

SESIÓN DE PÓSTERS II

Desigualdades en salud

Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 1

Modera: Bruna Fernanda do Nascimento Jacinto
de Souza

814. INTERVENCIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN EL ÁMBITO LOCAL EUROPEO: EL PUNTO DE VISTA DE SUS RESPONSABLES

E. Díez, J. Morrison, M. Pons-Vigués, C. Borrell,
L. Camprubí, Grupo Ineq-Cities

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Los municipios de grandes ciudades europeas llevan a cabo intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud de forma creciente, aunque sus resultados no se suelen publicar en medios científicos. Todavía se sabe menos acerca de su encuadre en el ámbito municipal y de las percepciones de los responsables de su ejecución. Este estudio describe intervenciones frente a las desigualdades en salud en ciudades europeas a través de las narraciones del personal responsable de llevarlas a cabo para identificar elementos de ayuda a la toma de decisiones y a la implementación de políticas de equidad.

Métodos: En 2011 y 2012 se realizó un estudio descriptivo cualitativo. Se realizó un muestreo oportunista en 8 ciudades participantes en el proyecto europeo Ineq-Cities. Siguiendo un guión, se entrevistó individualmente a responsables de intervenciones locales. Se seleccionaron intervenciones con: 6 o más meses de ejecución, una evaluación realizada o prevista, la reducción de las desigualdades de salud entre sus objetivos, y sólo una intervención entre las seleccionadas en cada ciudad podía basarse en la atención sanitaria. Se obtuvieron 10 entrevistas que describen 8 intervenciones en 8 ciudades. Los resúmenes de las entrevistas se tradujeron al inglés. Se llevó a cabo un análisis de contenido temático.

Resultados: Lisboa, Helsinki, Cluj-Napoca, Londres, Amsterdam, Rotterdam, Madrid y Barcelona identificaron por lo menos una intervención local contra las desigualdades en salud. La mayoría se basaban en datos cuantitativos y se vinculaban a estrategias estatales. Pocas se dirigieron a los determinantes socioeconómicos. Además de la atención sanitaria, los principales determinantes abordados fueron la ocupación y la educación. Con diferente profundidad, la evidencia científica, la participación y la intersectorialidad fueron componentes habituales. La mitad de las intervenciones se dirigieron a toda la ciudad y la otra mitad a barrios desfavorecidos. Pocas estaban evaluadas. Las principales barreras percibidas por los responsables fueron la escasez de financiación y la falta de institucionalización, lo que precariza la sostenibilidad de los proyectos.

Conclusiones: El personal técnico al cargo de las intervenciones municipales en grandes ciudades europeas está familiarizado con las desigualdades en salud y los conceptos de intersectorialidad, participación y acción basada en la evidencia, pero elementos como el abordaje de objetivos socioeconómicos, el gradiente social, la evaluación y la sostenibilidad en las intervenciones son poco frecuentes. El refuerzo de las capacidades de los responsables municipales puede contribuir a reducir las desigualdades en salud en el ámbito local.

1035. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA FALTA DE ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL SUR DE BRASIL

B.P. Nunes, L.A. Facchini, E. Thumé, E. Tomasi, S.M. Silva, G.I. Mielke, T.R. Flores

Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar las diferencias socioeconómicas en la falta de acceso y utilización de servicios de salud.

Métodos: Encuesta poblacional realizada en los hogares de 2.927 personas de 20 años o más, en una ciudad de tamaño medio en el sur de Brasil. La situación económica fue medida por el modelo de la Asociación Brasileña de Empresas de Investigación y clasifica a los individuos en grupos A/B (más ricos), C y D/E (más pobres). La falta de acceso se estimó por el número de individuos que reportaron la necesidad de utilizar un servicio de salud en el último mes y lo buscaron (denominador), pero no obtuvieron la atención (numerador). La utilización se relacionó con el uso de cualquier servicio de salud existente en la ciudad. Se utilizó regresión de Poisson para calcular las tasas de prevalencia e intervalos de confianza crudo y ajustado en el análisis de asociación entre los resultados y la situación socioeconómica. El estudio fue aprobado por Comité de Ética.

Resultados: La mayoría de la muestra era femenina (58,9%) y de color de la piel blanca (80,1%). La edad promedio fue de 45,7 años. Más de la mitad (54,1%) de los sujetos tenían nueve o más años de escolaridad y el 46,4% pertenecía al estrato más rico de la clase socioeconómica. La prevalencia de falta de acceso y de utilización de servicios de salud en los treinta días anteriores a la entrevista fueron: 6,5% (IC95%: 4,6, 8,3) y 29,3% (IC95%: 27,6, 31,0), respectivamente. La mayor prevalencia de falta de acceso (16,7%) se observó en los servicios de atención primaria de salud. Casi la mitad de la asistencia fue financiada por el Sistema Nacional de Salud (SUS). En el análisis ajustado para variables demográficas y socioeconómicas, no evidenció diferencias en el uso de servicios de salud entre los grupos económicos. Sin embargo, las personas de menor nivel socioeconómico presentaron 4,29 veces más falta de acceso en comparación con los individuos más ricos (grupos A/B).

Conclusiones: La igualdad social en el uso de servicios de salud es un gran logro que debe atribuirse a los avances del SUS. Sin embargo, las desigualdades sociales son significativas en relación con la falta de acceso. El estudio refuerza la necesidad de continuar los esfuerzos en favor de la equidad en SUS. También es útil para exponer las diferencias conceptuales y operativas entre el acceso y la utilización de los servicios, que son dimensiones distintas de la evaluación de los servicios de salud.

1110. EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES PARA DISMINUIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES DE TERRITORIO EN LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

C.A. Sánchez Hormaza, I. Ruiz, A. Rojas García, I. Ricci

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de mortalidad en el mundo, de estas muertes aproximadamente la mitad son debidas a enfermedades cardiovasculares. Las desigualdades sociales afectan gravemente la salud de las personas. Los grupos sociales con dificultades en el acceso a los servicios de salud por vivir en zonas rurales, presentan pronósticos vitales y de calidad de vida inferiores al resto de población. El objetivo del

estudio es identificar las intervenciones efectivas, con mayor grado de evidencia científica, para disminuir las desigualdades sociales de territorio en la atención sanitaria de las enfermedades cardiovasculares, describiendo sus características y clasificándolas según el tipo de intervención.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre intervenciones llevadas a cabo en los países miembros de la OCDE, diseñándose estrategias de búsqueda específicas para las bases de datos Medline (Ovid), CINAHL y Embase y consultándose numerosos portales sobre información científica, literatura gris y realizando búsqueda manual.

Resultados: Se identificaron 3.379 artículos que trataban sobre desigualdades sociales en salud cardiovascular, entre estos se hallaron 60 estudios que presentan intervenciones para disminuir desigualdades sociales en ámbitos desfavorecidos por territorios rurales, 6 fueron considerados de alta calidad metodológica, 24 de calidad intermedia y 30 de baja calidad. La telemedicina demostró ser útil para disminuir la mortalidad y la dependencia en pacientes con accidente cerebro vascular (ACV), así mismo en infarto al miocardio y en (ACV) oclusivo disminuye el tiempo entre los síntomas y el inicio del tratamiento. El abordaje multidisciplinario tipo "case management" de pacientes con factores de riesgo coronario y/o falla cardíaca se asocia a disminución de morbimortalidad. Otras intervenciones educativas con apoyo de la comunidad son efectivas para la modificación de factores de riesgo cardiovascular.

Conclusiones: Las desigualdades de atención en salud cardiovascular por territorio pueden ser abordadas por el uso de nuevas tecnologías, y por el abordaje de equipos multidisciplinarios en el manejo de los pacientes, siempre que se brinde el acceso a los servicios de salud y a la educación en comunidad.

314. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD: DE LA BASE DE DATOS A LA INTERVENCIÓN

J. Segura del Pozo, M. Martínez Cortés, C.M. León Domínguez, M.J. González Ahedo, J.M. Díaz Olalla, M.A. Gil Nebot, A. Pla Naranjo, F. Vivas Toro, D. Rivas Hernández

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

Antecedentes/Objetivos: El Programa de Desigualdades Sociales en Salud (DSS) del Ayuntamiento de Madrid es un programa transversal de la "Estrategia Gente Saludable, 2010-2015". Es desarrollado en su red de 17 Centros Madrid Salud (CMS), territorializados y especializados en prevención y promoción de la salud. Se ha aprovechado la información epidemiológica disponible sobre DSS en la ciudad de Madrid y se ha establecido un sistema de información y programación que permite evaluar los objetivos de equidad en salud.

Métodos: Los objetivos del programa son: "Universalismo proporcional" (atención preferente a grupos y barrios con más necesidades salud/ más vulnerables, sin dejar de atender al resto). Enfoque DSS en la definición de objetivos y población diana de los programas. Eliminación de las barreras socioculturales de acceso a los servicios. Adaptación socio-cultural de las intervenciones. Alianzas para intervención sobre población vulnerable. Aumentar el conocimiento sobre las DSS en la ciudad.

Resultados: Se exponen los resultados del periodo 2010-2012. Introducción de variables sociales individuales y contextuales (ZIP) en el sistema información de los CMS: Evaluación de programas y centros con indicadores sociales: incremento del % de usuarios atendidos que cumplen criterios sociales previamente definidos y de las intervenciones en centros educativos, sociales y de personas mayores situados en ZIP (Zonas de intervención preferente). Registro de actividades grupales y comunitarias. Sistema de citación preferente

que incluye variables sociales. Acuerdos con dispositivos sociales y educativos de Madrid. Formación de personal de recepción sobre DSS y barreras socio-culturales. Adaptación de talleres y grupos a colectivos de inmigrantes y población gitana.

Conclusiones: En Salud Pública es frecuente que centremos el trabajo sobre las DSS en el análisis de las bases de datos (epidemiología social), en acciones limitadas sobre los grupos vulnerables (que son difícilmente evaluables) o en discursos institucionales vacíos. La experiencia presentada muestra que es posible disponer de instrumentos y métodos para trabajar las DSS de una forma transversal, sistemática y con perspectiva universal, en la programación y evaluación de las intervenciones de prevención y promoción de la salud.

1117. DESIGUALDADES EN ESPERANZA DE VIDA POR NIVEL DE ESTUDIO EN ANDALUCÍA

F. Vicianá, D. Ramiro Fariñas, V. Montañés, R. Cánovas

Instituto de Estadística de Andalucía; Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Antecedentes/Objetivos: Elaborar series de esperanza de vida en función del nivel educativo es uno de los objetivos que los organismos estadísticos internacionales están promoviendo. Tanto EUROSTAT, como la OCDE han comenzado a incluir en su base de datos este indicador. En España existen varias experiencias de obtención de indicadores de mortalidad según nivel educativo en base al enlace de los registros censales con los registros de mortalidad. Nos proponemos estimar las expectativas de vida por nivel educativo alcanzado en Andalucía en la primera década del siglo xxi.

Métodos: La fuente utilizada es el Registro Estadístico de Población de Andalucía (REPA), un banco de datos longitudinal de población creado por Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, con el fin de aprovechar al máximo la información individual almacenada en los registros estadísticos y que hasta ahora no han sido explotados de una manera integral. En la actualidad se ha logrado enlazar la información individual de los registros del Movimiento Natural de Población, las variaciones padronales y el censo de 2001. Se ha diseñado un estudio longitudinal, cuya cohorte de partida fue la población censada en 2001 y que residía en Andalucía el 1-1-2002, que tenía más de 30 años y de la nacionalidad Española en ese momento (unos 4,3 millones de personas). Esta población ha sido seguida hasta el 31-12-2010, comprobándose durante esos 9 años de seguimiento si fallecía o si abandonaba Andalucía. Con este diseño es posible estimar expectativas de vida en base a las características estructurales recogidas en los cuadernillos censales de 2001. En este trabajo analizado en concreto el nivel de estudios alcanzado en esta fecha.

