

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Jueves 6 de octubre de 2011. 12:30 a 14:00 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: José Valencia

77. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LA VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES. VENEZUELA

W. Gómez^a, F. Dávila^a, M. Torres^b

^aMinisterio del Poder Popular para la Salud-SA IAE “Dr. Arnoldo Gabaldón”; ^bMinisterio del Poder Popular para la Salud.

Antecedentes/Objetivos: En vigilancia epidemiológica el personal de enfermería inicia la investigación evidenciándose en Roscio ciertas debilidades en la ejecución de acciones tendentes al control del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Esta investigación tuvo como objetivo determinar los conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería sobre la vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles por vacunas en los ambulatorios del municipio Roscio del estado Guárico.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal y con el uso de un cuestionario previamente validado por juicio de expertos y verificada la confiabilidad, se entrevistó a 26 enfermeras, quienes constituyen la población de los ambulatorios del municipio Roscio. Para el análisis de resultados se utilizó la estadística descriptiva con una base de datos en Excel 2007.

Resultados: Se evidenció que el 98% de los profesionales encuestados conocía las enfermedades prevenibles por vacunas y un 73% sabía de la existencia de las fichas para la vigilancia; no obstante, solo un 8% identificó correctamente las muestras adecuadas para investigar un caso sospechoso de poliomielitis.

Conclusiones: Se determinó la existencia de debilidades en la vigilancia epidemiológica ya que no notifican ni realizan acciones en el tiempo adecuado por desconocimiento de aspectos fundamentales en la vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles.

116. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN DON BENITO-VILLANUEVA (EXTREMADURA)

F.J. Félix-Redondo, D. Fernández-Berge, L. Palomo, F. Buitrago, L. Lozano-Mera, J.F. Pérez-Castán

Servicio Extremeño de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El consumo moderado de alcohol se ha asociado con un menor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares. En este estudio determinamos la frecuencia y cantidad de consu-

mo y su asociación con la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una muestra poblacional amplia de Extremadura.

Métodos: A una muestra de 2.833 personas de 25 a 80 años de edad (media 51,2 años; 46,5% hombres), representativa de los habitantes del área de salud Don Benito-Villanueva de la Serena, se encuestó sobre antecedentes de FRCV y consumo de alcohol en los últimos 7 días. Se midió la presión arterial y se extrajo muestra sanguínea en ayunas. Se estudió la asociación entre niveles de consumo con los distintos FRCV ajustándose por variables sociodemográficas y antropométricas, mediante análisis multivariante.

Resultados: Había consumido alcohol el 36,1% (IC 95%, 34,4-37,9). La prevalencia total y de consumo de riesgo medio-alto fue del 63,2 y el 15,2% en hombres y del 12,6 y el 1,5% en mujeres, respectivamente. En hombres, el consumo de riesgo medio-alto se asoció con hipercolesterolemia, hipertensión arterial y tabaquismo. En mujeres, el consumo de riesgo bajo se asoció con una menor prevalencia de obesidad e hipertensión arterial y mayor de tabaquismo.

Conclusiones: La prevalencia de consumo de alcohol, sobre todo en la mujer, es menor a la media nacional. El consumo de riesgo medio-alto afecta fundamentalmente a hombres y se asocia a un mayor riesgo cardiovascular. En las mujeres el consumo de riesgo bajo se asocia a una menor prevalencia de ciertos FRCV y mayor de tabaquismo.

Financiación: PI 071218 Plan Nacional de Investigación Científica 2004-07 (ISCIII).

180. INTEGRACIÓN DE RECURSOS EN LA ATENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

C. Meléndez^a, M. Sáez^{b,c}

^aCatSalut; ^bGrup de Recerca en Estadística, Economia Aplicada i Salut (GRECS), Universitat de Girona; ^cCIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Las personas dependientes se caracterizan por tener múltiples necesidades que a menudo precisan de intervenciones simultáneas tanto de servicios de salud como sociales. La realidad del actual sistema de provisión de servicios de atención a la dependencia en nuestro país se caracteriza por la poca coordinación entre los departamentos de salud y los de servicios sociales. **Objetivos:** Evaluar el proyecto integrado de gestión de recursos de salud, sociosanitarios y sociales en la comarca del Pla de l'Estany (30.000 habitantes). 1) Identificar los usuarios dependientes; 2) caracterizar su perfil clínico; 3) analizar los productos o la combinación de recursos sociales y de salud asignados y proponer una cartera integrada de servicios; 4) analizar los indicadores de gestión propuestos para la evaluación del proyecto; 5) crear una comisión única de atención a la dependencia que evalúe necesidades y asigne recursos.

