apresentaram proporção significativas mais elevada de condição de saúde regular/ruim e muito ruim os idosos que referiram ter diabetes mellitus (72,2% vs 49,1%) ($p = 0,015$); depressão (83,3 vs 50,8%) ($p = 0,009$) e mais de duas doenças crônicas (63,8% vs 43,5%) ($p = 0,013$).

Conclusiones: O julgamento desfavorável da condição de saúde esteve associado à diabetes mellitus, depressão e ao maior número de morbididades referidas.

985. LA INCONTINENCIA URINARIA EN LAS INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA DE ANCIANOS DE BRASIL

J. Jerez Roig, D.L. Bezerra de Souza, K.C. Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Hospital Can Misses.

Antecedentes/Objetivos: La incontinencia urinaria (IU) en las instituciones de larga estancia de ancianos de Brasil.

Métodos: En marzo de 2013, fue realizada una revisión de literatura científica en las bases de datos Pubmed, LILACS, Scielo, PAHO, MedCarib, Capes y Google Académico. Fueron excluidos estudios que incluyeron individuos menores de 60 años, hospitalizados o residentes en sus hogares.

Resultados: Se seleccionaron 10 trabajos, todos en lengua portuguesa: 8 artículos científicos y 2 resúmenes de tesis de máster. Las muestras variaron entre 13 y 150 individuos y la frecuencia de IU entre 22 y 100%. La IU de esfuerzo fue el más frecuente de los tipos y los factores asociados identificados fueron el déficit de la movilidad y de la función cognitiva. El impacto del problema en la calidad de vida fue moderado. No se encontraron estudios sobre prevención y tratamiento de la IU en el ámbito asilar.

Conclusiones: La IU es un problema de salud frecuente en ancianos institucionalizados de Brasil, que ha sido poco estudiado en la literatura científica. Son necesarios trabajos de mayor rigor metodológico para conocer mejor las características del problema y poder planificar medidas de prevención y tratamiento adecuadas, que tengan por objetivo reducir la afectación de la IU, así como la sobrecarga de los cuidadores y el gasto sanitario.

1031. CUIDADOS, SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN PERSONAS SIN HIJOS

G. Zamora, R. de la Rosa, M. Otxotorena

Universidad Pública de Navarra; Hospital Universitario Donostia; Asociación ON:GIZ Elkartea.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los resultantes del proceso de envejecimiento demográfico es la visibilización de la diversidad en los grupos de población de 65+ años, durante mucho tiempo considerados homogéneamente como uno solo. Son cada vez más visibles diferentes trayectorias en los cursos de vida de individuos 65+. Tal es el caso de las personas 65+ auto-identificadas como LGBT (lesbianas, gay, bisexuales y transexual) y de personas 65+ sin hijos ("aparentalidad"). Por razones diversas, y extensamente documentadas, muchos individuos del primer grupo pertenecen también al segundo. En España estos estudios son escasos. Este trabajo analiza las similitudes y diferencias entre el envejecimiento LGB y de personas sin hijos en

relación con resultados de salud, organización de los cuidados y uso de servicios de salud para ofrecer recomendaciones de políticas ante el crecimiento de familias/individuos sin hijos y de redes de apoyo más pequeñas.

Métodos: Método mixto. Se analiza la Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) en su oleada 1 (2004) que incluye 31.115 personas de 50+ y sus parejas, en 12 países; se toman 2.925 casos de personas 50+ sin hijos y se comparan con 18.488 casos de personas 50+ con hijos. Se les sigue en la oleada 2 (2006; 14 países) y oleada 3 (2008; 13 países). Algunos casos tienen una pareja del mismo sexo, pero no existen preguntas sobre identidades/comportamiento sexuales. Por ello, se realizaron 12 entrevistas en profundidad a personas LGB mayores de 50 años sin hijos/hijas.

Resultados: Las personas sin hijos presentan resultados de salud similares a las que tienen hijos, excepto con algunas diferencias significativas en salud mental y calidad de vida percibida (EURO-D, CASP-12); y participan más en actividades sociales. Las redes de apoyo de las personas sin hijos y las LGB son más diversas en procedencia, pero más homogéneas en edad. Las personas LGB desarrollan tempranamente comportamientos de auto-cuidado ante el riesgo de carecer de apoyo si sobrevienen eventos negativos de salud; y parecen utilizar el sistema sanitario en menor medida que otras personas de su edad.

Conclusiones: Actualmente asistimos al rediseño de los sistemas de bienestar (incluida la atención sanitaria y la salud pública). Este rediseño debe contemplar la variabilidad en el grupo de población 65+, que hoy día es el que más utiliza los servicios sanitarios y que probablemente seguirá haciéndolo en el futuro. Analizar los resultados de salud y las estrategias de afrontamiento de las personas sin hijos y de las personas LGB ante un sistema que les ha sido adverso contribuye a identificar medidas innovadoras para la prevención y la atención sanitaria ante una cada vez más compleja población envejecida.

1149. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL, RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL

F.L. Juvêncio dos Santos Amaral, A.K. Bezerra de Medeiros, L. Almeida de Melo, K. Costa de Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Antecedentes/Objetivos: O crescente envelhecimento populacional tem propiciado um aumento na demanda das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que se transformaram em grandes residências coletivas. No entanto, ainda há escassez de conhecimento sobre os reais motivos que levam os idosos a buscarem assistência nestes estabelecimentos. Assim, o presente estudo teve como objetivo identificar os motivos associados com a institucionalização de idosos residentes em instituições com e sem fins lucrativos do município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Métodos: Trata-se de estudo transversal, descritivo e observacional, composto por uma amostra de 387 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos. Foram coletados dados de 12 ILPI, sendo 6 sem fins lucrativos e 6 com fins lucrativos, no período de Dezembro de 2011 a Outubro de 2012. Para tanto, utilizou-se como instrumento de coleta um questionário contendo perguntas relativas às condições socioculturais, econômicas e de saúde. As perguntas foram feitas pessoalmente e direcionadas aos idosos orientados, como também foram coletadas algumas informações a partir dos cuidadores e fichas sociais dos participantes. Na análise dos dados, utilizou-se o teste do Qui-quadrado e o odds ratio, com um nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados: Os resultados mostraram que a institucionalização em ILPI com ou sem fins lucrativos foi associada significativamente às

seguintes causas: não ter lugar onde morar ($p < 0,001$); estar doente ($p < 0,001$); abandono ($p = 0,004$); e por conflitos familiares ($p = 0,014$). Os idosos residentes em ILPI sem fins lucrativos apresentaram 1,5 (1,4-1,6) vezes mais risco de institucionalização por não ter lugar onde morar; 0,5 (0,3-0,9) por estar doente; 1,5 (1,4-1,6) por abandono; e 1,5 (1,4-1,6) por conflitos familiares.

Conclusiones: Os achados enfatizam que os principais motivos que levam à institucionalização dos idosos estão relacionados com as condições de saúde do mesmo, principalmente decorrentes de doenças crônicas; e por questões sociais, como consequência da ausência de uma rede de apoio bem estruturada, tanto formal quanto informal, que forneçam subsídios no cuidado ao idoso.

227. ASSOCIAÇÃO ENTRE ADEQUAÇÃO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DE IDOSOS RESIDENTES EM ZONA RURAL NO BRASIL E O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO

S.F. Diniz Heitor, L.R. Rodrigues,
D.M. dos Santos Tavares, S.S. Castro Miranzi

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Antecedentes/Objetivos: Verificar entre 850 idosos residentes em zona rural, a associação de variáveis sociodemográficas e econômicas na adequação ao Guia Alimentar.

Métodos: Estudo com delineamento descritivo, transversal e observacional realizado na zona rural de Uberaba-MG, Brasil, entre junho de 2010 a março de 2011. As características sociodemográficas e econômicas foram obtidas por meio de entrevista e a ingestão alimentar por meio de um Questionário de Frequência de Consumo Alimentar. A análise estatística dos dados consistiu em descritiva, proporção e teste qui-quadrado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, nº 1477.

Resultados: Concernente ao sexo, verificou-se que a adequação aos passos 1, número de refeições ($2 = 6,765$; $p = 0,009$); 5, consumo adequado de leite e carnes magras ($2 = 3,880$; $p = 0,049$); 7, consumo de refrigerantes e doces em geral no máximo duas vezes na semana ($2 = 17,934$; $p < 0,001$); 8, diminuir o consumo de sal e retirar o saleiro da mesa ($2 = 5,181$; $p = 0,023$); e 10, prática de 30 minutos de atividade física/dia, não fumar e não consumir bebida alcoólica ($2 = 4,025$; $p = 0,045$), esteve associada ao sexo feminino. Enquanto os passos 2, consumo diário de cereais ($2 = 10,949$; $p = 0,001$); 4, consumo de feijão com arroz pelo menos cinco vezes por semana ($2 = 16,051$; $p < 0,001$) e 9, beba pelo menos dois litros de água por dia ($2 = 50,694$; $p < 0,001$); ao masculino. O passo 3, consumo de frutas, verduras e legumes; não apresentou diferenças significativas entre os sexos ($2 = 0,329$; $p = 0,566$). Ao comparar as faixas etárias, observou-se que os idosos de 60-80 anos apresentavam maior adequação ao passo 9, beba pelo menos dois litros de água por dia ($2 = 7,703$; $p = 0,006$), comparado com aqueles ≥ 80 anos. No que tange a escolaridade, nenhum dos passos apresentou associação com esta variável. Com respeito a renda, o passo que apresentou associação significativa foi o 4, consumo de feijão com arroz pelo menos cinco vezes por semana ($2 = 7,960$; $p = 0,005$); com maior adequação pelos idosos que possuem rendimentos.

Conclusiones: Faz-se necessário o manejo nutricional dos idosos. Identificar o conhecimento nutricional entre eles e seus familiares/cuidadores é importante para que os serviços de saúde desenvolvam estratégias para o monitoramento e controle, minimizando e/ou adiando o aparecimento de possíveis complicações. Os idosos devem participar ativamente de ações de aconselhamento nutricional, as quais promovam prazer, conforto e segurança, sem desprezar que alimentos, além de nutrientes, agregam valores culturais e sociais.

Gestão sanitaria

Viernes, 6 de septiembre de 2013. 09:00 a 10:00 h
Pantalla 5

Moderador: Pedro Oliveira

544. ANÁLISIS DE CAMPAÑAS, PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS PARA EL FOMENTO DEL USO RACIONAL DE LOS ANTIMICROBIANOS

M.N. Moya Garrido, P. Navarro Pérez, E. Martín Ruiz,
A. Olry de Labry Lima

Escuela Andaluza de Salud Pública; Universidad de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los problemas que actualmente más preocupación genera en Salud Pública es la tendencia creciente del número de cepas bacterianas resistentes al tratamiento con antibióticos. Por ello, los principales sistemas y organizaciones sanitarias han elaborado numerosas propuestas que pretenden mejorar y racionalizar el uso de fármacos antimicrobianos. El objetivo del presente trabajo, consistió en recoger las principales iniciativas, programas y campañas sanitarias más importantes realizadas en torno al uso racional de antimicrobianos realizando una descripción detallada de las mismas.