Resultados: Las diferencias en expectativa de vida a los 30 años entre los niveles de estudios superiores y aquellos que no alcanzaron los estudios de segundo grado es de 4,2 años en hombres (50,7-46,5) y 2,9 en mujeres (56,1-53,2). Estos valores, aun siendo importantes, colocan a Andalucía en unos niveles de desigualdad bajos dentro los países de la OCDE, con valores próximos a los de Italia y Holanda con solo Suecia y Portugal con menores diferencias. Sin embargo a los 65 años, los perfiles de desigualdad por sexo se invierten: las diferencias son más altas en las mujeres 2,3 años (22,8-20,5) frente a solo 1,9 en los varones (18,4-16,5). Durante la primera década del siglo xxi, las desigualdades en esperanza de vida por niveles educativos han crecido en hombres mientras que en mujeres se han mantenido similares.

Conclusiones: El sistema estadístico dispone de información adecuada para producir series de esperanza de vida por nivel de educativo.

1087. DIFERENCIAS EN EL GASTO EN LA ATENCIÓN DENTAL EN ESPAÑA

N. Tamayo-Fonseca, P. Pereyra-Zamora, A. Nolasco, J. Moncho

Unidad de Investigación de Análisis de la Mortalidad y Estadísticas Sanitarias, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El acceso a los servicios dentales es uno de los determinantes de la salud bucodental. Algunos estudios muestran que la principal limitación para no asistir al dentista es por razones económicas. El objetivo de este trabajo es describir el gasto dedicado a la atención dental en España.

Métodos: Los datos provienen del apartado sobre "gasto en atención en salud" de la Encuesta Europea de Salud 2009, España tiene una muestra representativa a nivel de CCAA de 22.188 encuestados. Se ha calculado la mediana del gasto nacional mensual y por CCAA según sexo, edad, y nivel de educación.

Resultados: En España la mediana de gasto en atención dental de las personas que han visitado al dentista durante las últimas 4 semanas fue de 100,00 €. Las Islas Baleares (65,59 €), Comunidad Valenciana (80,00 €) y Cantabria (98,54) tienen una mediana de gasto de bolsillo en atención dental inferior al nacional. Mientras que en Extremadura (196,98 €), La Rioja (172,17 €) y Cataluña (150,00 €) se observan gastos medianos por encima de la nacional, entre los más relevantes. En general el incremento del gasto mediano aumenta con la edad, el 50% las personas de 65-69 años, han pagado más de 300 € y mientras que las personas de 20-24 años el 50% han gastado más de 60 €. Por sexo, hay pequeñas diferencias en la mediana de gasto, en mujeres fue 110,07 € vs 100,00 € en hombres. No se observan grandes diferencias en el gasto por nivel educativo. Sin embargo, las personas con mayor nivel educativo (estudios universitarios/doctorado), muestran una mediana más elevada (120 €), a diferencia de las personas con estudios primarios (100 €). El grupo con una mediana más elevada es el de Doctorado y se ha observado que el 50% han gastado más de 180,94 €, mientras que en el grupo de personas que tienen un nivel de enseñanza profesional de grado superior el 50% ha pagado más de 87,09 €.

Conclusiones: Existen diferencias entre la mediana del gasto en salud dental y en salud general (70 €) derivado de las diferencias en la cobertura de la atención sanitaria pública. El gasto en la atención dental presenta moderadas diferencias por CCAA que deben ser tenidas en cuenta dentro de la planificación de políticas sanitarias. Aunque esta encuesta es de las pocas que recoge esta información no permite conocer si el gasto realizado se debe a la necesidad de atención bucodental, ni con el nivel adquisitivo de los encuestados. Es necesario tener precaución con los indicadores utilizados para evidenciar diferencias en el gasto en la atención en salud bucodental, debido a la gran variabilidad de los datos recogidos en la EES.

212. DISPONIBILIDAD DE SNACKS EN EL DOMICILIO: ASOCIACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y PRESENCIA DE NIÑOS

A.L. Soares, G.V. Araujo de França, H. Gonçalves

Programa de Posgrado en Epidemiología, Universidad Federal de Pelotas (UFPel).

Antecedentes/Objetivos: Los snacks son alimentos con elevado contenido de grasa y sodio, que le dan alta palatabilidad. Por lo tanto, son muy agradables al paladar de los niños y, en general, son más baratos que otros alimentos más saludables. Sin embargo, el sodio y la grasa presentes en estos alimentos, cuando consumidos en exceso, pueden llevar a enfermedades, como hipertensión. Este estudio tuvo

como objetivo evaluar la asociación entre la disponibilidad domiciliar de snacks con el nivel socioeconómico y la presencia de niños.

Métodos: Se trata de un estudio transversal, de base poblacional, realizado entre febrero y junio de 2012 en la área urbana de Pelotas / RS. El municipio está situado en el sur de Brasil, cuenta con 328.000 habitantes aproximadamente y 93,1% de su población reside en zonas urbanas. Se definió como disponibilidad de snacks la presencia de patata de bolsa o gusanitos en el domicilio, siempre o casi siempre, en los 30 días anteriores a la entrevista. El nivel socioeconómico fue evaluado por IEN (Índice Económico Nacional de Brasil), categorizado en quintiles. Este índice tiene en cuenta los bienes de consumo y la escolaridad del jefe de familia. La presencia de niños en el domicilio se consideró como la existencia de algún residente con menos de 10 años. Los análisis fueron realizados en Stata, teniendo en cuenta el diseño muestral. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Pelotas.

Resultados: De los 1.555 domicilios evaluados, cerca de 25% de ellos tenían al menos un niño y 20,8% (IC95%: 18,7-22,9) tenían disponibilidad de snacks. La disponibilidad de snacks estuvo directamente relacionada al nivel socioeconómico, siendo de 10,6% (IC95%: 7,1-14,0) en el primer quintil y de 24,3% (IC95%: 18,8-29,8) en el quinto quintil de IEN. Cuando el domicilio no tenía niños, la disponibilidad de snacks en el primer quintil era de 5,6% (IC95%: 2,8-8,5) y de 23,5% (IC95%: 16,8-30,2) en el quinto quintil de IEN. Cuando había niños, las disponibilidades eran de 24,4% (IC95%: 14,1-34,7) y 26,9% (IC95%: 16,2-37,4), respectivamente.

Conclusiones: A pesar de la relación con el nivel socioeconómico, la disponibilidad de snacks fue bastante similar entre los quintiles extremos de IEN cuando había niños en el domicilio, comparado a los domicilios en que no había niños. Esto demuestra la valorización de estos alimentos por los padres cuando hay niños en casa. Estrategias educativas deben ser adoptadas para advertir sobre los riesgos del consumo excesivo de sal y grasa y desalentar la compra de estos alimentos, especialmente en los domicilios con niños.

980. CONDICIONES HABITACIONALES, ESTADO DE SALUD Y NUTRICIÓN Y ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES PERTENECIENTES A HOGARES DESCONECTADOS DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS, COMUNA 3, MEDELLÍN, 2012

C. Rodríguez Corredor, Y. Ballesteros Vanegas, C.M. Arango Alzate

Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Grupo de Investigación en Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: Determinar las condiciones habitacionales, estado de salud y nutrición y estilo de vida de los adolescentes integrantes de hogares desconectados de los servicios públicos domiciliarios residentes de la franja alta de la comuna 3, Medellín 2012.

Métodos: Se desarrolló un estudio de caso, la muestra estuvo constituida por 120 adolescentes entre 15 y 19 años, basado en fuentes de información primaria y secundaria. Se diseñó un instrumento para las preguntas relacionadas con condiciones habitacionales, estado de salud, estilos de vida y se revisó una base de datos existente para la obtención de medidas antropométricas. Se realizó un análisis descriptivo univariado y bivariado de las condiciones habitacionales, estado de salud y con el propósito de construir un perfil del estilo de vida de los adolescentes se realizó un análisis de correspondencias múltiples. Para dar cuenta del estado de nutrición se construyeron dos indicadores: estatura para la edad e Índice de Masa Corporal.

Resultados: Se encontró que el 68,6% de los adolescentes habita en condiciones de hacinamiento y hacinamiento crítico. Ningún hogar cuenta con servicio de red de gas, el 95% no tiene acceso al agua potable y el 91% de los hogares no cuenta con energía. Del total de adolescentes evaluados, el 64% presentó algún tipo de malnutrición por

exceso o por déficit, el 56% en riesgo de desnutrición y el restante con exceso de peso. El 52,5% manifestó morbilidad sentida en el último mes y se identificó que el 56,8% presentó 2 o más conductas de riesgo. Respecto a los estilos de vida se identificaron dos perfiles; el primero conformado por mujeres entre los 12 y 14 años, las que se caracterizaron por practicar actividades relacionadas con el autocuidado y que poseían 1 o menos conductas de riesgo. Por su parte, el segundo perfil señaló todo lo contrario a lo anteriormente encontrado, el cual fue característico de hombres con edades entre los 15 y los 17 años.

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio señalan que la mayoría de hogares residen en viviendas ubicadas en sectores que representan un riesgo potencial para la salud de sus integrantes. La mayoría de los adolescentes presenta algún tipo de malnutrición por exceso o por déficit y en cuanto a la percepción del estado de salud, pese a que la mayoría perciben su salud como buena más de la mitad de los adolescentes reportó algún tipo de morbilidad en el último mes. Poco más de la mitad presentó dos o más conductas de riesgo, siendo el consumo de alcohol y el consumo de cigarrillo, las conductas con mayor porcentaje que señalan los adolescentes.

640. SALUD FÍSICA Y MENTAL EN MAYORES SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE ENTORNO RESIDENCIAL Y RELACIONES SOCIALES

M.J. Forjaz, A. Ayala, M.E. Prieto, F. Rojo-Pérez, G. Fernández-Mayoralas, V. Rodríguez

Instituto de Salud Carlos III y REDISSEC; Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC.

Antecedentes/Objetivos: Las relaciones sociales y del entorno medioambiental están adquiriendo cada día más importancia como factores de salud, de forma a optimizar la planificación de recursos y las intervenciones de promoción de la salud. El objetivo es analizar qué características del entorno y de relaciones sociales afectan a la salud mental y física de la población mayor.

Métodos: Se analizó una muestra ponderada de 1.357 mayores de 50 años de la encuesta piloto del Estudio Longitudinal Envejecer en España (ELES). A través de un análisis factorial exploratorio (AFE) en componentes principales, se agruparon variables de salud y relaciones sociales. Se compararon los factores relacionados con la salud mediante test-t independiente por variables sociodemográficas, socioeconómicas, entorno residencial y relaciones sociales (soledad, apoyo social y tamaño de la red). Por último se dividieron por su mediana los factores de salud en dos grupos y se incluyeron como variables dependientes en una regresión logística.

Resultados: Mediante AFE, se formaron tres variables: salud física (número de enfermedades, salud subjetiva, escala de capacidad funcional y problemas para moverse en transporte público); el salud mental (Personal Wellbeing Index, la depresión con la escala CES-D y las experiencias positivas y negativas con el SPANE BALANCE; y el apoyo social/soledad (escala DUFSS y Escala De Jong-Gierveld). Los individuos con peor salud física eran, significativamente, mujeres, de más edad, no casados, de bajo nivel socioeconómico, con mayor soledad, menor superficie de la vivienda y menos equipamiento del hogar, y con más obstáculos, inseguridad y delincuencia en la zona de residencia. Los resultados fueron similares en salud mental, pero sin diferencias por edad ni superficie y fue significativo tener una red social amplia. En los modelos de regresión logística de salud física y mental influyó el sexo (OR: 0,44 y 0,55, respectivamente), delincuencia en la zona (OR: 1,69 y 1,70) y el factor de soledad y apoyo social (OR: 1,39 y 2,63). Además fue significativa la edad (OR: 0,95) y la situación socioeconómica (OR: 1,38) en el modelo de salud física.