Métodos: Se diseñó un estudio observacional y retrospectivo de los pacientes con dependencia que solicitaron ser atendidos por los servicios sociales, de salud o sociosanitarios de la comarca de Pla de l'Estany. Primera etapa: observacional, parte retrospectivo y parte prospectivo; segunda etapa: cuasiexperimental, regresión discontinua. Período: 2005-2009.

Resultados: Esperados: 1) la integración de la gestión de recursos sociosanitarios, de salud y sociales mejora el continuum asistencial de las personas atendidas y en consecuencia su calidad de vida; 2) la existencia de una sola comisión que evalúa las necesidades y asigna el recurso más adecuado mejora la eficiencia y la eficacia de los sistemas ya que se agiliza la transferencia de pacientes de un recurso a otro, con lo cual disminuye la estancia media y se evitan los *bed-bloquers*; 3) la gestión integrada disminuye el número de personas institucionalizadas y reduce la frecuentación a los servicios de urgencia.

Conclusiones: 1) Se han identificado los usuarios dependientes y se ha caracterizado su perfil; 2) la integración de recursos mejora el continuum asistencial; 3) se gana en eficiencia y eficacia: se disminuye la institucionalización de personas y la frecuentación a servicios de ur-

gencia, aumenta la rotación de las camas y ayuda en el desbloqueo del hospital de agudos; 4) el envejecimiento tiene fuerte impacto en el sistema de atención a la dependencia; 5) la familia es el principal proveedor de curas y atenciones de larga duración, y 6) el análisis de datos mejora la planificación del territorio.

396. DOCUMENTO MARCO DE TRABAJO SOCIAL EN ENFERMEDADES RARAS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

F. Salido Urbano, A.R. Listan Cortés, R. Jiménez Martínez, M. Sánchez Robles, J. Valverde Leyva, A. Hervás de la Torre, P. García Roldán, C. Salamanca Rivera, J.M. Aldana Espinal

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

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades raras (ER) presentan necesidades comunes con las otras frecuentes, pero los afectados se enfrentan a dificultades y discapacidad importantes, desconocimiento de su enfermedad, escasez de expertos, ausencia de tratamiento o elevado coste y dispersión de recursos; la dificultad para acceder a recursos estructurados se incrementa y acentúa las cargas sociales que soportan estas personas. El Plan de ER considera el trabajo social sanitario (TSS) de manera transversal, en todos los niveles sanitarios y en colaboración con espacios no sanitarios. Para definir sus acciones se ha elaborado de un documento marco donde se definen las actividades de la Red de TS del Sistema Sanitario Público de Andalucía en el ámbito de las ER.

Métodos: Se consensuó un índice que reflejara los objetivos y actuaciones del TSS para las ER. Para cada una de las actuaciones identificadas se establecieron grupos de trabajo de profesionales con ejercicio habitual en atención primaria o en atención hospitalaria, que aportara el conocimiento de cada medio. Se realizaron reuniones de puesta en común hasta consensuar el documento final.

Resultados: Se estableció como objetivo general al que debía servir el documento marco: promover actuaciones para fomentar la recuperación de la trayectoria vital de las personas afectadas, sensibilizar a personas, comunidades e instituciones en relación con las ER y mejorar las competencias de las personas en la toma de decisiones sobre su salud y calidad de vida. Los objetivos específicos fueron: 1) aumentar el conocimiento sobre las ER; 2) promover el modelo de activos en salud; 3) mejorar el acceso a una atención integral, coordinada y de calidad; 4) mejorar la gestión del conocimiento y fomentar la investigación; 5) reconocer la especificidad de las ER; 6) mejorar la coordinación intra e interinstitucional, y 7) potenciar la participación activa de las personas afectadas. Se hará mediante actuaciones en 4 ámbitos para los que se han estudiado las necesidades y objetivos, y especificado las intervenciones, procesos de intervención y/o estrategias: información, asesoramiento y orientación; coordinación sociosanitaria; participación e intervención comunitaria; investigación.