Métodos: Se combinaron dos estrategias diferentes para la localización de iniciativas y campañas sobre el uso adecuado de antimicrobianos. En primer lugar, se hizo una búsqueda estructurada de la literatura, a través de los recursos disponibles desde la Biblioteca Virtual de SSPA y desde la Universidad de Sevilla, accediendo en ambos casos a las principales bases de datos y metabuscadores especializados en ciencias de la salud. El resultado de la búsqueda anterior se completó con la consulta expresa de los sitios web pertenecientes a los principales organismos e instituciones relacionados con la Salud Pública, finalizando ésta con la búsqueda activa en la plataforma Google Scholar de informes, literatura gris y otros documentos no recogidos previamente y que pudieran tener relación con el tema de estudio.

Resultados: Se localizaron un total de 28 iniciativas: 11 acciones educativas; 5 medidas no impositivas de ayuda a la prescripción; 9 campañas de medios de comunicación y 3 iniciativas que combinaban al menos dos de los tipos anteriores. En relación a las medidas dirigidas a profesionales sanitarios se observa que en la mayoría de los casos, la puesta en marcha de las mismas se traduce en una disminución en las tasas de antibióticos prescritos, un incremento de prescripción con la duración recomendada y un mayor registro de la causa de prescripción. Por otro lado, las actividades que tienen como población diana a la ciudadanía dan lugar a un mejor conocimiento general de la utilidad de los antibióticos y a una disminución de la demanda de estos fármacos para los cuadros de resfriado común.

Conclusiones: Las diferencias en el diseño y aplicación de las distintas iniciativas, dificultan la comparabilidad de las mismas y por tanto la formulación de conclusiones de peso que permitan discriminar entre aquellas técnicas que provoquen un mayor impacto. Aún así, los resultados recogidos en cada una de ellas parecen indicar la utilidad de este tipo de iniciativas para mejorar la prescripción de antibióticos por parte de los profesionales sanitarios y el conocimiento de estos medicamentos en la ciudadanía.

409. ¿FACTURAMOS LO QUE DEBEMOS O LO QUE PODEMOS? A PROPÓSITO DEL CASO DE UN GRAN HOSPITAL

J. Martínez Tapias, A. Fernández Valdivia, C. Chica Morillas, L. Campos Llorent, J. Madero López, C. Jiménez Álvarez, M. Rodríguez del Águila, M. Peña Taveras, C. Martínez Cirre

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: En el momento actual la facturación adecuada se convierte en una fuente de financiación imprescindible en el contexto de reducción de recursos financieros en el sistema sanitario. Hay estimaciones sobre subfacturación que oscilan entre el 10 y el 30% sobre todo en pruebas complementarias y consultas externas de revisión tanto en hospital como en A. Primaria En un Hospital de alta complejidad: Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN), donde esta protocolizado el proceso de la facturación de cobros a terceros, es pertinente hacernos la pregunta ¿cuánta es la subfacturación de pacientes hospitalizados en el último año? Nuestro objetivo es estimar el grado de subfacturación en consultas y pruebas diagnósticas debido a la inadecuada identificación de los episodios de hospitalización del último ejercicio en episodios facturables y no facturables.

Métodos: Entendemos por subfacturación cuando no facturamos todo lo que debemos y aquello que podemos facturar no acaba siendo efectivamente facturado. Mediante aplicativo informático identificaremos de los episodios facturados (852) cuales han estado en consultas externas y en pruebas diagnósticas no habiéndose facturado estas y de los episodios no facturados (30.900) de hospitalización evaluaremos una muestra de las en base a variables indirectas que nos alerten de una posible facturación no realizada. Para detectar un 10% de subfacturaciones de entre las facturables con una precisión del 3,00% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza con corrección para poblaciones finitas al 95,00% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 10,00% y que el tamaño total de la población es de 852, será necesario incluir 265 episodios y 380 episodios de los no facturables.

Resultados: En los últimos años la facturación de cobros a terceros por todas las causas ha oscilado en nuestro hospital entre los 6,5 y los 7,2 millones de €. Con incrementos anuales que oscilan entre el 5-10% Si se cumplen nuestra hipótesis de partida hemos dejado de facturar entre al menos 190.000 € en episodios facturable y 650.000 € en episodios no facturables según ley de precios públicos.

Conclusiones: La actualización del proceso unido a una adecuado conocimiento y difusión entre el personal de los servicios de atención al ciudadano son claves para evitar bolsas de ineficiencia del sistema por la ausencia de facturación de servicios sanitarios a terceros que en estos momentos no podemos permitirnos.

443. TENDENCIA TEMPORAL DEL USO DE PRUEBAS DE IMAGEN Y FACTORES ASOCIADOS, 2007-2012

B. Argüelles, I. González-Álvarez, J.M. Salinas, M. Pastor-Valero, L. Arrabal, I. Hernández-Aguado, B. Lumbreras

Departamento de Salud Pública, UMH; Servicio de Radiología, Hospital San Juan de Alicante; Servicios Informáticos, Hospital San Juan de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El desarrollo tecnológico ha dotado a la práctica médica de novedosos medios diagnósticos como son las pruebas de imagen. Sin embargo, también tienen riesgos asociados como resultados falsos positivos, sobrediagnóstico o aumento de radiación recibida. El conocimiento de la frecuencia de uso de las distintas pruebas de imagen permite una mejor gestión de los servicios. Este estudio estima la tendencia temporal de la frecuencia de pruebas de imagen realizadas en el área de salud 17 de la Comunidad Valenciana, 2007-2012, así como su relación con las variables sociodemográficas de la población.

Métodos: Estudio transversal para el cálculo de la prevalencia de pruebas realizadas en cada uno de los años de estudio. La población incluida se determinó a partir de los datos de la tarjeta SIP del área 17 en cada uno de los años incluidos. El número y tipo de pruebas realizadas se obtuvo del servicio de radiología del Hospital de San Juan de Alicante. Las pruebas se agruparon de acuerdo al tipo de procedimiento, teniendo en cuenta también la clasificación de la Comisión Europea de aquellas pruebas asociadas a una mayor radiación. Para el tratamiento de la información se utilizaron las herramientas BIKE-Datamining del sistema Cloud CEIB I+D (Salinas et al, 2012).

Resultados: La población adscrita al área 17 en el año 2007 fue de 234.917 sujetos; media edad 41,7 años (DE 21,8); 52,1% mujeres, y no cambió de manera significativa durante los 6 años de estudio. El número de pruebas realizadas por año desde 2007 a 2012 fue: 249,1/1.000 habitantes; 292,4/1.000 habitantes; 300,5/1.000 habitantes; 345,6/1.000 habitantes; 367,6/1.000 habitantes, y 2012: 353,1/1.000 habitantes respectivamente ($p=0,035$). Los hombres aumentaron las pruebas realizadas de 221,7/1.000 hab en 2007 a 311,0/1.000 hab en 2012 (aumento del 40,2%); las mujeres de 274,2/1.000 hab en 2007 a 391,8/1000 hab en 2012 (aumento del 42,9%). En 2007, el 65,8% de las pruebas realizadas se asocian a radiación (radiología y TAC) y este porcentaje se mantiene durante el estudio. Las pruebas asociadas a radiación aumentaron de 163,9/1.000 hab en 2007 a 233,0 s/1.000 hab en 2012.

Conclusiones: La tasa de pruebas realizadas es elevada y se ha producido un aumento significativo en los últimos 6 años. Aunque el número de pruebas realizadas es superior en mujeres que en hombres, el incremento temporal se ha producido de igual manera en ambos sexos. Es necesario realizar esfuerzos por un uso más racional de las pruebas de imagen, así como estimar los efectos relacionados con el aumento de la radiación recibida por la población.

518. ESCALAS DE GRAVIDADE CLÍNICA: DEFINIÇÃO DO PONTO ÓTIMO DE CORTE

P. Duriyakornkul, P. Oliveira

Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: O peso ao nascer foi, durante muitos anos, uma medida, de fácil observação, do risco de morte neonatal; contudo, o peso ignora outros factores importantes na determinação do risco como a idade gestacional ou comorbilidades. Por estas razões, várias escalas de gravidade clínica foram desenvolvidas, que permitem, assim, comparar, com base numa mesma métrica, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. A análise ROC (Receiver Operating Curve) As escalas de gravidade clínica neonatal permitem comparar, com base numa (Receiver Operating Curve) [Metz(1978), Seminars in Nucl Med, 8, 283-298], com origem na teoria do sinal e na psicologia sensorial, tem sido usada na comparação de escalas de gravidade clínica. Vários trabalhos mostraram que o Clinical Risk Index for Babies (CRIB) apresenta um melhor poder discriminante na previsão do risco de morte; porém, várias críticas consideraram que introduzia algum enviesamento de tratamento e, por essa razão, em 2003, foi criada uma nova escala, CRIB-II [Parry, et al. (2003), The Lancet, 361, 1789-1791], que ultrapassa algumas das limitações apontadas. Contudo, para além da comparação entre escalas com base na área abaixo da curva (Area Under the Curve, AUC), as curvas ROC permitem a definição do melhor valor de corte que minimiza os erros de má classificação, isto é, a Fração de Falso Positivos (FPF) e a Fração de Falsos Negativos (FNF). Por essa razão, a definição de um valor de corte assume um papel relevante na decisão médica.

Métodos: Em geral, um teste é avaliado pela Sensibilidade (Se) e pela Especificidade (Sp) que correspondem, respectivamente, à Fracção de Verdadeiros Positivos (TPF) e à Fracção de Verdadeiros Negativos (TNF). Neste sentido, a curva ROC permite visualizar os dife-

rentes compromissos, em função dos diferentes valores de corte. Neste trabalho, dois critérios são usados para definir o valor de corte: o ponto mais próximo do canto superior esquerdo do plano ROC e o índice de Youden [Perkins and Schisterman (2006), American Journal of Epidemiology, 163(7), 670-675].

Resultados: Para o efeito, com base numa amostra de bebês de baixo peso, as escalas CRIB e CRIB-II são comparadas em termos da AUC, e para cada uma é definido o valor de corte ótimo em função dos dois critérios. Os resultados mostram que os dois critérios definem os mesmos valores de corte quando as condições definidas em [Perkins and Schisterman (2006), American Journal of Epidemiology, 163(7), 670-675] são observadas, o que acontece com a escala CRIB-II; porém tal não se observa com a escala CRIB.

Conclusiones: Em conclusão, os critérios para a definição de um valor de corte podem não produzir os mesmos resultados, com implicações para a decisão médica.

623. GESTIÓN DE TIRAS REACTIVAS EN ANTICOAGULACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD

N. Monfort Catalán, C. Acebrón Sánchez-Fortun, A. Moncau Mayola, L. Martí Clavé, G. Sáez Rubio, T. Graell Riera, I. Martínez Amiamo, A. Lanau Roig, F. Maestre Payà

Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: El control de la anticoagulación oral (ACO), se inició en el Centro de Salud La Marina en el año 2007, previa formación de las enfermeras en la realización de la técnica. Inicialmente, el centro disponía de dos dispositivos de determinación de "Razón Normalizada Internacional" (INR) y posteriormente se dotó con dos más debido al aumento de pacientes con control en el centro y domiciliarios. Debido a la pérdida ocasional de los medidores y la falta de control del consumo se decide iniciar este proyecto. Objetivos: controlar la ubicación de los dispositivos medidores Conocer el gasto de tiras respecto al número de controles realizados.

Métodos: Durante todo el año 2012, se implantó un circuito con una base de datos en formato Excel donde la enfermera registró de forma nominal y diaria los siguientes datos: hora de entrada y salida del dispositivo, ubicación del mismo, número de controles realizados y tiras utilizadas.