Conclusiones: Aumentar el apoyo social, reducir la soledad y mejorar las condiciones de vida en el espacio residencial, reduciendo la

delincuencia en el entorno, ayudarían a favorecer la salud física y mental. Estos resultados refuerzan la importancia de diseñar intervenciones comunitarias que promuevan aspectos sociales y mejoren el entorno con el objetivo de favorecer salud física y mental de las personas mayores.

974. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR ANCIANOS BRASILEÑOS

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

Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Brasil.

Antecedentes/Objetivos: La utilización de servicios de salud es marcada por inequidades sociales en Brasil. Objetivo: evaluar las desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud por los ancianos brasileños.

Métodos: Encuesta de base poblacional llevada a cabo en 2009, en 100 municipios de las cinco regiones geopolíticas de Brasil, en muestra de ancianos representativa de las zonas urbanas. Se verificó el uso de los servicios de salud para consultas médicas y atención domiciliaria — en los últimos tres meses, y para servicios de urgencias y hospitales — el año anterior a la encuesta. Se utilizó regresión de Poisson para calcular las tasas de prevalencia e intervalos de confianza crudo y ajustado en el análisis de asociación entre los resultados y la situación socioeconómica. Esta fue medida 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). Los resultados se ajustaron por sexo, edad, origen étnico, estado civil y educación. El estudio fue aprobado por Comité de Ética.

Resultados: La prevalencia de utilización de consulta médica, servicio de urgencia, atención domiciliaria y hospitales fue de 46,0% (IC95%: 44,8, 47,2), 16,5% (IC95%: 15,6, 17,3), 11,7% (IC95%: 10,9, 12,5) y 11,1% (IC95%: 10,4, 11,9), respectivamente. En el análisis ajustado, los individuos más ricos (clases A/B) presentaron 1,26 (IC95%: 1,18, 1,33) veces más probabilidad de visitar a un médico en comparación a los más pobres (Clase D/E). No hubo diferencia en el uso de servicios de urgencia de acuerdo con la posición socioeconómica. Ancianos más ricos reportaron 1,36 (IC95%: 1,08 a 1,72) veces más hospitalización que los más pobres. La atención en el hogar, fue 1,26 (IC95%: 1,09; 1,49) veces más frecuente entre los ancianos más pobres en comparación a los más ricos.

Conclusiones: Aún persisten desigualdades socioeconómicas en el uso de los servicios de salud —consultas médicas y hospitalización— por ancianos brasileños. Afortunadamente se ha avanzado en los últimos años, como en el uso similar de servicios de urgencias entre personas mayores de diferentes niveles socioeconómicos. También llama la atención la mayor utilización de atención en el hogar por los más pobres, reflejo de la mayor presencia de La Salud de la Familia en las regiones más pobres de las ciudades brasileñas. En Brasil, la búsqueda por el acceso equitativo a los servicios de salud para los ancianos pobres debe seguir siendo una prioridad, junto con los avances en la calidad de la atención.

3. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE MATERNA EM MIGRANTES

L.M. Almeida, J.P. Caldas

Instituto de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; CIIE, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: A saúde como um direito universal é um dos pilares para a inclusão social dos imigrantes. Recentes orien-

tações da OMS enfatizam a preponderância de monitorizar os determinantes sociais da saúde, procurando não descurar os grupos vulneráveis: os migrantes, mulheres e crianças, entre outros indivíduos teoricamente desfavorecidos. Considerando a gravidez e a maternidade como períodos de maior vulnerabilidade em mulheres migrantes, a fim de caracterizar a assistência prestada a este coletivo, procurou-se identificar e compreender os padrões de satisfação e procura de cuidados de saúde materna e infantil e serviços de saúde reprodutiva, avaliando as perceções das mulheres sobre a qualidade dos serviços.

Métodos: A investigação em curso segue uma metodologia mista de recolha e análise de dados. Os participantes são mães recentes, imigrantes de países do Leste Europeu, Brasil e países Africanos de Língua oficial Portuguesa (casos) e portuguesas (grupo de comparação), contactadas através de associações cívicas e hospitais de referência que servem a área metropolitana do Porto. Pretende-se avaliar se os dados qualitativos (entrevistas semiestruturadas, dados já disponíveis) convergem com indicadores numéricos (recolhidos através de um estudo de caso-controle), utilizando técnicas de triangulação. Efetuou-se uma interpretação compreensiva (análise de conteúdo da informação emergida), e estes resultados serão confrontados com os dados quantitativos recolhidos de forma contígua e analisados estatisticamente (saúde materna).

Resultados: Desinformação sobre direitos e esclarecimento inadequado durante consultas médicas interagem muitas vezes com os determinantes sociais (e.g. desemprego, subemprego, nível socioeconómico e condições de vida), resultando em resultados de saúde materna empobrecida ou com pior prognóstico, e procedimentos médicos desajustados. A relação médico-paciente verificou-se uma ferramenta privilegiada de comunicação e rastreio de privação sócio-material. Um estado de saúde aparentemente satisfatório não pode constituir evidência suficiente para a aplicação de cuidados padronizados, especialmente na presença de barreiras linguísticas.

Conclusiones: Os serviços de saúde devem considerar a literacia em saúde e as expectativas culturais dos imigrantes, a fim de melhorar as respostas às suas necessidades, a adesão às terapêuticas e a vigilância continuada. Novos desafios em Saúde Pública tendem a residir não mais em garantir o acesso, mas principalmente em promover a equidade, para uma qualidade superior dos cuidados de saúde.

886. ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN AMBIENTAL DE LA POBLACIÓN ANDALUZA Y RELACIÓN CON INDICADORES SOCIOECONÓMICOS Y DE SALUD

V. Ballesteros Arjona, A. Daponte Codina, M.P. Rueda de la Puerta

OSMAN – Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Conocer la percepción de la población andaluza sobre las condiciones ambientales de su entorno y caracterizar a los diferentes grupos de población según los resultados de la percepción ambiental de su entorno. Identificar grupos de población de especial sensibilidad por las características ambientales de su barrio (presencia de fuentes de contaminación, vertidos, olores, características sociales de barrios deprimidos, etc.). Establecer una comparativa entre los grupos de población según la percepción de los determinantes ambientales de su entorno.

Métodos: Los datos utilizados para el estudio proceden de la Encuesta Andaluza de Salud Pública del año 2007. En dicha encuesta se entrevistó a una muestra significativa de la población andaluza con el objetivo de recoger información relevante sobre su estado de salud. Las variables sobre características sociodemográficas y condiciones y calidad ambiental son las que se han usado en el estudio. También se

han usado datos del Registro de emisiones y fuentes contaminantes PRTR-España para la localización geográfica de las principales fuentes contaminantes en la región.

Resultados: Los resultados más bajos en cuanto a la calidad ambiental del entorno se dan en aquellos grupos de población en los que hay un foco de emisión en las proximidades de la vivienda. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la percepción de características ambientales del barrio entre hombres y mujeres. Otras variables analizadas son la edad, la situación laboral, el número de personas en el hogar, estado de salud, etc.

Conclusiones: El análisis de la percepción ambiental constituye una herramienta necesaria para complementar los estudios ambientales y de salud, comparar grupos de población e identificar zonas de especial sensibilidad y poder así establecer recomendaciones y medidas específicas.

497. SOBREMORTALIDAD PREVIA AL POLO DE DESARROLLO INDUSTRIAL. PROVINCIA Y CIUDAD DE HUELVA, 1960-1964

A. Escolar Pujolar

Hospital Universitario.

Antecedentes/Objetivos: La provincia y especialmente los municipios de la Ría de Huelva, entre los que destaca la ciudad de Huelva, han sido motivo de atención reiterada desde hace décadas por su sobremortalidad respecto a España en causas diversas. La opinión más extendida en la población general y los medios es que esta situación es una consecuencia de la puesta en marcha a partir de 1964 del Polo de Desarrollo Industrial (PDI) de Huelva, con un protagonismo destacado de la industria química. Objetivo: Conocer si la provincia y la ciudad de Huelva presentaban sobremortalidad en un conjunto seleccionado de causas en un período previo a la puesta en marcha del PDI.

Métodos: Defunciones por todas las causas y específicas según sexo, en la provincia y la ciudad de Huelva en 1960-1964. Cálculo de la Razón Estandarizada de Mortalidad (RME) y sus intervalos de confianza al 95% [IC95%]. Las defunciones esperadas se han estimado a partir de tasas de referencia para el conjunto de España, mismo período, sexo y causa analizada. Datos de población: Censo de Población del año 1960 (INE). Fuente: MNP 1960 a 1964 (INE).

Resultados: La primera industria del PDI se puso en marcha en 1964. Para mortalidad general las RME para la provincia y la ciudad de Huelva respectivamente fueron, en mujeres 1,01 [0,99-1,03] y 1,23 [1,18-1,29], y en hombres 1,10 [1,08-1,12] y 1,53 [1,47-1,60]. Para la tuberculosis del aparato respiratorio las RME en mujeres fueron: 1,50 [1,30-1,73] y 3,33 [2,66-4,17], y en hombres 1,51 [1,38-1,66] y 2,77 [2,34-3,28], respectivamente en la provincia y la ciudad de Huelva. En tumores malignos las cifras correspondientes a mujeres fueron: 1,03 [0,98-1,09] y 1,20 [1,07-1,36], y en hombres de 1,23 [1,17-1,29] y 1,53 [1,36-1,71]. Para otras causas como las enfermedades cerebro y cardiovasculares también se identifican excesos de mortalidad, siempre mayores en la ciudad de Huelva y entre los hombres.

Conclusiones: 1) La sobremortalidad general, por cáncer y por otras causas, era previa a la puesta en marcha del PDI, siendo especialmente destacada en los hombres y de mayor magnitud en la ciudad de Huelva que en la provincia; 2) El exceso de mortalidad más destacado, tanto en la provincia como en la ciudad de Huelva, fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias, y entre ellas la referida a la tuberculosis respiratoria; 3) Para las dos principales causas de muerte en la actualidad, enfermedades cardiovasculares y cáncer, tanto la provincia, como especialmente la ciudad de Huelva ya presentaban en 1960-1964 un exceso de mortalidad respecto a España.

Determinantes de mortalidad

Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 2

Moderadora: Mercè Gotsens

833. AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE POR CAUSAS EVITÁVEIS NO BRASIL E REGIÕES – 2000-2010

D. Abreu, C. Cunha, E. Drumond, E. França

GPEAS e Núcleo de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; GPEAS/UFMG e Instituto Federal Minas Gerais; GPEAS e Prefeitura Municipal de Belo Horizonte-Minas Gerais; GPEAS e Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais.

Antecedentes/Objetivos: A mortalidade por causas evitáveis apresenta-se como um indicador de deficiências potenciais na atenção à saúde. No Brasil, essa mortalidade pode ter sido afetada pelas mudanças ocorridas no sistema de saúde principalmente na última década, com diferenças entre as cinco regiões geográficas do país. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar a mortalidade por causas evitáveis na população de 5 a 74 anos nas regiões brasileiras, nos anos de 2000 e 2010.

Métodos: Foram analisadas as causas básicas de morte dos óbitos do registro nacional de mortalidade ocorridos em 2000 e 2010, codificadas pela CID 10, e classificadas segundo a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil, para 5 a 74 anos de idade. A Lista foi elaborada em 2007 e revista em 2010 por grupo de especialistas sob a coordenação do Ministério da Saúde, na qual as causas de morte evitáveis são agrupadas considerando o referencial da tecnologia disponível no sistema público de saúde. Foi corrigido o subregistro de óbitos e estimadas as taxas de mortalidade padronizadas por idade de homens e mulheres para os dois anos analisados.