Conclusiones: El abordaje integral de las ER que se realiza desde el grupo de TSS y la complejidad de las actuaciones relacionadas sugiere que este trabajo no puede realizarse exclusivamente desde el sistema sanitario, pero éste debe ser el nexo coordinador con el resto de sistemas sociales a lo largo de todo el proceso de adaptación a la enfermedad.

560. INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

C. Berlinches Zaperó^a, J.C. Polo Aragoneses^b, M.T. Herrera Martín^c, C. Soto García^c, P. García López^c, A. Bailly-Balliere González^d

^aMédico de Familia; ^bATS; ^cDUE; ^dTrabajadora Social.

Antecedentes/Objetivos: Dentro del proceso de oferta de servicios a las asociaciones del distrito, el Centro Madrid Salud (CMS) de San

Blas contactó con la asociación PAUTA, con la que se diseñó una intervención específica sobre el colectivo de personas con Trastorno del Espectro Autista.

Métodos: Revisión de materiales y experiencias afines entre los profesionales del CMS y la Asociación Pauta con la tarea de analizar las necesidades especiales y el diseño de una intervención especial para alumnos, otra para los padres y un tercera línea con los educadores.

Resultados: Tras el análisis compartido, se consideraron como necesidades especiales del colectivo: dificultades comunicativas para expresar síntomas de enfermedad o sensación de dolor, para comprender normas, para seguir instrucciones en relaciones sociales, rigidez, rutinas, estereotipias, conductas desafiantes, alteraciones desafiantes, alteraciones sensoriales, efecto “eclipsador” de su discapacidad, etc.) y más aún en lo relativo a la prevención y promoción de la salud. Llegamos a un acuerdo de colaboración en 2008 para responder a dichas necesidades y mejorar la atención en salud facilitando la accesibilidad a sistemas de prevención, educación y promoción de la salud, reduciendo las desigualdades de acceso con respecto resto de la población, fomentando y apoyando hábitos saludables tanto en alimentación como actividad física en el entorno familiar y en la asociación, potenciamos la formación en salud en trabajadores y familiares (taller de primeros auxilios y RCP, deshabituación tabáquica). Realizamos distintas actividades y modificaciones en el espacio y organización del CMS para poner en marcha el acuerdo como, por ejemplo: facilitar el acceso al CMS; reservar espacio propio y adecuado tanto en la sala de espera como en las consultas de atención de medicina y enfermería; delimitación de citas específicas en la agenda con su tiempo específico. Todos tienen revisiones anuales excepto los que necesitan desensibilización por rechazo a la técnica exploratoria o al material médico o al entorno que se organizarán individualmente hasta conseguir superar el problema. Se realizan y entregan informes médicos para establecer y mantener comunicados a los padres sobre el estado de salud y las mejoras posibles.

Conclusiones: En salud comunitaria, la discriminación positiva hacia las poblaciones más vulnerables incluye: hacer ofertas de servicios muy abiertas, incluir a las asociaciones de afectados en la definición de necesidades, el diseño de su abordaje y la adaptación de los servicios de salud para facilitar la accesibilidad y la eficacia en la acción.

601. AL AIRE LIBRE DEL CENTRO DE SALUD, TERAPIAS Y ENSEÑANZAS DE VIDA SALUDABLE

F. Reyero

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

Antecedentes/Objetivos: En Madrid se ha extendido la práctica de ejercicio físico y mental al aire libre, al tiempo que se prestigia el interés por las zonas verdes, sea el disfrute del parque o el trabajo en el huerto urbano, pero hay personas que, por limitaciones físicas o peculiaridades psíquicas, no practican individualmente ni se integran en grupos espontáneos o los ejercicios son inadecuados. Durante 4 años, en las inmediateces de un centro de salud se han llevado a cabo psicoterapias grupales in vivo de agorafobia, paseos personalizados, ejercicios de concentración en la contemplación del paisaje urbano y planificación de un huerto terapéutico. Entretanto ha cambiado la sede a una zona menos transitada y con terreno en el recinto para montar huerto terapéutico. Al tiempo, se ha participado en paseos organizados entre varios centros de salud (paseos del corazón, senda botánica, itinerario sin barreras). Se plantea evaluar la efectividad de las experiencias y en particular la influencia del cambio de sede.