Resultados: Durante el periodo de estudio el total de pacientes a los que se les efectuó determinaciones del INR en sangre capilar fue de 259. En el centro se utilizaron 1.687 tiras para 1.601 determinaciones obteniendo un 5,37% de desviación de error. En los domicilios se utilizaron 685 tiras para 592 determinaciones obteniendo un 15,71% de desviación de error. En total se utilizaron 2.372 tiras para 2.193 determinaciones obteniendo un 8,16% de desviación de error.

Conclusiones: El registro ha permitido tener localizados los dispositivos de control del INR, con el consiguiente ahorro de tiempo profesional. Se ha observado que el número de tiras utilizadas es superior al número de controles. Estos resultados nos plantean la realización de un estudio futuro de eficiencia en el que se determinen las causas de mayor gasto de tiras respecto a controles realizados.

1052. DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA DE DIAGNOSIS-RELATED-GROUP PARA USO EM PACIENTES HOSPITALARES

D.R. Daniel Rufim, D.A. Domingos Alves

Universidade de São Paulo.

Antecedentes/Objetivos: Os Diagnosis Related Groups (DRG) consistem em um sistema de classificação de pacientes hospitalares em grupos específicos, para se determinar o gasto de recursos do hospi-

tal, e serve de suporte para o método prospectivo de pagamento. Este sistema já é utilizado com sucesso em vários países, porém no Brasil ainda é bem escasso o número de pesquisas neste segmento. Neste trabalho, apresenta-se um estudo de implementação de um sistema-piloto de agrupamento de DRGs, utilizando dados do Observatório Regional de Saúde (ORAH), localizado na cidade de Ribeirão Preto, Brasil.

Métodos: Primeiramente realizou-se uma pesquisa bibliográfica para determinar como seria realizada a implementação de um sistema computacional que agruparia as altas hospitalares em DRGs. Esta pesquisa levou em consideração os sistemas de DRG utilizados nos Estados Unidos, Austrália, Portugal, Canadá, Reino Unido e Suíça. Em seguida, foi feita a conversão da codificação dos diagnósticos e procedimentos utilizada nos sistema escolhido, para aquelas que são utilizadas no banco de dados do Observatório Regional de Atenção Hospitalar. Após isso, programou-se um módulo no site do ORAH, utilizando-se a linguagem PHP e o banco de dados Postgre-SQL, com a lógica da árvore de decisão do sistema de DRG escolhido pelos procedimentos anteriores.

Resultados: A pesquisa bibliográfica resultou que o sistema MS-DRG, da instituição estadunidense Medicare seria o mais adequado para essa aplicação, uma vez que é um sistema livre e suas definições estão disponíveis na Internet. De posse das informações deste sistema, a conversão foi realizada da codificação de diagnósticos ICD-10-CM para CID10 e de procedimentos ICD-10-PCS para ICD-9-CM. A implementação do sistema resultou em um módulo do site do ORAH, em que os gestores de saúde podem escolher qual hospital desejam fazer suas consultas, e o site retorna um relatório com o número de pacientes classificados para cada DRG do sistema.

Conclusiones: O método de pagamento utilizando DRG é vantajoso para os hospitais. Contudo, a falta de material científico sobre DRG no Brasil revela o quanto essa tecnologia ainda está pouco desenvolvida neste país. Espera-se que o sistema desenvolvido neste trabalho seja um início para novas pesquisas na área. Embora, este módulo seja apenas um agrupador e ainda falte desenvolver um módulo para o pagamento prospectivo através dos DRGs agrupados no sistema, esperamos que este estudo abra as portas para que este método de pagamento comece a ser empregada nos hospitais brasileiros.

1055. ASPECTOS DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE, SÃO PAULO, BRASIL

C.B. Beil, C.A. Padilha, L.L. Santos, L.C. Ribeiro, A.T. Rello Mattos, J.B. Barros Ferreira, B.A. Lupoli, G. Mazzer, A.L. Senju

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Antecedentes/Objetivos: O diagnóstico de saúde é um instrumento importante para a gestão elaborar seu plano de ação e se inserir na rede de saúde regionalizada. Identificar as principais causas de morbi-mortalidade hospitalar para compor o diagnóstico de saúde.

Métodos: Estudo descritivo, transversal e quantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Analisou-se as causas de morbi-mortalidade hospitalar segundo faixa etária, sexo e principais agravos, a partir de dados populacionais dos últimos 10 anos dos residentes de Cássia dos Coqueiros/SP produzidos pelo Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Resultados: O município tem 2.634 habitantes, 32% residindo na zona rural, sendo 51% homens e 49% mulheres. Há predomínio de adultos jovens de 10 e 19 anos (17,5%). Observou-se redução no número de nascidos vivos e de mães maiores de 20 anos, mas o número de gestantes adolescentes manteve-se alto (41% do total). Quanto a morbidade, a principal causa das internações foi secundária à gravidez, parto e puerpério (14,9%), seguida de doenças cardiovasculares

(14,4%), causas externas (11,8%), doenças digestivas (10,4%), respiratórias (9,4%) e geniturinárias (6,4%). A partir de 2008, as internações gestacionais reduziram para 5,3%, mantendo um perfil semelhante para as demais causas. No que tange à mortalidade, entre 1999 e 2008, as principais causas foram secundárias a doenças cardiovasculares (25,6%), neoplasias (18,1%), doenças respiratórias (15,6%) e infecciosas (8,7%). Entre os menores de 4 anos a principal causa foi as mortes não evitáveis (65,6%), caracterizadas como mal definidas e não claramente definidas segundo a CID 10. Já na população maior de 5 anos as causas mais comuns foram as evitáveis (63,7%), como as cardiopatias isquêmicas (8,75%), doenças respiratórias crônicas/edema pulmonar (5,6%), infecções respiratórias (5%). Entre as causas externas, os acidentes de transporte (5%) envolvem homens com idade entre 20 e 59 anos (80%).

Conclusiones: Cássia dos Coqueiros tem o perfil de um município rural, com predomínio de adultos jovens, declínio de nascidos vivos e una elevada proporção de gravidez na adolescência. O perfil de morbi-mortalidade não difere da realidade brasileira, mas destaca-se o elevado número de mortes de adultos jovens por accidentes de trânsito para um município de pequeno porte. Esses dados preliminares irão compor o diagnóstico de saúde do município que poderá ser una ferramenta gestora, para embasar intervenções coerentes às necessidades, considerando a rede de atenção à saúde regional.

1161. ASOCIACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS MÉDICOS Y LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS: UN ESTUDIO DE COHORTES EN ESPAÑA

C. González González, P. López Vázquez, J.M. Vázquez Lago, M. Piñero Lamas, C. Sánchez Hernández, A. López Durán, A. Figueiras Guzmán

Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela; CIBERESP; Servicio Gallego de Salud; Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela.

Antecedentes/Objetivos: La resistencia a los antibióticos es actualmente uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Las resistencias están directamente relacionadas con el uso de antibióticos. Una de las principales fuentes de uso inadecuado de antibióticos son las prescripciones médicas, principalmente en atención primaria. Sin embargo, se desconocen los factores asociados a la calidad de la prescripción de antibióticos en este medio. El objetivo principal del estudio es evaluar si los conocimientos y actitudes de los médicos de atención primaria están asociados a la calidad en la prescripción de antibióticos.

Métodos: Se ha diseñado un estudio de cohortes retrospectivo sobre la población de los médicos de atención primaria en Galicia (n = 2.221). Las variables independientes (actitudes y conocimientos respecto a los antibióticos y las resistencias) se midieron mediante una escala analógica visual en un cuestionario autocumplimentado (basado en un estudio cualitativo previo) enviado por correo en el año 2010. A partir de la base de datos de facturación farmacéutica de 2008 al 2010, se han calculado los 12 indicadores de calidad de prescripción propuestos por la ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) para cada médico y año de seguimiento. Se consideró buen prescriptor (variable dependiente) aquel que tenía más de cinco indicadores mejores que la media europea, ponderada por población, para cada año de seguimiento. Se aplicaron modelos generalizados multinivel de regresión para evaluar la asociación entre las actitudes y conocimientos con la condición de ser buen o mal prescriptor. Los resultados se expresan en OR ajustados por la realización o no de guardias y el número medio de pacientes.

Resultados: Contestaron el cuestionario 1.464 (65,9%) médicos tras cuatro envíos. Las OR ajustadas han resultado estadísticamente significativas en 8 de los 16 ítems analizados. La actitud que se asocia con

una mayor magnitud de efecto con el hecho de ser buen prescriptor es manifestar un bajo nivel de acuerdo con la afirmación "Ante la duda prefiero asegurarme de que un paciente se cure de una infección utilizando un antibiótico de amplio espectro" OR intercuartílico = 2,06 (IC95%: 1,63-2,60).

Conclusiones: Este es el primer estudio que encuentra asociación entre los conocimientos y actitudes de los médicos y la calidad en la prescripción. Los resultados indican que mejorando conocimientos y actitudes se podría mejorar la calidad de la prescripción, y así reducir las resistencias a antibióticos.

1168. EL PAPEL DE LAS ADMINISTRACIONES LOCALES EN SALUD PÚBLICA

A. Calvo Sánchez, A. Fidalgo

Asociación de Profesionales de Salud Municipal. APSM. Salamanca

Antecedentes/Objetivos: La salud pública municipal ha tenido una gran importancia en la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos, tanto en los aspectos que tienen que ver con la promoción y la protección de la salud, como con lo relacionado con la sanidad ambiental y la vigilancia de la salud. Nos proponemos como objetivo clarificar cuales han de ser las funciones a desarrollar por parte de las administraciones locales en el desarrollo del sistema de Salud pública. Conocer cuál es la realidad de la salud pública desarrollada por las administraciones locales. Desarrollar mecanismos de coordinación con las otras estructuras de salud pública, analizar los sistemas de formación continuada para los profesionales de la salud pública que trabajan en el ámbito local.

Resultados: Clarificación de las competencias en los diferentes niveles.

Conclusiones: Gran importancia de la salud pública municipal en el desarrollo de la salud de los ciudadanos.

303. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ALTAS VOLUNTARIAS SOLICITADAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL (2009-2012)

A. Vilajeliu, G. Mena, M. Aldea, V.G. Sequera, C. Velasco, S. Valencia, V. García, A. Prat

Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Las altas voluntarias representan un pequeña y variable proporción (0,5-1,5%) del total de las altas hospitalarias, pudiendo ser más habituales en poblaciones con factores de riesgo específicos. Se ha descrito que estos casos pueden presentar una mayor proporción de frecuentación asistencial, debido a las características de su enfermedad y/o por haber optado a abandonar el centro asistencial en contra del criterio médico. El objetivo del presente trabajo es identificar los motivos de solicitud del alta voluntaria, así como describir sus principales características clínico-epidemiológicas.

Métodos: Diseño descriptivo observacional retrospectivo. Se ha realizado una revisión de los informes codificados como alta voluntaria de los pacientes atendidos en el Hospital Clínic de Barcelona durante el periodo entre el 1/1/2009 y el 31/12/2012. Los motivos de alta voluntaria considerados han sido los señalados en la literatura. Las variables recogidas han sido de tipo sociodemográfico, temporal y clínico.