Resultados: As taxas padronizadas de mortalidade por causas evitáveis apresentaram um descenso entre 2000 e 2010 para homens (4,3% para 3,7%) e mulheres (2,0% para 1,7%), para todas as regiões do país, exceto para os homens da região Norte (aumento de 3%). Ao analisar os grupos de causas evitáveis separadamente, ao analisar os grupos de causas evitáveis separadamente, para as causas evitáveis por ações de prevenção e controle de doenças infecciosas em mulheres, houve um aumento do risco no período nas regiões Sudeste e Sul, que se caracterizam como as mais desenvolvidas do país. Para as causas evitáveis por ações de prevenção e controle de causas externas, representadas principalmente pelos homicídios, para os homens e mulheres da região Norte, as taxas aumentaram em 20% e em 2%, respectivamente.

Conclusiones: Os resultados sugerem que as mudanças na oferta e no acesso aos serviços de saúde no Brasil, impulsionadas pela reorganização do sistema de saúde, repercutiram no declínio da mortalidade por causas evitáveis entre 2000 e 2010, com diferenças regionais. Neste contexto, a análise da mortalidade por causas evitáveis pode representar um instrumental de grande importância para subsidiar o planejamento e implementação de programas e estratégias de saúde pública.

373. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA PARA EL ESTUDIO DE “CÓMO MUEREN LOS ANDALUCES”

C. Bruquetas Callejo, M. Ruiz-Ramos, M.I. Tamayo Velázquez, P. Simón Borda, M.S. Esteban López, R. Carretero Guerra, C.A. Gómez Hernández

Consejería de Salud y Bienestar Social; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del estudio es obtener una estimación fiable de las Decisiones Clínicas al Final de la Vida (DFV) para todas las muertes de Andalucía.

Métodos: Se extrajo una muestra representativa de las muertes ocurridas en Andalucía. La muestra fue no proporcional, de tal manera que se seleccionaron más defunciones de causas con alta probabilidad de DfV. Además, se contemplaron las provincias andaluzas para estratificar. La fracción de muestreo fue el 4,5%, es decir, se seleccionaron 4,5 de cada cien muertes ocurridas en Andalucía entre el 1 de agosto del 2010 y el 31 de julio del 2011. Considerando un error muestral del 4%, el nivel de significación del 0,5%, una proporción del 50% de respuesta afirmativa de la pregunta principal del cuestionario y varianzas homogéneas en todos los estratos, el tamaño muestral fue de 2.974 defunciones. El muestreo se decidió con remplazo, por lo cual se seleccionaron un total de 5.948 defunciones, la mitad para la muestra titular y la otra parte para la muestra sustituta. En determinados casos se aceptó la posibilidad de respuesta por un proxy, aceptando el médico de cabecera en lugar del certificador.

Resultados: De todas las defunciones seleccionadas de 4.998 se tenían grabado número de colegiado y provincia de colegiación, 596 sólo constaba Código Numérico Personal (CNP), y en 354 ningún de los dos. Las 4.998 defunciones fueron certificadas por 3143 médicos, es decir cada médico certificó 1,6 defunciones. Siete de ellos certificaron más de 50 defunciones, que supuso 506 CMD de la muestra, 64 médicos certificaron entre 6 y 50 defunciones, lo que supuso 533 defunciones, 44 médicos certificaron 5 defunciones, 94 médicos 4 defunciones, 203 médicos 3 defunciones, 592 médicos 2 defunciones y 2139 médicos certificaron sólo 1 defunción. De las 357 de las que no se tenía ninguna información del médico certificador, el 95% fueron muertes por causas externas y en 297 de ellas se localizó al médico de familia de la persona fallecida.

Conclusiones: Se dispone de una muestra representativa de las defunciones ocurridas en Andalucía a partir de la cual se localizaran a los médicos certificadores para realizar una encuesta sobre la decisiones clínicas al final de la vida, que suministre información de cómo están muriendo los andaluces.

552. ANÁLISIS ESPACIAL DE LA MORTALIDAD GENERAL EN LA CIUDAD DE HUELVA. PRIVACIÓN Y RIESGO DE MUERTE. 1992-2007

V. Santos Sánchez, A. Escolar Pujolar, J.A. Córdoba Doña

Fundación para la Gestión de la Investigación Biomédica de Cádiz; Hospital Universitario; Delegación Provincial de Salud de Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: La provincia de Huelva es noticia habitual en los medios por su sobremortalidad respecto a España. Menos atención se ha prestado al conocimiento sobre la existencia de desigualdades sociales. Objetivo: medir la desigualdad en el riesgo relativo (RR) de muerte en la ciudad de Huelva según la privación de la sección censal (SC) en el período 1992-2007.

Métodos: Estudio transversal de área pequeña. Defunciones por todas las causas por sexo y SC (Censo-2001), períodos 1992-97, 1998-02, 2003-07. Se asignó el seccionado censal mediante un Sistema de Información Geográfica (Censo-2001). Cálculo de RME crudas por SC, usando como mortalidad de referencia la del conjunto de la ciudad de Huelva. Poblaciones por SC (Censo de 2001). Cálculo de RME suavizadas a partir de las crudas, modelo de Besag, York y Mollié (BYM). Tomando un intervalo de confianza al 95%, se calcula la probabilidad a posteriori (PRP) de que el RR de la SC sea mayor de 100. Las SC con una probabilidad mayor de 0,8 se consideran con un exceso de mortalidad estadísticamente significativo, y las menores de 0,2 con un defecto de mortalidad estadísticamente significativo. Cada SC se clasificó en uno de los 5 niveles de un índice de privación (IP) que resume las características de bajo nivel de estudios, trabajo no cualificado y desempleo (Censo-2001). Para la medida de la desigualdad se ha introducido como variable expli-

cativa en el modelo BYM el IP, tomando como categoría de referencia las SC de menor privación. Se han estimado los RR con sus respectivos IC al 95%.

Resultados: Se presentan mapas temáticos con la distribución espacial de las RME crudas y suavizadas y de la PRP, por sexo y período. El RR de muerte para el período 1992-97 en hombres fue de menor a mayor privación: 1,12; 1,34*; 1,51* y 2,01*. En mujeres en el mismo período fueron respectivamente: 1,10; 1,38*; 1,33*; 1,47*. Para los años 2003-2007, los respectivos RR en hombres y mujeres, de menor a mayor privación fueron: 1,04; 1,25; 1,39*; 1,44* y 1,15; 1,33*; 1,51*; 1,42*. [* = RR significativo].

Conclusiones: 1) El patrón espacial se mantiene en los tres períodos, observándose un claro contraste entre centro (bajo riesgo) y periferia (alto riesgo). Las SC de mayor riesgo se ubican en zonas adyacentes a los ríos Tinto y Odiel. 2) Se identifica la presencia de importantes desigualdades sociales en el riesgo de muerte. Cuanto mayor es la privación de la SC mayor es el riesgo de muerte. 3) En los hombres se ha producido una importante disminución en la desigualdad, mucho menor en las mujeres.

889. TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR DIABETES MELLITUS: ANÁLISE DE CAUSA MÚLTIPLA DE ÓBITO, NITERÓI, BRASIL

G.T. Monteiro, S.F. Mello, A.L. Miranda-Filho, R.J. Koifman

Programa de Saúde Pública e Meio Ambiente da ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro; Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

Antecedentes/Objetivos: O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico decorrente da hiperglicemia que pode resultar em complicações metabólicas importantes e risco aumentado para hipertensão, dislipidemia e problemas cardiovasculares, e faz parte das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que, nas últimas décadas, vem respondendo pelas principais causas de óbitos no Brasil. Sabe-se que a análise epidemiológica dos dados de mortalidade é importante para o planejamento e implantação de políticas de prevenção e controle dos problemas de saúde. Tal fato pode ser observado em alguns estudos nacionais que revelaram tendência crescente da mortalidade por DM na maioria das capitais brasileiras. O objetivo desse estudo é analisar a tendência das taxas de mortalidade por DM, como causa básica e causa associada, no município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Métodos: Trata-se de uma análise de tendência da mortalidade por DM em indivíduos com mais de 20 anos de idade. As informações dos óbitos foram obtidas no Sistema de Informação de Mortalidade. A análise de tendência da causa básica de óbito compreendeu o período de 1981 a 2010 e a da causa associada de 1999 a 2010, anos em que essa informação estava disponível. Foram estimadas taxas de mortalidade brutas e padronizadas pela população mundial. A tendência foi analisada por regressão polinomial.

Resultados: Foram computados 4.014 óbitos por DM como causa básica, entre 1981 e 2010, e 2.412 óbitos como causa associada entre 1999 e 2010. Os resultados apontaram tendência decrescente e significativa da taxa de mortalidade por DM como causa básica para o conjunto de óbitos ($y = 42,12 - 0,31x$; $R = 0,20$; valor de $p = 0,016$) e para o sexo feminino ($y = 39,02 - 0,64x$; $R = 0,50$; valor de $p < 0,0001$), mas não para o masculino ($y = 46,41 + 0,15x$; $R = 0,02$; valor de $p = 0,400$). A magnitude da taxa de mortalidade por outras causas básicas, tendo a DM como causa associada, foi elevada, mas não se observou tendência significativa a aumento ou diminuição no período.

Conclusiones: Observou-se tendência decrescente de mortalidade por DM como causa básica, especialmente no sexo feminino. Apesar de não apresentar tendência significativa de elevação, a magnitude da mortalidade por DM como causa associada aponta a necessidade de

incrementar atividades de prevenção e controle do DM no Município de Niterói, Rio de Janeiro.

45. EXHAUSTIVIDAD DE LAS ESTADÍSTICAS OFICIALES DE MORTALIDAD DE NAVARRA

C. Moreno-Iribas, J. Díaz-González, N. Álvarez-Arruti, E. Larumbe, J. Delfrade, J. Aguirre, Y. Floristán

Instituto de Salud Pública de Navarra; Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas; Complejo Hospitalario de Navarra; Servicio Navarro de Salud; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En la última década varios informes de EUROSTAT señalan a las mujeres de Navarra como las de mayor esperanza de vida al nacer entre más de 200 regiones europeas. El objetivo del estudio es estimar la exhaustividad (completeness) de las estadísticas oficiales de mortalidad de Navarra.

Métodos: Comparación del número de muertes y de la esperanza de vida al nacer en Navarra en 2009 utilizando las estadísticas oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE) y los datos derivados de una búsqueda en múltiples fuentes. Se ha construido un listado de defunciones completando la lista oficial del INE de 2009 con: a) Defunciones recibidas con retraso en el INE en 2010 y 2011, b) Base de datos de la historia informatizada de especializada (HCI) y c) Defunciones registradas en el Instituto Navarro de Medicina Legal.

Resultados: Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009 se contabilizaron 5.246 fallecimientos en residentes de Navarra, de los cuales 5.147 estaban incluidos y 99 no estaban incluidos en la base del INE que sirve para el cálculo de las estadísticas oficiales. La sensibilidad de la base de las estadísticas oficiales (es decir, proporción del número real de fallecidos) era del 98,1%. Señalar la existencia de aproximadamente un 1% de defunciones cuya documentación no había sido recibida en la delegación del INE 2 años después de ocurrido el evento. La esperanza de vida al nacer en 2009 desciende de 86,6 años a 86,3 en las mujeres y de 80 a 79,5 años en los hombres tras corregir el subregistro, ocupando Navarra y la región de Ticino en Suiza las primeras posiciones en el ranking de esperanza de vida al nacer entre las mujeres mientras que en el ranking de los hombres, Navarra pasaría de la 5ª posición a la 30ª.

Conclusiones: Los datos de este estudio han descartado la existencia de un subregistro significativo que invalide los datos de esperanza de vida al nacer obtenidos de la base de datos de defunciones oficiales del INE. Se han identificado algunos puntos del circuito de envío de información al INE donde se concentran los retrasos que provocan el subregistro. Reforzar el control de la exhaustividad e incluso realizar una búsqueda activa de muertes no enviadas al INE con la prontitud que permita su inclusión mejoraría la exhaustividad de las estadísticas oficiales. Se confirma por otra parte la excepcional longevidad de las mujeres de Navarra.

528. MORTALIDAD POR DIABETES EN CANARIAS, 1980-2011

P. Lorenzo Ruano, M. Gil Muñoz, C. Mate Redondo

Dirección General Salud Pública de Canarias.