Métodos: Investigación-acción, con recogida de observaciones clínicas e interpretación de las conductas por los participantes en grupo según método cualitativo. Comparación de resultados en función de las variables de tiempo (laborable/festivo, mañana/tarde), lugar, convocantes y contexto cultural de la actividad.

Resultados: Han participado en las inmediateces o en el recinto del centro de salud en las de actividades al aire libre complementarias de las clínicas grupos en psicoterapia o psicoeducación de niños y de adolescentes con déficit de atención y, a menudo, hiperactividad, adultos agorafóbicos y mujeres con fibromialgia, semanalmente. A los paseos comunes de varias instituciones, esporádicas, de mañana y sólo en una ocasión en día festivo, acuden muchos a pesar de la distancia. El contexto de actividad de moda con la novedad del sello sanitario es valorado positivamente como motivación. Para los enfermos crónicos la menor accesibilidad resulta disuasoria, pero acuden y se adhieren quienes se asocian a la planificación.

Conclusiones: Durante las mañanas de días laborables, complementar la ayuda clínica de despacho con psicoterapias o psicoeducación en el recinto o las inmediateces del centro de salud facilita la adecuación del ejercicio al estado de salud de cada persona y la incorporación de quienes no se integran espontáneamente en grupos, siempre que se aseguren mínimos de accesibilidad en tiempo y espacio. Asociar a los usuarios a la planificación y desarrollo favorece la adhesión.

762. DISEÑO DE UN MODELO DE GESTIÓN DE CASOS PARA PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS: VISIÓN DE LOS PACIENTES

J.M. Morales Asencio, F.J. Martín Santos, J.C. Morilla Herrera, M. Cuevas Fernández-Gallego, S. Khaknani, F.J. Muñoz Ronda, M.M. Rodríguez Salvador, E. Gonzalo, M. Celdrán, A. Millán

Universidad de Málaga, Distritos Málaga y Almería, EASP.

Antecedentes/Objetivos: Existen experiencias sobre modelos de atención a enfermedades crónicas que incluyen gestión de casos (GC), muchos de ellos circunscritos a contextos locales y con escaso sustrato conceptual. Es necesario explorar componentes de esta intervención en un entorno como el andaluz, en el que la GC está plenamente instaurada. **Objetivos:** Desarrollar las fases 0 y I (teorización y modelización) del diseño de una intervención multicomponente para la GC en pacientes con enfermedad crónica y sus cuidadores que tenga en cuenta la perspectiva de los pacientes y los profesionales.

Métodos: Primero de una serie de estudios con el modelo de diseño de intervenciones complejas de Campbell. Consta de dos fases: una primera mediante estudio cualitativo a través de la técnica del relato biográfico de los pacientes y una segunda mediante técnica Delphi para el consenso de expertos, sobre un catálogo de intervenciones en GC propuesto a partir de la fase previa. Los resultados presentados corresponden a la primera.

Resultados: Se ha construido un marco descriptivo que permite identificar factores con potencial efecto beneficioso en el control de la enfermedad, así como aquellos con márgenes de mejora. Según el modelo, existen unas condiciones de vida y determinantes sociales a priori que tienen un efecto importante sobre la capacidad de hacer frente a la enfermedad. En estas condiciones, surge el debut de la enfermedad, que obliga a un proceso de adaptación a los primeros cambios en el patrón de vida y que conlleva el inicio de conductas de autocuidado. En este momento, la información y el empoderamiento de la persona emergen como elementos clave. Comienza la relación con los proveedores de servicios de salud y en la medida en que la orientación de éstos sea más o menos proactiva, los grados de coordinación y continuidad de la atención favorezcan o no una atención orientada a procesos crónicos y el apoyo familiar sea más o menos efectivo, la complejidad de la vivencia del proceso crónico emerge con mayor o menor contundencia y el declive en la calidad de vida adquiere más o menos relevancia. Asimetría en la relación con los proveedores, reingresos, hiperfrecuentación, multitud de proveedores, descoordinación y falta de continuidad son una constante que complejiza el proceso. La accesibilidad es muy valorada, destacando una gran aceptabilidad hacia la atención telefónica.