Resultados: La frecuencia total de altas voluntarias durante el periodo de estudio ha sido del 0,15% (277/178.774 altas totales), resultando una media anual de 69,25 altas voluntarias. En 232 episodios se pudo obtener la información adecuada para los propósitos del estudio,

correspondiendo 155 casos (66,81%) a hombres. La media de edad fue de 46,36 años (IC95% 43,89-48,83). El 76,29% tenía una procedencia autóctona y el 91,38% presentaba una cobertura con la aseguradora sanitaria pública (CatSalut). En relación a los antecedentes personales, un 47,41% evidenciaba hábitos tóxicos, un 66,23% presentaba enfermedades crónicas asociadas y un 56,90% habían presentado ingresos previos. El tipo de admisión fue urgente en el 74,14% de los casos, con una duración media de 3,57 días en la hospitalización. En un 35,14% de los casos el principal motivo ha sido la considerada como "opción personal sin especificar", seguida con un 21,74% por "sociopatía/adicción". Por áreas asistenciales, han sido más frecuentes en los Institutos de Medicina Interna y Dermatología (24,57%) y el de Neurociencias (17,24%). Los diagnósticos al alta más habituales fueron la patología psiquiátrica (16,59%), la infecciosa (16,16%) y la abdominal (15,28%).

Conclusiones: Una notable proporción de los pacientes que solicitan el alta voluntaria presentan comorbilidades asociadas (hábitos tóxicos, cronicidad, patología psiquiátrica) y antecedentes de ingresos anteriores. Intervenciones dirigidas a conseguir que los pacientes con los perfiles descritos no utilicen la opción de abandonar el hospital en contra del criterio facultativo, pueden ser beneficiosas y han de ser valoradas.

Salud laboral

Viernes, 6 de septiembre de 2013. 09:00 a 10:00 h
Pantalla 6

Moderador: Juan Alguacil

995. EXPOSICIÓN LABORAL A METALES Y SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA EN TRABAJADORES EXPUESTOS A METALES

R. Capelo, M.A. García, M.A. Díaz-Santos, M. Alwakil, R. Jara, A. Pascagoza, A. Ruiz, T. García, J. Alguacil, et al

Centro de Investigación en Salud y Medio Ambiente (CYSMA); Universidad de Huelva; Hospital Juan Ramón Jiménez; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La inhalación de metales puede ser tóxica para el sistema respiratorio. La industria química/metalmetalúrgica es una fuente importante de exposición a metales por inhalación directa en los pulmones. Hemos estudiado la asociación entre la dosis interna acumulada de metales y sintomatología respiratoria en un grupo de trabajadores expuestos a metales.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal. Se midieron los niveles de metales en orina (As, Ba, Be, Cd, Co, Cu, Hg, Li, Mo, Pb, Se, Sr, Tl, V, W y Zn) y en uñas (Al, As, Ba, Be, Cd, Co, Cr, Cu, Fe, Hg, Li, Mn, Mo, Ni, Pb, Pt, Se82, Sr, Tl, U, V, W, y Zn), y obtuvo información válida sobre sintomatología respiratoria (tos seca, tos productiva, dolor garganta, sabor metal, epistaxis, anosmia, úlceras nasales, disnea, silbidos, dolor torácico y hemoptisis) en el último año directamente de 81 trabajadores voluntarios de la industria química/metalmetalúrgica y de 43 trabajadores del sector servicios no expuestos a metales. El 87% de los trabajadores eran hombres, y el 81,5% realizaban su actividad laboral en la provincia de Huelva. Se midieron niveles de metales mediante análisis multielemental por ICP-MS. Se comparó la mediana de los niveles de metales obtenidos en los sujetos que refirieron cada uno de los síntomas con los que no los padecían (test de la U Mann-Whitney). Se utilizaron modelos de regresión logística para el análisis multivariable ajustados por edad, sexo, y área geográfica.

Resultados: El análisis bivariable basado en los niveles de metales en orina sólo mostró asociaciones consistentes con sintomatología respiratoria con niveles elevados de al menos tres metales en el caso de anosmia (Sr $p = 0,02$; Tl $p = 0,003$; Cd $p = 0,0002$; Ba $p = 0,02$; Pb $p = 0,004$). El mismo análisis basado en niveles de metales en uñas aportó asociaciones estadísticamente significativas con mayores niveles de As, Cd, Cu, Pb, Se y Tl para epistaxis, de Ba, Ni, Se, Sr, y Tl para anosmia, y de As, Cu y Fe para disnea. Los niveles de arsénico en uñas mostraron la asociación más consistente con sintomatología respiratoria en los análisis multivariables ajustados por edad, sexo, región y demás metales.

Conclusiones: La medición de metales en uñas captura mejor que la medición en orina la sintomatología respiratoria. El sangrado nasal (epistaxis), anosmia y la sensación de ahogo (disnea) son los síntomas que se asociaron de forma más consistente con mayor número de metales.

436. ¿QUÉ HAY DETRÁS DE LOS ACCIDENTES CON RIESGO BIOLÓGICO EN EL ÁMBITO SANITARIO? ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES

M.C. Álvarez-Castillo, M. Martínez Vidal, M.F. González Gómez, J.M. Cisnal Gredilla, M.D. Insausti Macarrón

Servicio de Salud Laboral, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La vigilancia sanitaria de los accidentes con riesgo biológico (AB) en el sector sanitario público en Madrid se puso en marcha en julio de 2006, incluyendo en la notificación, además de variables descriptivas y temporo-espaciales relacionadas con el accidente, la existencia de factores externos que contribuyen en la génesis de estos accidentes. El objetivo del estudio es describir los factores concurrentes en la materialización del accidente según las dimensiones de persona y lugar.

Métodos: Se analizaron 17.468 AB ocurridos desde el inicio del sistema de vigilancia hasta diciembre de 2012. Variables: categoría profesional, lugar del accidente y 31 factores contribuyentes (FC) relacionados con: la organización y los espacios de trabajo, los ligados al paciente o al accidentado, el entorno ambiental y la formación/información preventiva. Se realizaron análisis de chi-cuadrado y de la variancia, estimándose intervalos de confianza al 95%.

Resultados: En los accidentes con riesgo biológico analizados coincidieron, como media, 2,1 FC siendo los más frecuentes: el apremio de tiempo/ritmo de trabajo elevado (20,7%), realizar maniobras en posturas incómodas (16,6%), realizar muchas tareas al mismo tiempo (13%), existir compañeros de trabajo en el mismo espacio (11,4%) y el estrés (11,4%). Estos FC no se distribuyen del mismo modo por categoría profesional y lugar del accidente existiendo perfiles específicos. Destacan de forma significativa ($p < 0,05$), en Enfermería, los FC ligados a la organización y espacios de trabajo (apremio/ritmo de trabajo elevado y realizar la maniobra manteniendo posturas incómodas); en auxiliares de enfermería, los ligados a los espacios de trabajo (falta de orden y realizar la maniobra manteniendo posturas incómodas); entre médicos residentes, realizar la maniobra manteniendo posturas incómodas y la existencia de compañeros trabajando en el mismo espacio; en Estudiantes de enfermería, la falta de experiencia para la tarea realizada; y en los Médicos, el apremio/ritmo de trabajo elevado. Respecto al lugar de accidente, en Boxes, Quirófano, Paritorio, Consulta y Sala de Curas destacó el apremio/ritmo de trabajo elevado; en la Habitación del paciente realizar la maniobra manteniendo posturas incómodas; y en el Laboratorio realizar muchas tareas al mismo tiempo.

Conclusiones: Además de la utilización de dispositivos de seguridad para la prevención de AB en los centros sanitarios, por los que hay que seguir apostando, la reducción efectiva de éstos precisa del desarrollo de programas formativos y organizativos para colectivos y áreas de trabajo específicos junto con la implementación de métodos de trabajo seguros y mejoras en el entorno laboral.

795. PERCEÇÃO DE RISCOS DO USO DE AGROTÓXICOS NA PRODUÇÃO DE SOJA EM LUCAS DO RIO VERDE, MATO GROSSO: CONTRIBUIÇÕES DAS ABORDAGENS PSICOLÓGICA E CULTURAL

M.S. Belo, F. Peres

FIOCRUZ/RJ.

Antecedentes/Objetivos: O estado do Mato Grosso, localizado no Centro-Oeste brasileiro, é o maior produtor de soja do país, com uma produção estruturada em grandes propriedades, alto nível de mecanização, intensa produtividade e uso extensivo de agentes químicos como adubos e agrotóxicos. Essa combinação de fatores leva o estado a ser o maior consumidor de agrotóxicos do país. O incremento tecnológico nas lavouras de soja do estado viabilizou não só o aumento da produção e escoamento dessa commodity agrícola, mas também colocou em risco um grande contingente de agricultores e residentes próximos às áreas de plantio em situação de risco, face à exposição ocupacional e ambiental a agrotóxicos. O objetivo do presente trabalho é conhecer como agricultores e população residente em um município produtor de soja do estado percebem os riscos associados à exposição ocupacional e ambiental a esses agentes químicos, a partir das contribuições das abordagens psicométrica e cultural da percepção de riscos.

Métodos: O presente estudo se caracteriza como descritivo-exploratório, calcado na pesquisa qualitativa em saúde e desenvolvido a partir da utilização de dois instrumentos de coletas de dados: 1) questionários estruturados aplicados a um grupo de residentes da área agrícola do município (n = 25); e 2) entrevistas semiestruturadas junto a um grupo de residentes (n = 26) da área urbana do município. Os resultados foram organizados em dois bancos de dados distintos e analisados através da abordagem da Análise do Conteúdo.

Resultados: A maioria dos respondentes do questionário e dos entrevistados identificou os agrotóxicos como contaminantes ambientais, em razão de seu intensivo uso na lavoura, sendo a poluição do ar o problema mais citado. Entre os residentes da área urbana observou-se elevada percepção dos riscos à saúde, fato este menos relatado entre os residentes da área agrícola, na sua maioria, envolvidos com a produção de soja. Embora não relacionem tanto a exposição aos agrotóxicos a problemas de saúde, os residentes da área agrícola referem ter experimentado recentemente sintomas típicos da exposição a agrotóxicos.

Conclusões: A análise dos dados mostrou um perfil distinto da percepção de riscos dos moradores do município, com visível influência da dependência da atividade econômica (produção de soja). Esses dados habilitam os estudos de percepção de risco como estratégias de vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos no país.

1102. FACTORES ASOCIADOS CON LA ACCIDENTALIDAD EN CONDUCTORES DE UNA EMPRESA DE TRANSPORTE PÚBLICO URBANO

C.F. Molina Castaño, A.M. Suárez Bermúdez, C.M. Arango Alzate

Tecnológico de Antioquia; Universidad de Antioquia; Alcaldía de Medellín.

Antecedentes/Objetivos: Los eventos de tránsito en el sector transporte son considerados accidentes de trabajo los cuales son la causa más frecuente de lesiones de origen ocupacional en la población trabajadora generando una gran carga social y económica. Es necesario establecer los factores implicados en este tipo de accidentes para desarrollar políticas públicas de prevención de la accidentalidad vial por lo cual se realizó un estudio con el objetivo de estimar cuales factores personales y de las características de la organización del trabajo están asociados con el riesgo de accidentes de tránsito para una empresa de transporte público de la ciudad de Medellín.

Métodos: Se desarrolló un estudio transversal en una muestra representativa y aleatoria de 145 conductores de una empresa de transporte público de la ciudad de Medellín. Se aplicó una encuesta para evaluar las características personales y de la organización de trabajo con la información obtenida se realizó una regresión logística para construir un modelo que explicara la accidentalidad vial de esta empresa de transporte.