Antecedentes/Objetivos: Según la OMS, en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes (DM) y se estima que las muertes por esta causa se dupliquen entre 2005 y 2030. En Canarias es la 2ª causa de muerte en las mujeres y la 3ª en los hombres. El objetivo es describir la tendencia de la mortalidad por DM en el periodo 1980-2011 y los años de esperanza de vida perdidos (A EVP).

Métodos: Los datos de defunciones por DM proceden del INE, codificados según la CIE-9 (250) y la CIE-10 (E10-E14). Las poblaciones

utilizadas son las intercensales (INE). Las tasas globales y las tasas del grupo 50 y más años de edad se ajustaron mediante el método directo (población estándar europea). Para el análisis de la tendencia se utilizó un modelo de regresión joinpoint, que identifica el momento en que se producen cambios significativos, así como su magnitud (PCA: % cambio anual). Para calcular la cantidad de años de esperanza de vida que podrían ganarse si se eliminara la mortalidad por DM se utilizó el indicador AEVP, propuesto por Arriaga, para los trienios 1980-82 y 2009-11 y entre las edades 0 y 85 años.

Resultados: El 5% de las 352.390 defunciones registradas en Canarias en el periodo 1980-2011 se produjeron por DM (en España fue del 3%), siendo mucho mayor la contribución de las mujeres (60%). El riesgo de morir por DM es mayor en Canarias que en España en todo el periodo del estudio, con una tendencia estable en los hombres y decreciente en las mujeres (PCA: 0,25 ns y -1,72); en España los PCA fueron -0,85 y -2,65, respectivamente. La mortalidad por DM, mínima antes de los 50 años, aumenta con la edad. En todos los grupos de edad seleccionados la tendencia es decreciente o levemente estable en los hombres y decreciente en las mujeres, excepto en el grupo 80 y +, creciente en los primeros y levemente estable en las segundas, con unos PCA inferiores en Canarias que en España. La esperanza de vida temporaria es menor en Canarias que en España, aunque presenta mayores ganancias entre los trienios inicial y final. En términos absolutos, en Canarias la DM contribuyó con 0,32 y 0,39 AEVP en hombres en el primer y último trienio del periodo (1,17 y 0,56 en España), y con 0,54 y 0,30 en mujeres (0,28 y 0,09 en España), lo que supone un incremento relativo anual del 0,80% en los hombres y un descenso del -1,17% en mujeres (-1,32 y -1,64 en España). Los grupos de edad 60-69 y 70-79 son los que más contribuyen al total de AEVP en ambos sexos, tanto en Canarias como en España.

Conclusiones: La mortalidad por DM sigue siendo mayor en Canarias que en España, aunque con una tendencia estable en los hombres y decreciente en las mujeres. Habría que continuar aplicando medidas de promoción y prevención dirigidas principalmente a la población con mayor riesgo de padecerla (obesos, hipertensos...).

550. MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN CANARIAS, 1980-2011

M. Gil Muñoz, P. Lorenzo Ruano

Dirección General Salud Pública de Canarias.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de pulmón (CP) es la 1ª causa de muerte por cáncer en los hombres y se incrementa en las mujeres. En Canarias es la 2ª causa de muerte en hombres y la 8ª en mujeres. El objetivo es describir la tendencia de la mortalidad por CP en Canarias en el periodo 1980-2011 y los años de esperanza de vida perdidos (AEVP).

Métodos: Los datos de defunciones por CP proceden del INE, codificados según la CIE9 (162) y la CIE10 (C33-C34). Las poblaciones son las intercensales (INE). Las tasas globales y las de los grupos 35-74 y 75 y más años se ajustaron mediante el método directo (población estándar europea). Para el análisis de la tendencia se utilizó un modelo de regresión joinpoint, que identifica el momento en que se producen cambios significativos, así como su magnitud (PCA: % cambio anual). Para calcular la cantidad de años de esperanza de vida que podrían ganarse si se eliminara la mortalidad por CP se utilizó el indicador AEVP, propuesto por Arriaga, para los trienios 1980-82 y 2009-11 y entre las edades 0 y 85 años.

Resultados: El 5% de las defunciones registradas en Canarias y en España en el periodo 1980-011 se produjeron por CP, siendo mayor la contribución de los hombres (84%). El riesgo de morir por CP es mayor en los hombres, con tasas superiores en Canarias que en España hasta 1985 y una tendencia estable en ambos territorios (PCA: -0,2 ns y 0,53). En las mujeres el riesgo es mayor en Canarias en todos los años

del estudio, con una tendencia creciente (1,94 y 2,26). La esperanza de vida temporaria es menor en Canarias que en España, aunque presenta mayores ganancias entre los trienios inicial y final. La mortalidad por CP, mínima antes de los 35 años, aumenta con la edad. En los hombres la tendencia es estable/levemente estable en Canarias en los grupos de edad seleccionados; en España, con unos PCA superiores, la tendencia es similar, con excepción de los grupos 35-44 y 75 y +, con tendencia decreciente y levemente creciente respectivamente. En las mujeres la tendencia es creciente, sobre todo en el grupo de 45-54 años (6,82 y 5,34). En términos absolutos, en Canarias el CP contribuyó con 0,79 y 0,89 AEVP en hombres en el 1º y último trienio (0,77 y 0,98 en España), y con 0,09 y 0,24 en mujeres (0,09 y 0,21 en España), lo que supone un incremento relativo anual del 0,43 y 198,33% respectivamente (1,03 y 194,80% en España). En Canarias y en España, los grupos que más contribuyen al total de AEVP son 55-64 y 65-74 en los hombres; y en las mujeres 55-64 y 65-74 en el 1º trienio y 45-54 y 55-64 en el último.

Conclusiones: La mortalidad por CP presenta una evolución estable en los hombres y creciente en las mujeres. Al ser muchas evitables y estar tan relacionadas con el tabaquismo, habría que continuar con intervenciones orientadas a su reducción, sobre todo en las mujeres.

560. MORTALIDAD POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN CANARIAS, 1980-2011

M. Gil Muñoz, P. Lorenzo Ruano, C. Mate Redondo

Dirección General Salud Pública de Canarias.

Antecedentes/Objetivos: La cardiopatía isquémica (CI) representa la primera causa de muerte en el mundo (OMS), al igual que en Canarias, la CCAA con mayor riesgo de morir por esta causa. El objetivo es describir el comportamiento de la mortalidad por CI en el periodo 1980-2011 y los años de esperanza de vida perdidos (AEVP).

Métodos: Los datos de defunciones por CI proceden del INE, codificados según la CIE9 (410-414) y la CIE10 (I20-I25). Las poblaciones son las intercensales (INE). Las tasas globales y las tasas de los grupos 35-74 y 75 y más años de edad se ajustaron mediante el método directo (población estándar europea). Para el análisis de la tendencia se utilizó un modelo de regresión joinpoint, que identifica el momento en que se producen cambios significativos, así como su magnitud (PCA: % cambio anual). Para calcular la cantidad de años de esperanza de vida que podrían ganarse si se eliminara la mortalidad por CI se utilizó el indicador AEVP, propuesto por Arriaga, para los trienios 1980-82 y 2009-11 y entre las edades 0 y 85 años.

Resultados: El 13% de las 352.390 defunciones registradas en Canarias en el periodo 1980-2011 se produjeron por CI (En España fue del 10%), siendo mayor la contribución de los hombres (58%). El riesgo de morir por CI es mayor en Canarias que en España en todo el periodo de estudio, con una tendencia decreciente aunque con unos PCA superiores en Canarias (PCA: -2,16, -2,21) que en España (-1,75, -1,89), en hombres y mujeres respectivamente. La mortalidad por CI, mínima antes de los 35 años, aumenta con la edad. En todos los grupos de edad seleccionados la tendencia es decreciente, con unos PCA menores en Canarias que en España en los primeros grupos de edad seleccionados (de 35 a 54) y mayores en los más avanzados (55 y más), tanto en hombres como en mujeres. La esperanza de vida temporaria es menor en Canarias que en España, aunque presenta mayores ganancias entre los trienios inicial y final. En términos absolutos, en Canarias la CI contribuyó con 1,88 y 0,90 AEVP en hombres en el 1º y último trienio (1,45 y 0,79 en España), y con 0,84 y 0,33 AEVP en mujeres (0,54 y 0,24 en España), lo que supone un descenso relativo anual del 1,32 y 1,50% en hombres y mujeres respectivamente (1,18 y 1,37% en España). Los grupos que más contribuyen al total de AEVP son 55-64 y 65-74 en los hombres y 65-74 y 75-84 en las mujeres, tanto en Canarias como en España.

Conclusiones: La mortalidad por CI sigue siendo mayor en Canarias que en España, aunque ha ido descendiendo con el paso de los años. Al tratarse en su mayor parte de muertes evitables, habría que continuar con la promoción de hábitos de vida saludables (actividad física, alimentación equilibrada...) y en la evitación de factores de riesgo (tabaquismo...).

692. TENDENCIAS Y PREDICCIONES DE MORTALIDAD DE LOS CÁNCERES RELACIONADOS AL HPV EN BRASIL

D.L. Bezerra de Souza, M.P. Curado, M.M. Bernal, J. Jerez Roig

Universidade Federal do Rio Grande do Norte; International Prevention Research Institute, Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia; Universidad de Zaragoza; Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Hospital Can Misses.

Antecedentes/Objetivos: El cálculo del número de casos de un grupo de cáncer y las tendencias observadas en el pasado es indispensable para la planificación de medidas asistenciales efectivas. El objetivo del estudio es analizar las tendencias de mortalidad de los cánceres relacionados al HPV en Brasil, por sexo, en el período 1996-2010, y realizar predicciones hasta el año 2025.

Métodos: Fueron registradas todas las muertes por cáncer de cuello de útero (código ICD-10: C53), así como vulvar y vaginal (C51 y C52), anal (C21), peniano (C60) y orofaríngeo (C02, C09, C10). Se utilizaron cálculos por año de las tasas ajustadas a la población mundial estándar, a través del programa de regresión Joinpoint. Las predicciones fueron obtenidas mediante el programa Nordpred, empleando el modelo edad-período-cohorta.

Resultados: Se identificó una tendencia de aumento del cáncer de pene y anal en hombres, con un cambio significativo del 1,4% y 4%, respectivamente. Las predicciones indican una reducción del riesgo de muerte por cáncer orofaríngeo en hombres y por cáncer de cuello de útero, vulvar y vaginal en mujeres. Se observó que el incremento del número de muertes se debe principalmente a cambios poblacionales (estructura etaria y tamaño).

Conclusiones: Se espera un aumento del riesgo de cáncer peniano y anal en hombres y, consecuentemente, un incremento de las tasas de mortalidad por estos tipos de cáncer, a diferencia de lo que se prevé para los cánceres relacionados al HPV en mujeres.

1103. DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN COLOMBIA: PATH ANÁLISIS 2003-2009

M.C. Jaramillo-Mejía, J.J. Jiménez-Moleón, D. Chernichovsky, F. Montenegro Torres

Universidad Icesi; Universidad de Granada; Ben Gurion University of the Negev; Banco Mundial.

Antecedentes/Objetivos: En Colombia la tasa estimada de mortalidad infantil, va desde 54 (1980) a 17 por 1,000 nacidos vivos en 2009. El objetivo de esta investigación, fue analizar individualmente y en conjunto, mediante un modelo los determinantes biológicos, socioeconómicos, ambiental y de los servicios de salud y analizar el impacto que tienen todos y cada uno sobre la mortalidad infantil. Los determinantes son claves en la supervivencia infantil, son exógenos o endógenos —que reciben impacto de otros determinantes— y pueden tener efectos directos o indirectos.

Métodos: Con registros individuales de defunción y de nacido vivo entre 2003 y 2009, se realizó análisis micro, uni y multivariado, mediante Path análisis de los determinantes del modelo, construcción del diagrama del path con sus coeficientes (cuantifican el impacto de las variables —causa efecto— en una dirección).