Conclusiones: La perspectiva de los pacientes sitúa áreas de intervención como la gestión del autocuidado de la enfermedad, la coordinación y la accesibilidad.

Financiación: Consejería de Salud, Junta de Andalucía. PI: 222/2008.

859. OSTEOPOROSIS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J.A. Mirón Canelo, C. Cieza Borrella, M. Alonso Sardón, H. Iglesias de Sena, J. de Lima Neto

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: La osteoporosis (OSP) es una enfermedad multifactorial caracterizada por la disminución de la masa ósea que evoluciona de manera asintomática hasta que la fragilidad ósea da lugar a fracturas. El objetivo de este trabajo de investigación ha sido establecer la prevalencia de OSP en personas adultas con discapacidad intelectual (PADI) y compararlas con la población general de referencia.

Métodos: Para conseguir el objetivo se diseñó un estudio de casos y controles. La población sometida a estudio fueron las PADI de la provincia de Salamanca, se seleccionó una muestra de 117, después de solicitar el consentimiento informado a los padres, tutores y representantes legales de las PADI de la asociación ASPRODES-FEAPS de Salamanca. Los controles estaban constituidos por personas sin discapacidad de igual sexo y edad y sin enfermedades asociadas a OSP. Como instrumento de medida de la OSP se utilizó la DXA, técnica que permite valorar la densidad ósea de columna, cadera y cuello del fémur. Para el conjunto del estudio se utilizó un protocolo epidemiológico y clínico que consta de 22 ítems (datos sociodemográficos, estilo de vida, comorbilidad, utilización de servicios sanitarios y sociales y estudios genético, neurofisiológico y óseo).

Resultados: Se obtuvieron resultados de 117 PADI, 71 varones (61%) y 46 mujeres (39%). La media de edad fue de 47 con un rango entre 32 y 76 años. La prevalencia global de OSP es del 19,4% (IC 95%, 19,4 ± 4), de columna 25,7%, de cadera 15% y de cuello de fémur 17,7%. No se han observado diferencias significativas entre géneros, tipo de residencia y situación laboral (centros ocupacionales y centro especiales de empleo). Se observan diferencias significativas entre los casos y los controles en la OSP de cadera ($p = 0,000$) y cuello de fémur ($p = 0,001$) y no en columna. En relación con el género, se observan diferencias significativas en OSP de columna ($p = 0,012$), cadera ($p = 0,000$) y cuello de fémur ($p = 0,001$) en los varones. En mujeres, sólo se observan en cadera ($p = 0,000$). En el factor de riesgo sobrepeso-obesidad, según IMC se observan diferencias significativas entre PADI y población general ($p = 0,021$), OR de 1,87 (IC 95%, 1,1-3,2).

Conclusiones: Las PADI tienen una alta prevalencia de OSP más alta que la población general. Agradecimientos a las PADI por su participación y colaboración en la investigación sobre envejecimiento prematuro. A la asociación ASPRODES-FEAPS.

Financiación: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (IM-SERSE).

924. CAMBIO EN EL PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LOS 10 ÚLTIMOS AÑOS

L. Carmona^a, M.J. García de Yébenes^b, M.A. Descalzo^b, E. Loza^b, C. Hernández-García^c, Grupo de Estudio emAR II

^aUniversidad Camilo José Cela; ^bUnidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología; ^cAgencia Española del Medicamento.

Antecedentes/Objetivos: EmAR I y EmAR II son dos estudios sobre variabilidad en el manejo de la artritis reumatoide (AR) realizados en

España durante los años 2000 y 2010, respectivamente. Los resultados del EmAR I mostraron una importante variabilidad en el uso de servicios sanitarios. En los últimos 10 años el pronóstico de la AR ha mejorado considerablemente debido a diversos factores como la disponibilidad de nuevos tratamientos pero sobre todo la aparición de guías de manejo. El EmAR II permite evaluar el impacto de estos hechos. Objetivo: Evaluar posibles cambios en el patrón de utilización de servicios en la AR durante los últimos 10 años.