Resultados: Al evaluar las diferentes variables incluidas en el estudio y su asociación con la accidentalidad vial se puede apreciar que el entrenamiento laboral disminuye la probabilidad de experimentar eventos de tránsito (OR 0,20 IC: 0,06-0,65) entre los conductores de la empresa de transporte público, del mismo modo la experiencia laboral reduce la probabilidad de accidentalidad vial, siendo menor la probabilidad de ocurrencia entre los que tienen menos de 10 años de experiencia que entre quienes tienen más de 10 años. Estas variables incluidas en este modelo solo explican el 18% de la accidentalidad, hace falta estudiar otras variables que contribuyan con esta explicación.

Conclusiones: se concluye con este estudio que para desarrollar campañas efectivas para la prevención de accidentes se debe promover el entrenamiento al personal que va a conducir vehículos y favorecer una vinculación a largo plazo de los trabajadores.

930. IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE RIESGOS ASOCIADOS A BIOCIDAS EN PROFESIONALES SANITARIOS

A. Gasch Illescas, R.C. Sánchez León, S. Calzón Fernández, M.A. Fernández Navas, M.D. Hernández Caro

Hospital Universitario Virgen del Rocío (SAS); Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Antecedentes/Objetivos: La higiene de manos es la primera medida para la prevención de infecciones asociadas a los cuidados sanitarios, pero la tasa de cumplimiento es baja (30% a 57%). Una de las principales causas de la falta de cumplimiento es la dermatitis irritativa que se deriva del uso de antisépticos. Estas alteraciones cutáneas tienen implicaciones en el control de la infección hospitalaria, ya que el daño cutáneo aumenta el nº de colonias bacterianas y favorece el incumplimiento de la higiene de manos debido a la menor tolerancia del producto. El objetivo del estudio es la investigación de las causas de las lesiones en los profesionales y la puesta en marcha de medidas correctoras.

Métodos: El programa de vigilancia de la salud de los trabajadores detectó un número inhabitual de reacciones adversas en las unidades de cuidados intensivos tras la introducción de un nuevo antiséptico de base alcohólica para la higiene de manos. Se construyó un cuestionario para recoger la información relativa al uso de antisépticos, uso de guantes y presencia de lesiones. Se notificó la sospecha de reacción adversa a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Resultados: Un total de 89 profesionales de enfermería cumplieron el cuestionario. El 78% referían lesiones en las manos desde la introducción del nuevo antiséptico (prurito, sequedad o grietas). El 60% de los profesionales combinaban el uso del nuevo antiséptico de base alcohólica con otros antisépticos. El 70% de los trabajadores recurría innecesariamente al lavado repetido con agua y jabón durante la jornada laboral. Tras el análisis de los datos, la AEMPS concluyó que 1) los efectos adversos eran probablemente debidos a una incorrecta y excesiva utilización del producto; 2) varios factores pudieron contribuir a la aparición de reacciones adversas: uso prolongado, uso concomitante de otro antiséptico, sensibilidad a sus componentes, uso de guantes antes del secado completo y/o lavado previo innecesario con agua y jabón. Como medida correctora, se formó a los profesionales implicados sobre el uso correcto de la solución. La AEMPS, como medida reguladora, ha propuesto incluir en la etiqueta la mención: "la aplicación frecuente del producto puede producir sequedad y grietas en la piel".

Conclusiones: La notificación de reacciones adversas ha permitido la introducción de medidas reguladoras para la protección de la salud del personal sanitario. Antes de la introducción de un nuevo antiséptico ha de formarse al personal sobre su uso correcto. Cuando las necesidades asistenciales justifiquen el uso frecuente de antisépticos, está indicada la utilización regular de cremas protectoras.

62. DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL SEGÚN SEA LA ENTIDAD GESTORA EN CATALUÑA, 2008-2012

C. Albertí, J. Jardí, R. Manzanera, J.M. Martínez, I. Torá, J. Delclós, F.G. Benavides

Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Universitat Pompeu Fabra; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); University of Texas School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: Comparar la duración de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común (ITcc) de más de 15 días, en los trabajadores del régimen general en los últimos 5 años en Catalunya, en función de su entidad gestora: Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o Mutua de Accidentes de Trabajo (Mutua).

Métodos: Para cada año, se calculan la duración mediana (DM) del primer episodio de ITcc por trabajador dado de alta ese año según sexo, edad, actividad económica (construcción, industria, agricultura y servicios), provincias (Barcelona, Tarragona, Lleida y Girona), y grupos diagnósticos seleccionados (trastornos mentales, osteomusculares, traumatismos y tumores). Para analizar la probabilidad de ser dado de alta según el gestor (INSS como referencia) se calculó los HR (y los IC al 95%) mediante regresión de Cox, y se ajustó por todas las variables seleccionadas, estratificando por año y sexo.

Resultados: El total de episodios fue 1.004.184. La probabilidad de ser dado de alta en los hombres fue superior significativamente cuando el gestor era la Mutua entre 2008 y 2011, desapareciendo la diferencia en 2012 (HR ajustado = 0,997; 0,981-1,014), y en las mujeres sólo es superior cuando la Mutua era el gestor en 2008 y 2009, produciéndose un cambio y siendo la probabilidad de ser dado de alta mayor cuando el gestor era el INSS a partir de 2010, incrementándose paulatinamente hasta 2012 (HR ajustado = 0,969; 0,956-0,982).

Conclusiones: La disminución progresiva de las diferencias entre ambos gestores en estos años, especialmente en los hombres, podría ser debido a la armonización de los recursos y criterios en la gestión del alta de los episodios de ITcc en Cataluña entre las Mutuas y el INSS. El modelo catalán de gestión de la ITcc, puede haber contribuido a esta convergencia de las duraciones entre los gestores.

205. VARIABILIDAD GEOGRÁFICA DE LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y MENTALES

I. Torá-Rocamora, J.M. Martínez, J. Delclós, J. Jardí, R. Manzanera, C. Albertí, F.G. Benavides, D. Gimeno

Centro de Investigación en Salud Laboral; Universitat Pompeu Fabra; CIBERESP; The University of Texas School of Public Health; Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries.

Antecedentes/Objetivos: Examinar la variabilidad geográfica de la duración de la incapacidad temporal por contingencia común (ITcc) debida a trastornos musculoesqueléticos (TME) y trastornos mentales (TM) entre comarcas de Cataluña, y evaluar el grado en que factores individuales y contextuales pueden explicar esta variabilidad.

Métodos: Se analizaron todos los primeros episodios de ITcc debidos a TME y TM finalizados en 2007 y 2010 en Cataluña. Se examinaron factores individuales (sexo, edad, entidad gestora, régimen de afiliación a la Seguridad Social y actividad económica) junto a factores

contextuales relacionados con recursos sanitarios (número de áreas básicas de salud) y socioeconómicos (cuota de mercado y tasa de desempleo). Se ajustaron modelos de regresión multinivel de riesgos proporcionales de Cox con episodios anidados en comarcas. Se calculó la varianza del efecto aleatorio de comarca (VC), el median hazard ratio (MHR) y el interquartile hazard ratio (IHR). Se representó el hazard ratio (HR) ajustado por factores individuales y contextuales en mapas de comarcas. Los análisis se hicieron separadamente para TME y TM, sexo y año.

Resultados: La variabilidad geográfica de la duración de la ITcc fue pequeña aunque estadísticamente significativa. La variabilidad disminuyó principalmente con los factores individuales analizados. Para los TM en hombres, las mayores diferencias respecto al modelo vacío (VC = 0,0169, MHR = 1,13, IHR = 1,35) se observaron en 2010 en los modelos que incluían únicamente la actividad económica (VC = 0,0142, MHR = 1,12, IHR = 1,32) y el régimen de afiliación (VC = 0,0129, MHR = 1,11, IHR = 1,30). Para las mujeres la mayor disminución respecto al modelo vacío se produjo también para TM en 2010 (VC = 0,0147, MHR = 1,12, IHR = 1,32) debido a la actividad económica y el régimen de afiliación (VC = 0,0123, MHR = 1,11, IHR = 1,29 en ambos), además del número de áreas básicas de salud (VC = 0,0126, MHR = 1,11, IHR = 1,30). Para los TME únicamente se observaron diferencias mínimas al considerar los factores individuales y/o contextuales. Finalmente, se encontraron patrones en la distribución geográfica del HR ajustado con menores riesgos (mayores duraciones) en el noroeste de Cataluña.

Conclusiones: La variabilidad geográfica de la duración de la ITcc fue pequeña aunque estadísticamente significativa, con mayores diferencias en 2010. Dicha variabilidad fue principalmente explicada por factores individuales, siendo los más relevantes la actividad económica y el régimen de afiliación.

957. SATISFACCIÓN LABORAL DE ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA EN ANDALUCÍA

M. Cuadros Romero, G. Domecq Fernández de Bobadilla, R. Mena Bernal, P. Uceda Carrascosa, M.A. García Frasquet, M. Zabala Gamarra, P. Hernández Cortés, P. Navarro Pérez, E. Martín Ruiz

SATO; Fundación SATO; EASP.

Métodos: Estudio descriptivo con la aplicación de un cuestionario autoadministrado a especialistas COT de la población recogida en las bases de datos de la sociedad científica andaluza SATO, no se aplicó diseño muestral. Se utilizó una encuesta alojada en Internet a la que se accedía previa invitación por correo electrónico. Las respuestas se codificaron de manera anónima. Se utilizó el Cuestionario de Satisfacción Laboral s10/12 y se incluyeron nuevas preguntas adaptadas a este estudio. Se realizó análisis estadístico descriptivo y análisis bivariantes de variables sobre satisfacción con edad y sexo.

Resultados: Participaron 314 profesionales, de 642 invitaciones al cuestionario enviadas (tasa de respuesta = 48,9%). La edad media fue de 45,23 (DE ± 11,55), casi 20% eran mujeres (n = 55) con una edad media de 38,45 (DE ± 10,73), y la de varones de 46,83 (DE ± 11,17). Las variables que generan mayor satisfacción laboral son las relaciones profesionales tanto con compañeros como con superiores. En cuanto a insatisfacción, la utilidad de la carrera profesional es la variable más destacada (59% insatisfechos) seguida de la forma en la que se negocian aspectos laborales en la empresa (50% insatisfechos), la accesibilidad a cursos de formación y el cumplimiento de convenio laboral (ambos con 44% insatisfechos). Se registran diferencias estadísticamente significativas en algunas variables atendiendo al sexo y al grupo de edad (p < 0,05). Son 51 los residentes que participan en la consulta; se registran altos porcentajes de satisfacción sobre su formación, destacando la formación en el campo clínico (82% satisfechos),

seguida de la formación global recibida (80% satisfechos). Un 22% declara insatisfacción con las habilidades como docente de su tutor.

Conclusiones: El balance final de la satisfacción laboral del conjunto de profesionales COT y residentes es positivo. Es significativa la buena percepción de las relaciones con compañeros y jefes, elementos importantes para un buen clima laboral. Por otro lado, variables de políticas de recursos humanos formuladas a nivel central cuentan con peor valoración (el valor de la carrera profesional y acceso a formación). En el caso del conjunto de MIR, el resultado lleva a considerar la figura actual del tutor de residentes.