Resultados: El sexo masculino tuvo un impacto negativo directo sobre la mortalidad infantil y los efectos positivos de menor a mayor

impacto fueron la atención de la madre o el niño en el municipio de residencia, cobertura de acueducto, atención médica, atención en el mismo departamento y el peso al nacer. El sexo masculino fue también una variable exógena, como el embarazo múltiple y alto nivel educativo que tienen impacto positivo. Efectos endógenos: el embarazo múltiple tiene efecto directo y positivo, pero efecto total negativo, aumenta la probabilidad de morir a través de otros determinantes (peso al nacer, edad gestacional, parto por cesárea) y la paridad es negativo; con efecto positivo el parto por cesárea y las semanas de gestación. Efectos indirectos: edad de la madre mayor a 35 años, con efecto negativo y de menor a mayor efecto positivo: camas de atención materno-infantil en el municipio, madre con educación secundaria, mayor proporción de camas de cuidado intensivo y la mayor fuerza pertenecer al régimen contributivo en salud (a éste pertenece la población trabajadora y sus familias). El efecto positivo más importante fue el peso, y los determinantes de socioeconómicos y de servicios como la atención médica, la seguridad social y el nivel educativo de la madre.

Conclusiones: Los socioeconómicos: régimen subsidiado y menor educación aumentan la probabilidad de morir por menor oportunidad de acceso a servicios de alta calidad y tecnología; los biológicos: peso fue la variable más importante para asegurar la supervivencia infantil y embarazo múltiple la que más afecta. Este análisis nos deja preguntas por resolver, orientadas la equidad y calidad de los servicios de salud de la población pobre y vulnerable en un sistema de salud, considerado como de acceso universal.

382. SEDENTARISMO Y MORTALIDAD: RESULTADOS DE LA COHORTE PROSPECTIVA SUN

M. Bes-Rastrollo, F.J. Basterra-Gortari, A. Gea, J.M. Núñez-Córdoba, E. Toledo, M.A. Martínez-González

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra; CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III; Hospital Reina Sofía de Tudela.

Antecedentes/Objetivos: El ejercicio físico se ha asociado a una reducción de la mortalidad. Sin embargo, el efecto que tiene el sedentarismo en la mortalidad teniendo en cuenta la actividad física es menos conocido. Nuestro objetivo fue evaluar prospectivamente la relación entre el sedentarismo y la mortalidad.

Métodos: Se siguió a 13.284 participantes durante 7,9 años de media. El sedentarismo se evaluó con un cuestionario en el que se preguntaba por las horas que el participante dedicaba a ver la televisión, usar el ordenador, o conducir, tanto en días laborables como festivos. Los participantes se clasificaron según el tiempo total medio que dedicaba al conjunto de estas 3 actividades: < 2 horas/día, 2-4 horas/día, 4-6 horas/día, más de 6 horas/día. Los fallecimientos se identificaron al reportarlo un familiar, las autoridades postales o a través del índice nacional de defunciones. Se utilizó un modelo de regresión de Poisson, ajustando por edad, sexo, tabaco, ingesta energética total, índice de masa corporal basal y actividad física.

Resultados: Durante el seguimiento hubo 97 fallecimientos. Los participantes que dedicaban más horas al día a actividades sedentarias presentaban una mayor mortalidad, tras ajustar por diferentes variables, incluyendo la actividad física. Usando como referencia las personas que dedicaban menos de 2 horas al día a actividades sedentarias, aquellas que dedicaban de 2 a 4 horas/día presentaron una razón de densidades de incidencia (RDI) ajustada de 1,48 (Intervalo confianza (IC) 95%: 0,77 a 2,87), las que dedicaban de 4 a 6 horas/día: 2,13 (IC95%: 1,10 a 4,13) y las que dedicaban 6 o más horas/día: 2,08 (IC95%: 1,06 a 4,07). La p de tendencia lineal fue de 0,02.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que las actividades sedentarias son un factor de riesgo de mortalidad independientemente de la actividad física.

123. OBESIDADE MATERNA E NATIMORTALIDADE: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO BRASIL

F. Penido Matozinhos, M. Santos Felisbino Mendes, G. Velasquez-Melendez

Universidade Federal de Minas Gerais.

Antecedentes/Objetivos: A obesidade pode afetar a saúde reprodutiva das mulheres e está associada a várias consequências maléficas à saúde materna e fetal. Estudos têm demonstrado maior risco de mortes fetais em mulheres com excesso de peso e obesidade em várias populações. O presente trabalho objetivou estimar a associação entre a obesidade materna e a ocorrência de mortes fetais em uma amostra representativa da população brasileira, utilizando três indicadores antropométricos de obesidade.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal que utilizou base de dados secundária, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, ocorrida em 2006 (PNDS/2006). Foram estudadas 5.760 mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que participaram do inquérito, juntamente com a sua história obstétrica desde 2001. A obesidade foi definida por meio do índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e razão cintura-altura (RCA) acima dos padrões preconizados. Considerou-se morte fetal quando a mãe relatou perda fetal após 20 semanas. Os dados foram processados e analisados com auxílio do programa Statistical Software (STATA) versão 12.0. A análise dos dados foi realizada no módulo survey do STATA, que considera a composição do delineamento complexo de amostragem. Modelos de regressão logística foram utilizados para estimar as associações entre a obesidade materna e a ocorrência de mortes fetais (OR e IC95%).

Resultados: A prevalência de natimorto na população estudada foi 11,4%. O ganho de cada unidade de IMC, CC e RCA aumentou, aproximadamente, 6,0%, 3,0% e 65% a chance de natimortalidade. Estas relações permaneceram mesmo após ajuste por idade materna, paridade, cor da pele, renda do domicílio, escolaridade e tabagismo. Em relação aos marcadores de obesidade categorizados segundo recomendações internacionais, o sobrepeso e obesidade não se associaram à natimortalidade. Em contrapartida, a obesidade abdominal (CC ≥ 88 cm) se associou fortemente e positivamente à morte fetal (OR = 2,91; IC95%: 1,32-6,44). As mulheres que apresentaram RCA no quarto quartil da sua distribuição, ou seja, os valores mais altos de RCA, também apresentaram maior chance de natimortalidade quando comparadas com as mulheres com menores valores desta razão (OR = 3,17; IC95%: 1,17-8,56).

Conclusiones: Os resultados deste estudo apontam para uma importante associação entre a obesidade materna e a mortalidade fetal entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva, principalmente a obesidade abdominal. Desta forma, a prevenção da obesidade materna pode se constituir em um dos eixos do cuidado da saúde materna e fetal.

542. SOBREMORTALIDAD Y FACTORES DE RIESGO DE MUERTE EN LOS USUARIOS DE COCAÍNA ADMITIDOS A TRATAMIENTO

G. Molist, A. Espelt, M.T. Brugal, L. de la Fuente, Y. Castellano, G. Barrio

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Agencia de Salud Pública de Barcelona; Red de Trastornos Adictivos; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es identificar los factores de riesgo de muerte de los usuarios de cocaína, evaluando sobre todo el efecto del uso de heroína, y estimar la sobremortalidad con respecto a la población general según uso o no de heroína, sexo y año calendario.

Métodos: Se reclutó una cohorte de 20.730 pacientes de 15-49 años admitidos a tratamiento ambulatorio por abuso/dependencia de drogas en 1997-2007 en Madrid y Barcelona que habían usado cocaína en los 30 días previos. Se siguió hasta el fin de 2008, ligándola con el registro general de mortalidad. Los no identificados se consideraron vivos al final del seguimiento. Al entrar a tratamiento se recogieron datos sobre identificadores, variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo y empleo) y de uso de drogas (inyección de drogas en la vida, antigüedad y frecuencia de uso de cocaína y heroína). Se calcularon las tasas de mortalidad crudas y estandarizadas por edad y sexo para el subgrupo que no usaba heroína (C) y para el que usaba heroína (CH). Se estandarizó por el método directo, usando los pesos de la población estándar europea. Los factores de riesgo se evaluaron, ajustando modelos de regresión de Cox con la edad como escala temporal de supervivencia y considerando la antigüedad de cocaína y heroína como cambiantes en el tiempo. La sobremortalidad con respecto a sus pares de edad y sexo de la población general se estimó con la razón de tasas estandarizadas (RTE). Las tendencias temporales se caracterizaron con regresión joinpoint, usando como medida el porcentaje de cambio anual.

Resultados: Los participantes generaron 132.824 personas-año (pa) de seguimiento, con una media de 6,4 años. Se registraron 1691 muertes con una tasa cruda media anual de 5,3/1.000 pa (IC95%: 4,8-5,9) en C y 19,9/1.000 pa (IC95%: 18,8-21,0) en CH. Usar heroína (en toda la cohorte), no tener empleo regular y haberse inyectado drogas (en C y CH), y morir antes de 2005 (en CH) se asociaron con mayor riesgo de muerte. La RTE fue 5,2 (IC95%: 4,5-5,8) en C y 14,4 (IC95%: 11,9-17,5) en CH. Además, fue mayor en mujeres que en hombres, sobre todo en C (8,8 frente a 3,6), disminuía con la edad en CH, y no cambió significativamente según año calendario de la muerte.

Conclusiones: La sobremortalidad en los C fue considerable y no disminuyó en 1997-2008, lo que sugiere que las intervenciones preventivas y asistenciales dirigidas a esta población deben mejorar.

Epidemiología descriptiva

Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 3

Moderadora: Raquel Lucas

963. PREVALENCIA DE INDICACIONES DE OXIGENOTERAPIA CONTINUA DOMICILIARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

E. Quintero Pichardo

Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital de Riotinto, Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva.

Antecedentes/Objetivos: La oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) consiste en el tratamiento con oxígeno a largo plazo, y está indicada en pacientes diagnosticados de insuficiencia respiratoria crónica. Se puede realizar con tres fuentes de suministro, oxígeno comprimido, líquido y concentrador. Las patologías más frecuentes tratadas con este medicamento son enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) preferentemente sola, a veces asociada a otros diagnósticos; otras enfermedades obstructivas (EOBS); enfermedad de la caja torácica/neuromuscular (ECT/NEU); enfermedad intersticial pulmonar (EIP); cor pulmonale (enfermedad cardíaca consecuencia de hipertensión pulmonar) (CorP); cáncer de pulmón (CaP); insuficiencia cardíaca/miocardopatía/valvulopatía mitral severa (IC); insuficiencia respiratoria (IR); y neoplasia terminal (NeoT). Objetivo: calcular la

prevalencia de indicaciones de OCD en pacientes con enfermedades respiratorias en un área de gestión sanitaria.

Métodos: El estudio se define en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva. Diseño: análisis retrospectivo descriptivo longitudinal durante un periodo de un año (abril 2011-marzo 2012). Se seleccionan y revisan 108 prescripciones de pacientes diagnosticados con diversas patologías que presenten situaciones clínicas y criterios para la indicación de OCD con cualquiera de las tres fuentes de suministro, y realizadas por médicos de distintas unidades prescriptoras. No se establecen criterios de inclusión, por lo que la muestra seleccionada son todos los pacientes en tratamiento en el periodo de estudio, con objeto de obtener la mayor información posible. Se realiza análisis estadístico descriptivo con fuente de datos internos mediante SPSS 15,0, siendo variable dependiente la indicación en las distintas patologías, y la independiente la frecuencia de prescripción por unidades prescriptoras.

Resultados: La prevalencia y número de pacientes tratados para cada indicación fue: EPOC: 44,44% (48 pacientes); EOBS: 7,42% (8); ECT/NEU: 4,60% (5); EIP: 7,42% (8); CorP: 0,90 (1); CaP: 18,52% (20); IC: 4,60% (5); IR: 10,20% (11); NeoT: 1,9% (2).