Métodos: Revisión de historias clínicas de los 2 últimos años a partir de muestras probabilísticas de 1.379 y 1.272 pacientes de AR en EmAR I y II, respectivamente, y comparabilidad de ambas muestras. Se estudiaron los siguientes parámetros: visitas médicas, ingresos hospitalarios, cirugías ortopédicas y otros recursos. Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central (mediana) y distribución de porcentajes y se calcularon las tasas (número total de cada recurso dividido por el número de pacientes con información en ese recurso multiplicado por los 2 años de exposición).

Resultados: Las muestras de 2000 y 2010 comparables en edad (63 años), % de mujeres (53%) y edad de comienzo (51 y 50 años). La clase funcional predominante es II/IV en emAR I (40%) y I/IV en emAR II (36%). Ha tenido lugar un descenso en las visitas médicas, tasa 333 vs 306 por 100 p-a (RR = 0,92) con aumento de las visitas a otros especialistas, tasa 86 vs 253 por 100 p-a (RR = 2,93). También han aumentado los ingresos por cualquier causa (19,2 vs 32 por 100 p-a; RR = 1,66), y por AR, si bien se ha reducido la tasa de cirugía ortopédica un 20% (RR = 0,79) en el límite de la significación estadística. En cuanto al porcentaje de utilización de servicios, se ha producido un incremento en ingresos, psicoterapia, asistencia social y educación formal, y descensos en fisioterapia y rehabilitación. Y en cuanto a las causas de hospitalización, se ha producido un aumento de la comorbilidad, complicaciones del tratamiento e infusión de fármacos y disminución de la cirugía y la actividad de la enfermedad.

Conclusiones: La situación funcional de los pacientes con AR en los últimos 10 años ha mejorado y han descendido las consultas médicas y las cirugías ortopédicas. Sin embargo, se han incrementado los ingresos hospitalarios, probablemente debido a tratamientos más agresivos y mayor derivación al reumatólogo.

950. SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL: QUÉ INFLUYE MÁS EN SU VALORACIÓN

M. Riestra Portabales, L. Cabiedes Miragaya, R. Gutiérrez Palacios

Programa de Doctorado "Economía y Sociología de la Globalización"; Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es histórica; Codman, Lee y Jones, Makover, Kohl, Seps, Dror, Roshental, De Geyndt, Williamson, Weed, Vouri, etc., siendo Donabedian el referente más destacado. Desde hace unos años la utilización de modelos estadísticos multinivel en investigación sanitaria prolifera; sin embargo, no es el sistema sanitario en su conjunto el que suele analizarse con estas técnicas. Este trabajo pretende identificar, con apoyo en un modelo logístico ordenado, en qué medida algunos factores recogidos en el barómetro sanitario (BS) 2008 influyen en la valoración final que la población hace de la sanidad pública española.

Métodos: Tras elaborar un primer modelo estadístico exclusivamente a partir de la información recogida en el BS 2008, se elabora un "índice sintético" de calidad percibida en forma de *ranking* por comunidades autónomas que se compara con otro apoyado en criterios predominantemente objetivos, elaborado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Ante la disparidad de posicionamientos de CC.AA. en ambos *rankings*, algunas de las variables tenidas en cuenta en el de la FADSP se incluyen en el modelo inicial y se interpretan con el fin de valorar hasta qué punto ciertas

características objetivas pueden influir en la percepción de calidad subjetiva del sistema sanitario público español.

Resultados: Variables sí significativas: positivamente: número de camas de hospital y personal médico, porcentaje de personas atendidas en menos de 15 días por el especialista, edad. Negativamente: listas de espera, personal de enfermería. Sexo: son las mujeres más críticas que los hombres. Situación laboral: estar ocupado implica menor satisfacción con el sistema frente a ser pensionista. Proceso de descentralización y diferenciación entre CC.AA., si se percibe que ambos mejoran el servicio de su comunidad, mejor valoración del sistema. Nacionalidad: los extranjeros valoran el sistema más que los españoles. Variables no significativas: gasto sanitario y farmacéutico per cápita. Nivel de estudios.