121. OCUPACIÓN Y ENFERMEDAD EN ASTURIAS, 2007-2011

M.M. Rodríguez Suárez, G. García Tardón, A. Tardón García

IAPRL; IUOPA; Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: En el año 2006 se declararon 1.036 enfermedades por contingencia profesional en Asturias y en el año 2011 fueron 547, un 5% de la declaración española. Los índices de incidencia para este último año varía del 34,33 en minería a 0,44 en agricultura. En cada actividad económica hay ocupaciones con mayor riesgo que otras de contraer enfermedad. Determinar qué perfil es el más prevalente permite priorizar las medidas preventivas y medir su eficacia. 1) Analizar los datos de enfermedad profesional que se registran en Asturias desde el año 2009 al 2011. 2) Valorar los condicionantes sociales como el género y la ocupación. 3) Establecer indicadores válidos para medir la consecución de objetivos en política preventiva.

Métodos: Se analizan los datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social desde el año 2009 al 2011. Se consulta en CEPROSS los expedientes con datos incompletos y la clasificación final de cada expediente de enfermedad profesional para valorar si al cierre del proceso se ha variado la calificación a otro tipo de contingencia y si ha resultado una incapacidad o no. Los datos se depuran en hojas Excel y se exportan a Access para realizar consultas respecto a la actividad económica, sexo, ocupación y lesión incapacitante o no.

Resultados: Se declaró 509, 536 y 417 casos. Por género en el año 2009 fueron 382 hombres y 127 mujeres, en el 2010 fueron 377 hombres y 159 mujeres y en el 2011 fueron 373 hombres y 174 mujeres. En ambos sexos la edad pico es de 40-44 años en el 2009; aumenta a 45-49 años de edad en el 2010 y a 50-54 años en el 2011. Minero es la ocupación que encabeza la declaración y predomina en hombres. En mujeres fue limpieza en el 2009, dependienta de comercio en el año 2010 y servicios de personal en el 2011. El número de ocupaciones sin codificar pasó de 126 casos en el 2009, a 68 en 2010 y a 72 en 2011. Las actividades económicas que producen mayor número de incapacidad laboral son en hombres la industria extractiva y en mujeres el comercio al por menor.

Conclusiones: Predomina en hombres cuando el número de trabajadores masculinos está en torno al 54% de la población. El patrón de declaración se repite. Hay un gradiente a favor del sexo masculino. No se conoce qué se debe declarar y se investigan poco los procesos mal calificados como patología común.

226. ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DE TRABALHADORES DE CORTE-DE-CANA NO ESTADO DE ALAGOAS

R. Cavalcanti, K. Oliveira, R. Trindade, R. Moreira

Universidade Federal de Alagoas; ESENFAR.

Antecedentes/Objetivos: A cana-de-açúcar ocupa cerca de sete milhões de hectares ou cerca de 2% de toda a terra arável do país, dando ao Brasil o título de maior produtor mundial, seguido por Índia, Tailândia e Austrália. Na safra 2008/2009, a produção foi de 569 mil-

hões de toneladas (UNICA, 2010). O Estado de São Paulo detém 61% da produção nacional e abriga 196 usinas e destilarias das 432 existentes no país (MAPA, 2010). Atualmente, os cortadores de cana apesar de serem renumerados pelo seu trabalho, ainda enfrentam situações adversas no processo de trabalho que é ofertado (manual e mecânico), afetando as condições de vida em detrimento da dignidade humana, no contexto no qual vivem e trabalham. Para Sanna (2007), o trabalho é decorrente das necessidades do ser humano. Além das necessidades relacionadas à reprodução e à sobrevivência do corpo biológico, este ser humano, por se constituir num ser social, precisa atender a uma série de necessidades para viver. De acordo com Netto e Braz (2008, p.31), para diferenciar o trabalho de qualquer outra atividade natural, vale tomar como base a teoria de Marx: [...] "o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põem em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. Não se trata aqui das formas instintivas, animais de trabalho". Objetivo geral desta pesquisa será o de analisar o processo trabalho dos cortadores de cana de açúcar de Alagoas.

Métodos: A abordagem desta pesquisa deverá contemplar um estudo epidemiológico em que serão utilizados os instrumentais da epidemiologia descritiva, considerada suficientemente eficiente para orientar as políticas públicas e contribuir na transformação, visando à melhoria do processo de trabalho de trabalhadores do corte de cana (manual e mecanizado) do Estado de Alagoas.

Resultados: Esperamos que essa pesquisa possa revelar às condições de vida desses trabalhadores e suas condições de saúde, visando com isso, a melhoria do processo de trabalho, através do implemento das políticas públicas sociais e de saúde.

Conclusiones: Pesquisa ainda em andamento.

Calidad asistencial

Viernes, 6 de septiembre de 2013. 09:00 a 10:00 h
Pantalla 7

Modera: Pilar Navarro

435. VARIABILIDAD EN EL MANEJO CLÍNICO DE LA PRESENCIA DE UN NÓDULO PULMONAR SOLITARIO EN PRUEBAS DE IMAGEN

B. Lumbreras, N. Gómez-Sáez, I. González-Álvarez, J. Vilar, M. Pastor-Valero, I. Hernández-Aguado, M.F. Lorente, M. Domingo, B. Argüelles, et al

Departamento de Salud Pública, UMH; Servicio de Radiología, Hospital San Juan de Alicante; Servicio de Radiología, Hospital Dr. Peset.

Antecedentes/Objetivos: Ante una imagen radiológica de sospecha de cáncer de pulmón, el radiólogo debe decidir la realización de nuevos procedimientos o, aconsejar o no observación expectante. A pesar de los esfuerzos realizados en establecer guías de actuación, la falta de consenso nos lleva a evaluar la distinta actuación de los radió-

logos ante la presencia de un nódulo pulmonar solitario (NPS) y las variables relacionadas.

Métodos: Se incluyeron 897 pacientes con un NPS de un total de 25.584 pacientes > 34 años que durante los años 2010 y 2011 se realizaron una prueba de imagen de tórax en 2 hospitales valencianos. Ocho radiólogos expertos clasificaron independientemente cada imagen de acuerdo a la presencia de un NPS y recogieron las características relacionadas con el nódulo, así como la recomendación emitida (realización de nuevos procedimientos, observación expectante o ninguna). Las variables sociodemográficas y clínicas del paciente y hábito tabáquico se extrajeron de la historia clínica. La asociación entre la decisión del radiólogo y las variables asociadas se evaluó mediante regresión logística.

Resultados: La media de edad de los pacientes fue 65,4 años (DE 12,5), 553 (61,6%) eran hombres y 325 (36,2%) fumadores o exfumadores. No hubo diferencias en la población entre los dos centros. Los radiólogos recomendaron nuevas intervenciones en 405 (45,2%) pacientes, observación expectante en 169 (18,8%) y no indicaron recomendación en 323 (36,0%). Si se compara no intervenir (observación expectante y no indicar recomendación), frente a indicar nuevas intervenciones (análisis ajustado), las mujeres tenían más probabilidad de no recibir intervención que los hombres (ORa 2,62; IC95% 1,24-5,53; $p = 0,011$). Los NPS con apariencia de calcificación tenían más probabilidad de no recibir intervención que aquellos con apariencia sólida (ORa 14,77; IC95% 1,67-2,77; $p = 0,002$) y hubo diferencias relevantes según hospital (ORa 8,47; IC95% 3,66-78,71; $p < 0,001$). Otras variables como el tamaño del nódulo no se asociaron a la indicación de la intervención.

Conclusiones: Ante la presencia de un NPS, la recomendación del radiólogo es mayoritariamente proactiva, aunque existe una gran variabilidad de actuación entre los dos centros. Asimismo, parece que el sexo es un factor determinante en la recomendación aún ajustando por tabaquismo. A pesar de diferencias biológicas existentes (por ej., la mayor susceptibilidad al efecto de los carcinógenos del tabaco de las mujeres), la hasta ahora mayor incidencia del cáncer de pulmón en hombres podría influir en la toma de decisiones.

495. SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO EN ARAGÓN

A. Pérez Pérez, J.M. Abad Díez, I. Aguilar Palacio, M.J. Rabanaque Hernández, S. Malo

*Dirección General de Planificación y Aseguramiento.
Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.*

Antecedentes/Objetivos: Estimar la supervivencia de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo en Aragón. Analizar las diferencias en supervivencia en función del tipo de tratamiento inicial (diálisis peritoneal (DP), hemodiálisis (HD) y trasplante (T)) y la influencia de otros factores relacionados.

Métodos: Los datos proceden del Registro de Insuficiencia Renal Crónica de Aragón (RIRCA). Se incluyeron en el análisis los 2759 pacientes registrados en el RIRCA a 01/01/2011. La fecha de inicio de tratamiento de los pacientes fue del 19/06/1975 al 01/01/2011. Se incluyeron datos de seguimiento de los pacientes hasta el 31/12/2011. La supervivencia de los pacientes se evaluó mediante el método de Kaplan-Meier. Para identificar los factores relacionados con la supervivencia se utilizó el análisis de regresión de Cox. Las variables introducidas en el modelo fueron edad, sexo, enfermedad renal primaria, riesgo basal basado en la comorbilidad, y tratamiento de inicio.

Resultados: La supervivencia global de los pacientes al año de tratamiento fue del 90% (IC95% 88-92), a los 2 años 82% (IC95%: 81-83), y a los 5 años 60% (IC95%: 59-61). En DP la supervivencia fue el primer año del 94% (IC95%: 91-97), a los 2 años 90% (IC95%: 87-93), y a los

5 años 85% (IC95%: 81-89). El riesgo anual de fallecimiento se incrementa alrededor de un 7,7% por cada año que aumenta la edad del paciente al inicio de tratamiento. En HD la supervivencia fue el primer año del 91% (IC95%: 92-91), a los 2 años 82% (IC95%: 81-83), y a los 5 años 62% (IC95%: 61-63). El riesgo anual de fallecimiento se incrementa alrededor de un 5% por cada año que aumenta la edad del paciente al inicio del tratamiento, y es 1,3 veces mayor cuando la enfermedad de base es diabetes (hasta 1,5 veces en mujeres diabéticas). Los pacientes con riesgo intermedio tuvieron un riesgo de fallecimiento 1,7 veces superior, y hasta 2,4 veces en situaciones de riesgo alto. En trasplante anticipado la supervivencia al año fue del 98% (IC95%: 96-1), a los 2 años fue del 95% (IC95%: 93-97), y a los 5 años del 91% (IC95%: 88-94). El riesgo anual de fallecimiento se incrementa alrededor de un 5% por cada año que aumenta la edad del paciente. En el modelo global, ajustado por edad, riesgo basal y enfermedad renal primaria, no hay diferencias en supervivencia según tratamiento inicial.

Conclusiones: La supervivencia al año, a los 2 y 5 años es mayor en los pacientes con trasplante anticipado, respecto al resto de tratamientos. El riesgo anual de fallecimiento se incrementa con la edad al inicio del tratamiento. Cuando se ajusta por edad, enfermedad primaria y riesgo basal, no se encuentran diferencias en supervivencia de los pacientes según el tipo de tratamiento inicial.

802. JUSTICIA PECTORALIS QUALIDADE VIDA ASMÁTICOS

M.S. Felício Magalhães, J.H. Linhares, A.E. Magalhães Linhares, F.V. Fachine Jamarcaru, M. Marques Bezerra, M.E. Amaral Moraes, M.O. Moraes

Ministério de Saúde; Secretaria de Saúde Sobral; Centro de Reabilitação Sobral; Secretaria de Saúde de Fortaleza; Universidade Federal do Ceará.