Conclusiones: 1ª. Del total de las indicaciones prescritas, la EPOC es la patología más frecuente que precisa de OCD, tanto como diagnóstico principal como a veces asociada a otras patologías, tal como establecen las recomendaciones de la Sociedad Española de Patología Respiratoria y Cirugía Torácica. 2ª. La segunda de mayor prevalencia fue el cáncer de pulmón 3ª. Se observa una disminución de la prevalencia en caso de EPOC y un incremento considerable en CaP respecto a estudios de referencia realizados en el área.

562. PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN UNA MUESTRA DE ANALÍTICAS EN MEDICINA DE FAMILIA

J.E. Lozano Alonso, A.I. Mariscal Hidalgo, A.T. Vega Alonso, J.L. Yáñez Ortega, R. Álamo Sanz

Observatorio de Salud Pública, DG Salud Pública, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León; Centro de Salud Cristóbal Acosta, Gerencia de Atención Primaria de Burgos, Junta de Castilla y León; Sección de Epidemiología, ST de Sanidad y Bienestar Social de Burgos, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: El hipotiroidismo subclínico se define como la elevación de TSH con hormonas tiroideas normales en personas sin clínica específica ni antecedentes ni tratamiento de enfermedad tiroidea. Su prevalencia varía entre un 3-15%, es mayor en mujeres 8% que en hombres 4% y aumenta con la edad. Se pretende conocer la prevalencia de hipotiroidismo subclínico en personas que se realizan una analítica de sangre en Castilla y León.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico entre febrero y mayo de 2012 seleccionando oportunamente 45 consultas de Medicina de Familia de 20 centros de salud distintos en las que los profesionales proponían participar a toda persona citada mayor de 35 años sin patología tiroidea previa a quien se le realizase por cualquier motivo una analítica de sangre. Se determinó la TSH y a quienes presentaron cifras > 5 mUI/l, tres semanas después, se les realizó una segunda analítica de confirmación donde, además, se pidió la T4L y los Ac anti-TPO.

Resultados: Se realizaron 4.028 analíticas, el 63,3% mujeres. La edad media fue de 61,5 años (DE: 14,5), sin diferencias entre hombres (61,5) y mujeres (61,4). En los hombres las analíticas se distribuyen en los grupos de edad centrales (de 55 a 70 años) y en las mujeres es más uniforme. La prevalencia de TSH fue del 9,5% (IC95%: [8,6-10,4]). Con la edad la prevalencia va aumentando progresivamente desde el 7% a los 40 años al 14% a los 90 años. La prevalencia en mujeres, 12,6% [11,3-13,9], triplica la de los hombres 4,0% [3,1-5,1]. La tendencia en hombres es de un aumento progresivo con la edad, mientras que en mujeres se observa una onda entre los 45 y 69 años, alcanzando el máximo del 18,9% en el grupo de 55 a 59 años.

Conclusiones: Aunque el hipotiroidismo subclínico es una de las patologías que pasa más inadvertida en la consulta médica la introducción en las dos últimas décadas de métodos sensibles para determinar la concentración sérica de la hormona estimulante del tiroides ha aumentado los diagnósticos de enfermedad subclínica, siendo el hipotiroidismo subclínico la patología más frecuentemente detectada al estudiar la función tiroidea. La prevalencia estimada en este estudio está dentro de lo esperado excepto en las mujeres donde se ha observado una prevalencia mayor a lo que refiere la literatura. En los hombres existe un incremento progresivo con la edad mientras que en las mujeres se observa una concentración de los casos entre los 45 y 69 años.

571. NIVELES DE VITAMINA D Y COLESTEROL EN POBLACIÓN MEDITERRÁNEA

M. Morales Suárez-Varela, M.E. Cutillas Marco, A. Fuertes-Prosper

Universidad de Valencia; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia; Servicio de Dermatología, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao; Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Doctor Peset.

Antecedentes/Objetivos: La principal fuente de vitamina D es la síntesis cutánea a partir de 7-dehidrocolesterol tras la exposición a la radiación ultravioleta. El aumento en la incidencia del cáncer de piel nos hace recomendar medidas de protección solar a individuos sanos, lo que puede repercutir en el estatus de vitamina D. Paralelamente, en los últimos años estamos viendo cómo se están relacionando los niveles de vitamina D con diversas patologías más allá de la osteoporosis. Considerando la naturaleza esteroidea de esta vitamina, nos preguntamos si la modificación de los niveles de vitamina D repercute en los niveles de colesterol.

Métodos: Estudio transversal que incluye a 177 individuos sanos seleccionados de la población durante el periodo estival de forma aleatoria y que aceptaron participar en el estudio, aprobado por el comité ético del Hospital Universitario Doctor Peset (CEIC 20/09). Durante el estudio, se sometió a los participantes a una encuesta que incluía parámetros demográficos que podían modificar los niveles de vitamina D o de colesterol, y a una analítica para medir los niveles plasmáticos de vitamina D, PTH, colesterol y fracciones de colesterol.

Resultados: Los niveles medios (\pm DE) de vitamina D fueron 24,0 (\pm 8,5) ng/ml. El 76,3% de los individuos no alcanzaba los niveles recomendados de vitamina D (30 ng/ml), incluyendo al 4,5% de los participantes con déficit de esta vitamina ($<$ 10 ng/ml). Los niveles de colesterol total y LDL colesterol fueron más altos en individuos con niveles de vitamina D más bajos ($p < 0,05$). Los participantes que tomaban hipolipemiantes, independientemente de los niveles de colesterol, presentaron niveles más altos de vitamina D ($p = 0,025$).

Conclusiones: Hemos encontrado una elevada prevalencia de insuficiencia de vitamina D en nuestra área incluso durante el período estival. La insuficiencia de vitamina D se asocia a niveles más elevados de colesterol. Este hecho debe ser tomado en consideración cuando recomendamos evitar la exposición solar, sobre todo en algunos grupos de riesgo, ya que ésta es el principal origen de esta vitamina.

335. PREVALENCIA DE SEDENTARISMO EN LA POBLACIÓN ADULTA GALLEGA ENTRE 2007 Y 2011

M.I. Santiago-Pérez, E. Rodríguez-Camacho, M. Pérez-Ríos, X. Hervada-Vidal, A. Malvar-Pintos

Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.

Antecedentes/Objetivos: Los estilos de vida sedentarios se relacionan con un aumento del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes, ciertos tipos de cáncer, obesidad o hipertensión.

El objetivo de este trabajo es analizar la evolución de la prevalencia de sedentarismo, medido a partir de la actividad física en el tiempo libre (AFTL), en la población gallega de 16 años y más entre 2007 y 2011. También se evalúa como se modifica la prevalencia de sedentarismo en 2011 al añadir a las AFTL las actividades domésticas y las laborales.

Métodos: El sistema de información sobre conductas de riesgo de Galicia (SICRI) realiza encuestas telefónicas anuales, mediante un sistema CATI, desde 2005. En este trabajo se analizan las encuestas de 2007, 2010 y 2011, dirigidas a la población de 16 años y más, y que tenían un bloque común de preguntas sobre actividad física, en el que se incluyó el cuestionario Minnesota de AFTL y otras actividades de la vida cotidiana. Se excluyeron las personas muy limitadas o con problemas para caminar, y las federadas. Se definió el sedentarismo como un gasto energético \leq 1.000 Kcal/semana en actividades del tiempo libre. Para cada año, se estimaron las prevalencias de sedentarismo, con intervalos del confianza del 95%, por sexo, grupo de edad, nivel de estudios y situación laboral. En 2011 se realizó un análisis de sensibilidad en la definición de sedentarismo, incluyendo en el cálculo del gasto energético las actividades domésticas, andar de casa al trabajo y viceversa y el esfuerzo físico en el trabajo, por separado y conjuntamente.

Resultados: La prevalencia de sedentarismo en la población gallega de 16 años y más se mantuvo estable en el período estudiado ($p = 0,249$): 48,0% (46,6-49,3) en 2007, 50,6% (49,3-51,9) en 2010 y 46,9% (45,6-48,2) en 2011. En los tres años, las prevalencias fueron más altas en mujeres, en el grupo de 25-44 años y en la población que trabaja o estudia ($p < 0,001$). La prevalencia de sedentarismo en 2011 se redujo al 15,7% (14,8-16,6) al incluir el gasto energético debido a actividades domésticas y laborales. La reducción se debió fundamentalmente a la inclusión de las tareas domésticas, y el cambio relativo fue mayor en mujeres (83,2% vs 43,4%), que pasan a ser menos sedentarias que los hombres.

Conclusiones: La prevalencia de sedentarismo en la población adulta gallega es alta y se mantuvo estable en los últimos años. El porcentaje de población sedentaria disminuye al tener en cuenta actividades que no son de tiempo libre, sobre todo las domésticas. Se evidencia la necesidad de proponer definiciones estándar de sedentarismo, así como de reforzar políticas de promoción de la actividad física en la población.

52. ESTUDIO PRELIMINAR DE LOS ASPECTOS CLÍNICOS-EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS QUERATITIS COMPATIBLES CON LA INFECCIÓN POR ACANTHAMOEBA EN ESPAÑA

M. Rossi S, I. Fuentes, J.M. Saugar, J. Donado, F. Merino, R. Martínez, F. Simón, J. Lorenzo, B. Valladares

Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC); Unidad de Toxoplasmosis y Protozoosis-ISCIII; Hospital Severo Ochoa; Hospital Puerta de Hierro; Centro de Coordinación para Emergencias en Salud Pública y Alertas-MSSSI; Instituto Universitario de Enfermedades Tropicales y Salud Pública de Canarias; Unidad de Investigación de la Asociación Española de Reumatología.

Antecedentes/Objetivos: *Acanthamoeba* spp es una ameba de ecosistemas acuáticos y terrestres, responsable de la queratitis (Q), encefalitis y lesiones granulomatosas. A pesar de su elevada morbilidad, en España la incidencia de la Q por *Acanthamoeba* es desconocida, principalmente debido a los problemas de diagnóstico. El objetivo es presentar los hallazgos clínico-epidemiológicos preliminares de los casos Q remitidos entre el 1/6/2010 y 18/2/2013.

Métodos: Estudio descriptivo ($n = 56$) de casos clínicamente sospechosos de Q remitidos por hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) y provincias limítrofes. Fueron estudiados parasitológicamente (microscopía y cultivo) y molecularmente (qPCR y secuenciación).

Resultados: Los casos correspondieron a un 55,36% (31/56) de mujeres y 46,43% (26/56) de hombres. La edad media fue de 39,17 años (IC95% [33,01; 45,32]), siendo 39,55 años en mujeres (IC95% [30,17; 48,93]) y 38,65 años en hombres (IC95% [29,52; 47,77]). Un 58,93% (33/56) de los casos fue remitido con información clínica, siendo el 96,97% (32/33) individuos inmunocompetentes. Las 70 muestras estudiadas estuvieron compuestas fundamentalmente por raspados corneales, lentillas de contacto (LC), abscesos y líquidos de lentillas. Procedieron de pacientes con alguno de los siguientes síntomas: queratitis (27,27%; 9/33), lesiones oculares (21,21%; 7/33), úlceras corneales (18,18%; 6/33), abscesos corneales (15,15%; 5/33), uveítis (12,12%; 4/33), dolor de ojo (3,03%; 1/33) e infección amebiana (3,03%; 1/33). Adicionalmente, un 6,06% (2/33) era candidato a trasplante de córnea. El 51,78% (29/56) era usuario de LC, un 7,14% (4/56) no usuario y en 42,86% (24/56) se desconoce. Todos los casos fueron unilaterales, siendo el ojo derecho el más afectado (66,67%). La qPCR para la detección de *Acanthamoeba*, permitió confirmar como positivos al 12,50% (7/56) de los casos y negativos al 42,86% (24/56), el 44,64% (25/56) restante se encuentra en estudio (secuenciación). El 57,14% (4/7) de los casos qPCR+ fueron hombres y el 42,86% (3/7) mujeres. El 85,71% (6/7) era usuario de LC y la mayoría de las qPCR+ (85,71%) se obtuvieron con muestras de raspados corneales.