Conclusiones: En concordancia con otros estudios, no afectan cuestiones relacionadas con temas puramente económicos de la prestación. Los recursos con reflejo en el buen desarrollo de la actividad, incluso en el trato, ejercen un impacto positivo en la satisfacción con el sistema. El perfil de usuario más crítico corresponde a una mujer trabajadora de mediana edad, española, con nivel de estudios medio-alto y que vive en un área metropolitana.

1034. HOSPITALIZACIONES POR LESIONES CAUSANTES DE DAÑO CEREBRAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (2003-2009)

I. Ferreros, J. Chirivella Garrido, R. Pérez-Vicente, P. Duque San Juan, J. Libro, S. Peiró

Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Fundación Instituto Valenciano de Neurorehabilitación; Servicio de Daño Cerebral, Hospital NISA Aguas Vivas; Centro de Daño Cerebral NISA Vinalopó.

Antecedentes/Objetivos: El daño cerebral sobrevenido (DCS) se cuenta entre las denominadas discapacidades “emergentes”. Causado fundamentalmente por los accidentes cerebrovasculares y los traumatismos craneoencefálicos (TCE), el DCS tiene una gran relevancia para el sistema sanitario y social, tanto por la complejidad de sus secuelas como por sus repercusiones en el plano familiar, sanitario, social y económico. La incidencia de DCS y su evolución son difíciles de estimar pero pueden realizarse aproximaciones a partir de las hospitalizaciones por sus principales causas. El objetivo de este trabajo es describir la serie de hospitalizaciones por TCE moderados y graves en el periodo 2003-2009 en la Comunidad Valenciana.

Métodos: Diseño: observacional. Población: ingresos por TCE moderados y graves en hospitales de la Agencia Valenciana de Salud durante el periodo 2003 a 2009. Criterios de inclusión: ingresos urgentes con diagnóstico principal (CIE9MC) = 800,0-801,9; 803,0-804,9; 850,0-854,1 y 5 dígito igual a 3, 4, 5 o 6. Fuente de datos: conjunto mínimo de datos básicos. Análisis: serie mensual de los ingresos observados y los esperados tras estandarizar la población por grupos quinquenales de edad y sexo (población de referencia: conjunto de los 8 años). Regresión de Poisson.

Resultados: En el periodo de estudio se produjeron 2.635 ingresos por TCE moderado-grave. La tasa bruta de ingresos para el conjunto del periodo fue de 6,51 por 100.000 habitantes y año, pero declinó fuertemente en el periodo de estudio (desde 7,70 en 2003 a 4,74 en 2009). Las tasas estandarizadas mostraron una mayor reducción. El sexo (hombres), los grupos de edad (con una distribución bimodal con picos entre 15 a 29 años y a partir de los 70) y los años iniciales se asociaron a mayores tasas, pero no se detectaron patrones estacionales por meses.

Conclusiones: Las hospitalizaciones por TCE moderados y graves han experimentado una fuerte reducción en el periodo de estudio aunque, en números absolutos, aún suponen un problema relevante.

1052. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL PLAN DIRECTOR DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

M.L. Panisello Chavarria^a, I. Pastor Gosálbez^a, M.L. Mateu Gil^a, A. Panisello Tafalla^b

^aUniversitat Rovira i Virgili; ^bAtención Primaria.

Antecedentes/Objetivos: Analizar si el Plan Director de Enfermedades Cardiovasculares (PDECV), creado por el Decreto 28/2006 de 28 de febrero (DOGC Nº.4584 de 2/3/06), introduce la perspectiva de género.

Métodos: Se ha operacionalizado la introducción de la perspectiva de género en 5 dimensiones: Visibilidad: los datos deben estar desglosados por sexos para posteriormente realizar el análisis de las diferencias encontradas con perspectiva de género. Participación: en las comisiones del Plan se procurará la paridad (artículo 7 del Plan). Lenguaje e imágenes: no deberá ser androcéntrico ni sexista. Determinantes de género: tener en cuenta las especificidades de salud de las mujeres y los elementos derivados del género de los individuos en relación a las ECV. Transversalidad: existencia en el Plan de actuaciones transversales en relación al género. Para realizar este análisis nos hemos basado en la parrilla de la “Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de salud” de la Consejería de Salud (Junta de Andalucía, 2008), adaptándola a los objetivos de nuestro estudio.