Antecedentes/Objetivos: Governo Federal Brasil aprovou Programa Nacional Plantas Medicinais/ Fitoterápicas pelo Ministério Saúde/Sistema Único Saúde. Plantas broncodilatadora, antiinflamatória foco atenção. Objetivo: avaliar eficácia terapêutica Xarope Justicia Pectoralis/Plectranthus Amboinicus/Mentha Arvensis (Chambá) em asmáticos, na qualidade vida/provas função pulmonar, em terapia broncodilatadora.

Métodos: Justicia Pectoralis sinonímia científica Dianthera Pectoralis, popular Anador, Chambá. Família Acanthaceae. Origem América Tropical. Compostos químicos 1,2-benzopirona/Umbeliferona/Cumarinas. Plectranthus amboinicus planta perene Família Lamiaceae como Orégano, nativa sul/leste África cultivada/naturalizada Antigo/Novo Mundo (Castillo, Gonzáles, 1999). Nomes comuns Orégano Cubano, Tomilho Espanhol, Orégano Brujo (Porto Rico) Indiana Borage, Hung Chanh (Vietnã) Tomilho, Mexicanos, Hortelã (Matos 1998; Silva et al 2006). Estudo submetido Comitê Ética Pesquisa Univ Federal Ceará prot N°. 197/2009 credenciado Comissão Nacional Ética Pesquisa/Conselho Nacional Saúde/Ministério Saúde De 75 foram selecionados 35 pacientes com asma leve residentes Sobral/Ceará/Brasil, concordaram participar estudo, assinando Termo Consentimento Livre Esclarecido, com Chambá em terapia complementar tratamento, ensaio clínico duplo cego, controlado por placebo, randomizado, sem suspender medicação utilizada em asma.

Resultados: Apresentaram melhora qualidade vida, através registros questionário AQLQ(S), sem causar toxicidade. Pacientes grupos Placebo/Chambá em 28 dias ensaio clínico escores domínio sintomas verificados em D7 ($p < 0,01$) D14 ($p < 0,001$) D28 ($p < 0,001$) resultado significativamente maior que observado pré-tratamento (D0). Avaliação qualidade vida pacientes grupos Placebo/Chambá em 28 dias estudo (14 de tratamento/14 pós-tratamento) domínio estímulo ambiental AQLQ(S). Análise intergrupos dia 7 escore Chambá significativamente maior (* $p = 0,0423$) que Placebo. Análise intragrupo Placebo

escores días 14 (+++p < 0,001) 28 (+++p < 0,001) significativamente maiores pré-tratamento (D0). Chambá escores días 7 (+++p < 0,001) 14 (+++p < 0,001) 28 (+++p < 0,001) significativamente maiores pré-tratamento (D0) Teste t variáveis não emparelhadas comparando 2 grupos cada tempo estudo (análise intergrupos) Comparações diferentes tempos mesmo grupo (análise intragrupo) realizadas análise variância (ANOVA) medidas repetidas associada teste comparações múltiplas Dunnet verificando diferenças entre cada tempo e pré-tratamento *p = 0,042 em relação Placebo em D7 ++p < 0,01 e +++p < 0,001 em relação D0 mesmo grupo.

Conclusiones: Xarope Chambá melhorou qualidade vida sem toxicidade.

1021. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD: BENCHMARKING Y ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO ASISTENCIAL CON INDICADORES

M. Espallargues, V. Serra-Sutton, M. Solans, E. Torrente, S. López-Aguilà, J.M. Monguet, C. Tebé, J. Escarrabill

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS); Universitat Politècnica de Catalunya (UPC); Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar el impacto de nuevos modelos organizativos y programas de atención a la cronicidad mediante el benchmarking y análisis del desempeño asistencial con indicadores.

Métodos: Se desarrolló un modelo conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad a partir del cual se definieron indicadores mediante grupos de discusión presencial con expertos y pacientes/cuidadores. Se obtuvo su consenso de forma extensa a partir de una plataforma online (Health Consensus, inspirada en el método Delphi) en 2 olas de participantes (profesionales clínicos/asistenciales, gestión y planificación/evaluación). Se pidió que valorasen cada indicador de acuerdo a su importancia, factibilidad y capacidad de medir la integración clínica en 2 rondas de votaciones (escala de 0-9). A partir del consenso (75% o más participantes con una puntuación de 7-9) se seleccionaron los indicadores para la evaluación. Se aplicó un análisis espacio-temporal de variabilidad de áreas pequeñas en Catalunya. Se utilizaron las unidades territoriales de salud como unidad de análisis y las medidas observadas (indicadores) durante 6 años (2008 a 2013) como variables dependientes calculadas a partir de las fuentes de información disponibles (CMBD, historia clínica y prescripción electrónica, etc.).

Resultados: Se propuso un marco de evaluación basado en los resultados de la atención, teniendo en cuenta la estratificación de la población diana y las dimensiones/atributos que se espera de una atención integrada de servicios, a partir del cual se definieron conceptos/títulos de indicador. 52 fueron valorados en la primera ola de consenso (N = 96, 70% tasa respuesta), de los cuales 36 se consideraron para la segunda ola (N = 415, 38%). Se seleccionaron los 18 considerados más importantes, factibles y capaces de traducir integración clínica. Los más valorados en todas las fases de consenso fueron los reingresos, días de hospitalización acumulados al año por la misma causa, polimedición, visitas a urgencias y acceso a la historia clínica compartida por parte de los profesionales. En la comparación preliminar de la variación espacio-temporal entre áreas en dos indicadores (reingresos y hospitalizaciones evitables) no se identificaron patrones comunes y discrepantes en su evolución temporal.

Conclusiones: No parece que se observen diferencias en los indicadores evaluados entre las áreas con y sin modelos/programas de atención integrada de servicios. A pesar de que la mayoría de experiencias demuestran algunos beneficios en los pacientes incluidos no parece que tengan un impacto global sobre el sistema (a nivel poblacional).

32. VALORACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN TRAUMA GRAVE MEDIANTE APLICACIÓN DE METODOLOGÍA TRAUMA AND INJURY SEVERITY SCORE (TRISS)

M. Chico Fernández, C. García Fuentes, D. Toral Vázquez, S. Bermejo Aznárez, E. Alted López

UCI de Trauma y Emergencias, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario.

Antecedentes/Objetivos: Los sistemas de ajuste de gravedad en trauma son utilizados para el cálculo del pronóstico, describir la gravedad de las lesiones y la calidad global de los cuidados. Valoramos la calidad de los cuidados en patología traumática grave en una UCI especializada.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de una cohorte de pacientes ingresados consecutivamente por trauma, entre enero de 2003 y diciembre de 2012. Criterios de inclusión: trauma grave (Injury Severity Score (ISS) 16) o un Revised Trauma Score (RTS) < 12; > 14 años, ingresados en las 24 horas del trauma. Se recogieron variables relacionadas con todo el proceso asistencial hasta el alta hospitalaria o fallecimiento. Se aplicó metodología Trauma and Injury Severity Score (TRISS), codificación Abreviated Injury Scale (AIS). Los datos fueron tratados como no nominales y agregados. Se calculó probabilidad de supervivencia (PS), área bajo la curva (AUROC) para el cálculo de la discriminación de supervivencia, gráfico pre-chart, estadística W y Z.

Resultados: Se atendieron 3.215 pacientes (incluidos 2.298). Edad de 40,6 ± 17,8, hombres el 78,8%. Predomina el trauma cerrado 91,4% con mecanismos de lesión: accidentes de coche 24,5%, precipitación 18,4%, accidente de moto 12% y atropello 11,4%. Se contó con la totalidad de los datos en 2.114 (92,0%). La PS se ajusta a nuestra población con un rendimiento global medido por el área bajo la curva ROC = 0,890 (IC95% = 0,874-0,906). Se obtuvo sobre la evolución hospitalaria una estadística W = -0,19 con Z = 0,29 (-0,19 por cada 100 pacientes tratado-sin diferencias significativas). Por subgrupos se obtienen mejores resultados menores de 26 años (W = +2,8, p < 0,05), entre 26 y 40 años (W = +2,8, p < 0,05), ISS ≥ 35 (W = +7,9, p < 0,05); trauma medular, MAIS ≥ 4, (W = +11,2, p < 0,05); torácico grave, MAIS ≥ 4 (W = +8,3, p < 0,05) y pélvico grave, MAIS ≥ 4 (W = +4,9, p < 0,05). Mostró peores resultados en mayores de 70 años (W = -25,3, p < 0,05), ISS entre 25 y 34 (W = -6,7, p < 0,05), TCE grave, definido por un MAIS ≥ 4 (W = -4,4, p < 0,05). No encontramos diferencias en relación con el género, el mecanismo cerrado versus penetrante, ni en el resto de las categorías de edad, gravedad y región corporal lesionada. Los datos se mantuvieron desde el inicio del estudio.

Conclusiones: El ajuste de gravedad por escalas en traumas es un elemento fundamental de los sistemas de atención y registros del trauma. La metodología permite seguir tendencias de supervivencia, ajuste a los estándares y descubrir posibles áreas de mejora en el proceso asistencial.

135. RESULTADOS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL HACLE

R. Llorca Llorca, R. Manrique Blázquez

Hospital La Pedrera.

Antecedentes/Objetivos: La infección nosocomial es un incidente de seguridad en el paciente que resta calidad a la atención sanitaria, y aumenta su coste. Los sistemas de vigilancia epidemiológica de la infección nosocomial pretenden disminuir su incidencia. La actuación de los profesionales sanitarios en las diferentes unidades asistenciales de hospitalización, condiciona de manera importante los resultados obtenidos en la infección nosocomial. Comparar la densidad de inci-

dencia (DI) de la infección nosocomial total del hospital entre el 1º y 2º semestre, y de cada una de sus unidades funcionales resaltar aquellas que estaban en situación de alerta en los gráficos de control. Comparar la densidad de incidencia de infección nosocomial entre el 1º y 2º semestre por tipos de infección nosocomial.

Métodos: Estudio prospectivo de incidencia sobre infección nosocomial en el Hospital "La Pedrera" durante el año 2012, en el contexto del programa de vigilancia de la Infección Nosocomial de la Unidad de Medicina Preventiva.

Resultados: a) DI global de infección nosocomial en el 2012 fue $8,4 \times 1.000$ pacientes-día. b) DI en el 1º semestre fue de 10×1.000 pacientes-día, y la DI en el 2º semestre fue de $7,4 \times 1.000$ pacientes-día. c) DI de infecciones urinarias en el 1º semestre fue de 6×1.000 pacientes-día, y en el 2º semestre de $3,7 \times 1.000$ pacientes-día. d) DI de infecciones respiratorias en el 1º semestre fue de $\times 1.000$ pacientes-día, y en el 2º semestre de $1,2 \times 1.000$ pacientes-día. e) DI de neumonías en el 1º semestre fue de $0,3 \times 1.000$ pacientes-día, y en el 2º semestre de $0,6 \times 1.000$ pacientes-día. f) DI de bacteriemias en el 1º semestre fue de $0,6 \times 1.000$ pacientes-día, y en el 2º semestre de $0,6 \times 1.000$ pacientes-día. g) DI de infecciones cutáneas en el 1º semestre fue de 1×1.000 pacientes-día, y en el 2º semestre de $1,3 \times 1.000$ pacientes-día.