Resultados: Visibilidad: el Plan describe la morbimortalidad por sexo pero no recoge los factores de riesgo en relación a las morbilidades señaladas desglosadas por sexo y no realiza un posterior análisis de estos datos buscando indicadores de género. Participación: el Equipo del Plan lo forman 42% M y 57,1% H, los colaboradores/as del Departamento de Salud 42,5% M y 57,4% H, el consejo asesor 33,3% M y 66,6% H. Grupos de trabajo: insuficiencia cardiaca 36,8% M y 63,1% H, síndromes coronarios agudos 15% M y 85% H, formación en el síndrome coronario 100% hombres, angioplastias 9,1% M y 90,9% H, código infarto 12,55% M y 87,55% H, enfermedad vascular periférica 100% hombres. Lenguaje e imágenes: se utiliza el masculino para referirse a los dos sexos y en la portada aparece una persona difuminada corriendo. Determinantes de género: en el momento de redactar el PDECV numerosas publicaciones científicas ponían en evidencia que las diferencias biológicas y de género influyen en el proceso de las ECV y en la falta de esfuerzo terapéutico hacia las mujeres. Este conocimiento no queda reflejado en el documento. Transversalidad: no se ha trabajado conjuntamente con otros departamentos.

Conclusiones: La voluntad política de integrar la perspectiva de género en el PDECV que sí se constata en el marco normativo no queda reflejada en el Plan.

1054. VULNERABILIDAD RESIDENCIAL Y SOCIO SANITARIA: SÍNDROME DE DIÓGENES EN LA CIUDAD DE MADRID

C. Ortiz Fuillerat^a, F. García Gutiérrez^a, M. Sáez Antón^a, C. Bermejo Pérez^a, T. Hernández López^b

^aDepartamento de Salud Ambiental; ^bDepartamento de Evaluación y Calidad, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El presente trabajo trata de conocer el grado de vulnerabilidad residencial y socio sanitaria de las personas residentes en las viviendas en las que existe acumulación de basura y enseres en la ciudad de Madrid. Se basa en la revisión de las solicitudes de intervención recibidas en la Unidad Técnica de Entorno Urbano y Vivienda. Se ha realizado un estudio transversal siendo el objeto del estudio los residentes en las viviendas, las características de las mismas y los aspectos socio sanitarios incluidos para el estudio.

Métodos: Los datos se han obtenido de la revisión de los expedientes, siendo los métodos para la recogida de información la entrevista personal, la observación directa y los datos aportados por otras áreas

municipales. Para su análisis se presentan distribuciones de frecuencia para las variables cualitativas y medias y desviación estándar para las variables cuantitativas, así como representación gráfica de los datos. El análisis se ha realizado mediante paquete estadístico SPSS.

Resultados: El total de solicitudes de intervención por acumulación de basura y enseres en viviendas y locales en el año 2010 fueron 294, comprobándose la existencia de acumulación en el 26% (79 casos). La media de edad de las personas afectas por este problema de salud es de 67,4 años, DE (16,2). El 54% de los afectados tiene 65 años o más y la razón hombre/mujer es de 1,1. El 35,4% de los casos viven solos, confirmando el aislamiento social en 13 casos (16,5%). Se ha completado la intervención en el 40% de los casos notificados con acumulo, retirándose un total de 41.760 kilos de basura, siendo la media por caso de 1.670 kilos (DE 1.451,5). Se observan diferencias importantes en el tiempo medio de resolución entre los casos que han requerido intervención judicial y los que voluntariamente acceden a la retirada (149 días de diferencia en las medias).

Conclusiones: 1) Grave problema de salud pública para la persona afectada y para la comunidad. 2) Es más frecuente en personas mayores en aislamiento social, vulnerables y marginales. 3) Se refugian emocionalmente y afectivamente en los animales (el 16,5% tiene animales). 4) Posiblemente se trate de un trastorno obsesivo-compulsivo de la conducta. 5) Ausencia de redes sociales (a nivel personal y/o grupal) de apoyo.