Conclusiones: Ha habido una tendencia descendente para el total de la infecciones nosocomiales del 1º al 2º semestre. Han contribuido fundamentalmente a ello la disminución de las infecciones urinarias, por mayor adherencia en el 2º semestre al protocolo de prevención de infecciones urinarias. Las infecciones respiratorias, neumonías y cutáneas representan un porcentaje mucho más bajo del total de las infecciones pero han experimentado un aumento, debido a las comorbilidades de los pacientes tales como disfagias que fueron responsables de microaspiraciones y las UPP que algunas llegaron a sobreinfectarse.

434. INGRESOS EVITABLES Y PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA, RURALIDAD, DISTANCIA AL HOSPITAL

M.A. García Sánchez, A. Pérez Ramos, H. Moza Moriñigo, A. Varo Baena, A. Rodríguez Torrenteras, R.M. Miñarro del Rosal

Área Sanitaria Norte de Córdoba; Distrito Guadalquivir de Córdoba; Hospital Reina Sofía; Delegación de Salud de Córdoba, Consejería de Salud; Distrito Centro de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: Los Indicadores de Calidad de Prevención (PQI) se refieren a los ingresos hospitalarios que se podría evitar si la atención ambulatoria se hubiera producido antes o de forma más apropiada, con evidencia científica de ello. Queremos explicar si el Índice de Privación Socioeconómica (ISNSE), el Índice de Ruralidad (IR) junto con las Cronas (distancia en minutos a su Hospital de referencia) influyen en los PQI, provocando que las áreas más deprimidas y rurales y más alejadas del hospital tengan peores indicadores.

Métodos: Se han utilizado los PQI90 (tasa de ingresos global), PQI91 (tasa de ingresos por condiciones agudas) y PQI92 (tasa de ingreso por condiciones crónicas) del Área Sanitaria Norte y Distrito Guadalquivir de Córdoba, extraídos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los años 2007, 2008, 2009 y 2010 de su hospital de referencia, siguiendo la metodología de Agency for Healthcare Research and Quality. Para cada municipio se le ha calculado los PQI estandarizados por edad y sexo por el método indirecto, el ISNSE, el IR y las Cronas. Para el ISNSE los valores más altos, mayor privación material. La ruralidad la hemos dicotomizado en alta y baja, la ruralidad baja corresponde al primer cuartil. Se ha construido un modelo de regresión lineal para cada PQI como variable dependiente e ISNSE, IR y las Cronas como variables independientes. Se ha comprobado que satisfacen las condiciones de aplicabilidad del modelo, normalidad de la distribución, homogeneidad de varianzas, independencia de las ob-

servaciones, colinealidad, coeficiente de determinación. Se ha usado el software estadístico SAS V9.3.

Resultados: El Área Sanitaria Norte consta de 24 municipios, el ISNSE tiene de media 1,55 y de desv. típ 0,59; Ruralidad - 0,22 y 0,35; Cronas 27,4 y 17,59. Distrito Sanitario Guadalquivir consta de 22 municipios, ISNSE tiene de media 1,81 y de desv. típ 0,65; Ruralidad -1,04 y 0,33; Cronas 31,01 y 15,93. El modelo de regresión lineal es: $PQI90 = 0,92 + 0,09 \cdot ISNSE - 0,05 \cdot Cronas$ (minutos) + 0,16 Ruralidad alta $PQI91 = 0,80 + 0,13 \cdot ISNSE - 0,04 \cdot Cronas$ (minutos) + 0,13 Ruralidad alta $PQI92 = 0,97 - 0,06 \cdot Cronas$ (minutos) + 0,16 Ruralidad alta.

Conclusiones: A mayor aumento de Índice de Privación y Ruralidad alta, aumentan las tasas globales y las tasas de ingresos por condiciones crónicas, sensibles a cuidados ambulatorios de calidad, sin embargo las Cronas influyen negativamente (más ingresos cuanto menos minutos al hospital). Las tasas de ingresos por condiciones crónicas, aumentan con la Ruralidad alta e influyen negativamente las Cronas.

333. INGRESOS PREVENIBLES EN LA PROVINCIA DE GRANADA Y SU RELACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS

P. Guijosa Campos, B. Martínez Romera, N. Cabrera Castro, P. Carrasco Rodríguez, M.M. Rodríguez del Águila, B. López Hernández

UGC Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Los ingresos prevenibles (PQI) se asocian a la calidad y efectividad de la atención primaria, así como de forma desigual a factores socioeconómicos, geográficos o de atención especializada. En la provincia de Granada se aprecian diferencias en los PQI entre diferentes áreas geográficas. El objetivo de este trabajo es identificar aquellos PQI que se ven afectados por factores socio-económicos en la provincia de Granada.

Métodos: Estudio ecológico. 736.629 personas mayores de 18 años son atendidas en 52 unidades clínicas de atención primaria (UCAP) de la provincia de Granada. Se estudiaron los ingresos entre los años 2007 y 2010 de 11 categorías de la Clasificación PQI (complicaciones crónicas y agudas y amputación MMII de diabetes; EPOC y Asma, HTA, ICC y angina sin procedimientos; deshidratación, neumonía bacteriana e ITU) a través del ajuste por edad y sexo mediante el método directo de las tasas observadas de ingresos. Se aplicaron a las UCAP los índices de privación (IP), ruralidad (IR) en función del atlas interactivo demográfico de España desarrollado por el grupo DEMAP. Además las UCAP se clasificaron según atendiesen o no a población perteneciente a zonas con necesidades de transformación social (ZNTS). Se realizó un análisis de regresión multivariante del cuatrienio por cada PQI con R-commander.

Resultados: La tasa global anual de ingresos prevenibles en la provincia de Granada es de 785,6 ingresos por 105 habitantes. Las causas más frecuentes son insuficiencia cardiaca congestiva (218), neumonía bacteriana (180) y EPOC (102). A excepción de la ITU y las complicaciones agudas de la diabetes, todos los PQI se asociaron estadísticamente con el índice de ruralidad de manera significativa (a mayor IR menor tasa de ingresos). El PQI EPOC se asoció al índice de ruralidad de forma inversa y al índice de privación y a la pertenencia a ZNTS de forma directa (mayor IP y la pertenencia a ZNTS implican mayor número de ingresos), con una correlación del 41,67%.

Conclusiones: En la provincia de Granada los ingresos prevenibles por EPOC se correlacionan de forma positiva con el Índice de Privación y con la pertenencia a ZNTS. Si queremos mejorar la tasa de ingresos por EPOC los esfuerzos deberían ir encaminados a desarrollar estrategias dirigidas específicamente a estos grupos de población. Sería necesario profundizar en el análisis del Índice de Ruralidad como factor protector de casi todos los PQI estudiados.

1013. EL USO DE HISTORIAS DE VIDA EN EPIDEMIOLOGÍA. RECUPERAR LA MEMORIA SOCIAL DE EL CAMPO DE GIBRALTAR

A. Escolar Pujolar, B. Díaz Martínez

Hospital; Memoria Oral, Tarifa.

Antecedentes/Objetivos: La sobremortalidad por cáncer en El Campo de Gibraltar lleva desde hace décadas siendo motivo de preocupación ciudadana e institucional. Los abordajes para identificar sus causas han sido fundamentalmente de tipo descriptivo, relacionados con la distribución geográfica de la mortalidad, los estilos de vida y/o sobre las emisiones de contaminantes del Polo de Desarrollo Industrial allí ubicado desde finales de 1960. El medio social, la historia social del territorio y de sus gentes han sido totalmente ignorados en el discurso explicativo dominante y en las iniciativas de investigación.

Métodos: La necesidad de mejorar el conocimiento sobre el medio social en un período comprendido aprox. entre los años 1920-1970, impulsó la incorporación de las historias de vida de un grupo de personas de edad avanzada, que habían pasado toda su vida o gran parte de ella en El Campo de Gibraltar, especialmente en la ciudad de La Línea. El diseño metodológico se realizó con la intención de superar los habituales ejercicios de modelización cuantitativa y orientación individualista, de los riesgos de enfermar propios de la epidemiología convencional. La imposibilidad de cuantificar la complejidad de las interacciones, a múltiples niveles, implicadas en el efecto del contexto social sobre la salud, animó la elección de abordajes de tipo cualitativo entre los cuales las historias de vida han ocupado un papel central.

Resultados: A lo largo del año 2010 y parte del 2011, 25 personas, de ellas 14 mujeres, nacidas la mayoría entre los años 1920-30 entraron a formar parte de un Taller denominado "La Historia de Mi Vida", anunciado y desarrollado en dos centros sociales de la ciudad de La Línea. En pequeños grupos de trabajo los participantes, a través de diversas propuestas y dinámicas, recogían su historia de vida o aportaban testimonios puntuales de tipo personal o contextual. De las historias de vida y los testimonios puntuales se pudieron extraer una serie de consideraciones sobre condiciones y modos de vida en aspectos como el trabajo, las condiciones de empleo, las viviendas, las relaciones sociales, la alimentación o los hábitos, que ayudaron a identificar las estructuras de poder existentes en el territorio. La comunicación presentará reflexiones sobre el uso del método de las historias de vida en epidemiología, así como una selección de testimonios referidos a aspectos expositivos relevantes para la comprensión del problema de salud a estudio.

Conclusiones: La epidemiología precisa de una renovada práctica empírica en la que individuo y población recuperen su "ser" social. Las historias de vida son una alternativa metodológica en epidemiología.

Resultados: En el 2003 el Hospital, participó en el estudio piloto para la implementación y autoevaluación de estándares de acreditación; finalizado el estudio, continuó con la organización de documentación de procesos internos y apalancar una cultura de calidad entre sus colaboradores, y fue certificado en el 2006.; continuando con la ruta de preparación para la acreditación. Para 2007 se efectuó la primera autoevaluación contra estándares de acreditación y se iniciaron acciones de mejoramiento, después de la quinta evaluación, la Gerencia solicitó al Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC), la evaluación externa; en 2011 el ICONTEC otorgó la Acreditación.

Conclusiones: El Hospital, después de los logros obtenidos, ha implementado estrategias encaminadas a monitorear planes de mejora, fortalecer grupos de estándares y documentar cierre de ciclos verificando el cumplimiento de compromisos y evaluando su impacto mediante indicadores de calidad que permitan alcanzar satisfacción de las necesidades de la población de Ipiales y municipios aledaños y mantener la acreditación en el año 2012 y está a la espera recibir la segunda visita de acreditación y la ratificación de la misma.

880. ACREDITACIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL CIVIL DE IPIALES (COLOMBIA), 2003-2012

T. Moreno Chaves, E. Narváez, G. Chamorro, J. Caicedo

Hospital Civil de Ipiales, ESE.

Antecedentes/Objetivos: En el 2002, Colombia reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las instituciones de salud. En cumplimiento de los lineamientos nacionales el Hospital Civil de Ipiales, inició su proceso de certificación en el 2003 para obtener la acreditación en el 2011.

Métodos: Aplicación del proceso de certificación ISO 9001:2008 y acreditación mediante implementación de estándares de acreditación, documentación de procesos internos, autoevaluaciones hasta alcanzar el cumplimiento de los requisitos de acreditación, para posteriormente someterse a la evaluación externa.