Conclusiones: Los resultados sugieren que existe infranotificación de la Q por *Acanthamoeba*. El uso de LC puede ser un factor de riesgo de la Q. Se adelanta un estudio de casos y controles, para determinar el efecto de múltiples exposiciones sobre la Q.

1145. PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO – IMPLICAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A. Mattos, L. Loures dos Santos, J. Ferreira, L. Ribeiro, C. Padilha, B. Lupoli

Departamento de Medicina Social-FMRP-USP.

Antecedentes/Objetivos: Características demográficas auxiliam no diagnóstico de saúde da população, pois, podem ser condicionantes das condições de vida, assim indicadores demográficos assumem grande importância para o delineamento da organização da assistência à saúde no nível local. Objetivo: caracterizar o perfil socioeconômico da população de um município de pequeno porte e analisar as possíveis implicações para a organização da assistência à saúde no município.

Métodos: É um estudo descritivo, transversal e quantitativo, onde foram utilizados dados populacionais retrospectivos dos residentes de um município de pequeno porte no interior do estado de São Paulo produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizados no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no período de 1999 a 2010. Foram analisados os dados como faixa etária, sexo, analfabetismo, renda e situação sanitária. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer 217.241).

Resultados: Cássia dos Coqueiros, com 2.634 habitantes (51% homens e 49% mulheres), tem um predomínio de adultos jovens com 17,5% da população com idade entre 10 e 19 anos. A população economicamente ativa representa mais de 50% da população total. Cerca de 30% dos munícipes residem na zona rural. Cerca de 8% da população é analfabeta, valor que tem caído ao longo dos anos. Ainda que não haja diferença entre a taxa de analfabetismo e o local de residência, nota-se que a taxa de analfabetismo é 3 vezes maior nos pretos quando comparados com brancos. A taxa entre negros e pardos é o dobro do valor, quando comparamos com os brancos. A proporção de pessoas que vivem com menos de meio salário mínimo por ano tem diminuído: em 1991, essa proporção atingia 76% da população e hoje está restrita a 28% da população total. Entretanto, a proporção de pessoas com baixa renda é muito maior entre negros e pardos que entre os brancos, respectivamente, 54,3%, 39,6% e 22,6%.

Conclusiones: Essas desigualdades refletem no campo da saúde quando consideramos o acesso a informação, bens e serviços, a autonomia, e necessitam ser consideradas no planejamento local, articulando-se a outras áreas e buscando uma prestação da assistência na superação de iniquidades.

966. SERÃO OS OSSOS TESTEMUNHAS DA HISTÓRIA? INCIDÊNCIA DAS FRATURAS DO FÊMUR PROXIMAL EM PORTUGAL

S.M. Alves, D. Castiglione, B. Sousa, M.F. Pina

Instituto de Engenharia Biomédica; Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto; Instituto de Saúde Pública, Universidade de Porto; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra; Faculdade de Medicina, Universidade de Porto.

Antecedentes/Objetivos: As melhorias verificadas na área da saúde de levaram ao aparecimento de medidas eficazes na prevenção das fraturas do fêmur proximal. No entanto, também resultaram num aumento da esperança média de vida e consequentemente num aumento no número de indivíduos em risco. O objectivo deste trabalho é avaliar o efeito da idade, período e coorte na taxa de incidência de fraturas do fêmur proximal, por sexo, no período de 2000-2008.

Métodos: Foram usados dados de hospitalizações causadas por fraturas do fêmur proximal, códigos ICD9-CM (baixa energia, doentes com idade superior a 49 anos) do Registo de Altas Hospitalares (2000-2008). Os dados do censo à população Portuguesa de 2001 e as estimativas oficiais foram usados para o cálculo dos person-years. Foi ajustado um modelo Age-Period-Cohort (APC) (intervalos de idade e período com amplitude de um ano) que permite a identificação de efeitos de período e de coorte idênticos em todos os grupos etários. De seguida, foram utilizados Modelos Aditivos Generalizados (GAM) com resposta binomial negativa, que permitem identificar o efeito de cada uma das dimensões, ajustadas para as restantes, e são flexíveis de forma a avaliar alterações na tendência.

Resultados: Foram analisadas 77 083 hospitalizações (77,4% em mulheres) e foi identificado um efeito de coorte estatisticamente significativo. Nas mulheres, o ano de 1930 divide o padrão global: crescente até 1930 e decrescente depois disso. Apesar de não serem estatisticamente significativas, existem alterações de risco por volta dos anos 1920 (estável para crescente) e 1950 (crescente para decrescente) coincidente com as alterações políticas e económicas da História de Portugal. Nos homens, o efeito coorte apresenta alterações nos mesmos anos, excepto 1950. O efeito período apesar de diferente está presente nos dois sexos; um efeito decrescente nas mulheres depois de 2004 e aleatório nos homens.

Conclusiones: A qualidade do osso reflecte a exposição a factores de risco durante toda a vida; aspectos económicos e financeiros que afectam a saúde da população podem ajudar na compreensão do efeito coorte observado.

127. EVOLUÇÃO DOS GASTOS DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS COM PLANOS DE SAÚDE, 2002/2003 E 2008/2009

A.C. Sant'Anna, L.P. Garcia, L.R. Santana de Freitas, L.C. de Magalhães

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Universidade de Brasília.

Antecedentes/Objetivos: Os gastos com planos de saúde ocupam o segundo lugar na composição dos gastos em saúde das famílias brasileiras. O estudo teve como objetivos descrever a evolução e a composição dos gastos com planos de saúde das famílias brasileiras, no período 2002-2009.

Métodos: Foi realizado estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF), realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos 2002/2003 e 2008/2009. Para a comparação dos valores dos gastos nestas POF, foi feita compatibilização dos itens, além da correção dos valores, em reais (R\$), segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), tendo como base janeiro de 2009. As famílias foram ordenadas conforme a renda total per capita e divididas, primeiramente, em quartos. A seguir, as famílias pertencentes ao último quarto foram divididas novamente, separando os 5% da amostra das famílias com maior renda, das demais.

Resultados: No período estudado, o gasto médio com planos de saúde para o total das famílias elevou-se de R\$37,23 para R\$45,86. Quando se considera apenas as famílias que gastaram com planos de saúde, o gasto médio aumentou de R\$154,35 para R\$183,97. O valor deste gasto foi notavelmente superior entre as famílias com maior renda (R\$47,22 no primeiro quarto e R\$305,23 entre as 5% com maior renda, em 2008-2009). Durante o período de referência das POF, não houve variação na proporção de famílias que gastaram com planos de saúde (24,1% e 24,9% em 2002/2003 e 2008/2009, respectivamente). No entanto, mais de 75% das famílias com maior renda (5% mais ricas) gastaram com planos de saúde, enquanto que entre 25% das famílias de menor renda 3%-4% gastaram com planos de saúde. Os gastos médios per capita com planos de saúde ocuparam 1,5% e 1,7% da renda média per capita das famílias brasileiras em 2002/2003 e 2008/2009, respectivamente. Esse peso foi maior para as famílias de maior renda em relação às de menor (2,1% e 0,4% para os 5% com maior renda e 25% com menor renda, respectivamente, em 2008-2009).

Conclusiones: O gasto com planos de saúde das famílias brasileiras aumentou nos períodos estudados. A proporção das famílias que gastaram com planos de saúde manteve-se estável. Todavia, existem diferenças entre famílias com maior e menor renda, as famílias com menor renda gastaram menos com planos de saúde. Isso se reflete tanto na porcentagem das famílias que gastaram com planos de saúde quanto no peso deste gasto sobre a renda e despesa total.

313. DESCRIPCIÓN DE LOS VIAJEROS AUTÓCTONOS E INMIGRANTES Y DE SUS VIAJES INTERNACIONALES

C. Hernando Rovirola, J. Garre Olmo, R. Dalmau Alcalde

Subprograma Salud e Inmigración (CIBERESP); Unitat de Recerca, Institut d'Assistència Sanitària de Girona; Unitat de Salut Internacional, Hospital Santa Caterina.

Antecedentes/Objetivos: Publicaciones internacionales indican que deben priorizarse las actividades preventivas de salud en los inmigrantes que viajan para visitar la familia y amigos (IVFA), ya que presentan tasas de morbimortalidad de patologías importadas superiores a los viajeros autóctonos (VA), como la mayoría de casos de malaria importada en los países desarrollados. Los IVFA constituyen un grupo minoritario dentro la población inmigrante que se espera que siga aumentando. Según datos de 2011, en Girona el 21,8% de la población (163.442 habitantes) es extranjera, los países de origen más frecuentes son Marruecos, Rumanía y Gambia, entre 125 nacionalidades diferentes. El objetivo del estudio es mejorar el conocimiento de la población IVFA residente en Girona y comparar las características de sus viajes internacionales con los viajes de los VA.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo con 162 viajeros mayores de 16 años visitados en 2010 y 2011 al regreso de un viaje internacional en la Unitat de Salut Internacional (USI) de Girona, único servicio que realiza visita post-viaje en la provincia. Las visitas post-viaje se identificaron mediante el registro en la historia clínica informatizada (SAP), refugiados e inmigrantes no viajeros fueron excluidos. La información se recogió de los formularios en papel rellenos por los viajeros y del SAP.

Resultados: Los viajeros más visitados fueron los VA (145, 85,5%) y las mujeres (99, 61,12%). Sólo se visitaron 17 IVFA (14,5%), 14 hombres (82,35%) y 3 mujeres (17,65%), todos originarios de África sub-sahariana. Globalmente el destino más frecuente fue África sub-sahariana (25,92%), los IVFA viajaron a zonas rurales, se alojaron en domicilios familiares (ambos $p = 0,00$) y realizaron estancias más largas ($p = 0,08$) que los VA. Ningún IVFA de origen asiático o sud-americano, ni residente en las comarcas de La Selva, Pla de l'Estany y Garrotxa fue visitado. Se solicitaron 548 pruebas complementarias (PC), la mayoría (491) a VA, la mayor parte de ellas (363, 66,24%) fueron negativas.

Conclusiones: La mayoría de viajeros estudiados son VA y están sanos. Los IVFA acuden a visitarse en pequeño número. Los IVFA realizan viajes y mantienen conductas diferentes de los VA, con mayor riesgo de infección. Destacan las escasas visitas de mujeres IVFA, de nacionalidades asiáticas y sud-americanas, y de residentes en algunas comarcas. Es necesario aumentar la tasa de IVFA que realizan visita médica en la USI e intensificar las medidas preventivas en este colectivo.

1057. A IMPORTANCIA DO USO ABUSIVO DE ALCOOL NA TUBERCULOSE PULMONAR

H. Bosco de Oliveira, L. Marín-León, M.C. Pereira da Costa

Departamento de Saúde Coletiva FCM UNICAMP.

Antecedentes/Objetivos: A tuberculose no Brasil ainda representa um problema de saúde pública. O alcoolismo é um conhecido fator de risco para tuberculose. No controle da doença é de interesse analisar quanto o alcoolismo está presente entre os pacientes com tuberculose. Objetivo: descrever o perfil dos pacientes em tratamento de tuberculose pulmonar comparando os que fazem uso abusivo de álcool com os sem esta dependência.

Métodos: Estudo transversal com a totalidade de pacientes adultos (18 anos e mais) notificados com tuberculose pulmonar no Banco de Dados para a Vigilância da Tuberculose, em Campinas-SP-Brasil, no período 2005-2011 (N = 1809). Foram analisados os dados secundários do Banco, tendo sido excluídos do estudo os pacientes institucionalizados em prisões, os portadores de bacilo multiresistente e aqueles com bactéria atípica. Foram avaliadas as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde mediante análise tabular simples da proporção de pacientes com consumo abusivo de álcool, com cálculos de chi quadrado de Pearson e valor de p e também cálculo de OR mediante regressão logística.

Resultados: Foram identificados 360 pacientes com consumo abusivo de álcool. Observou-se maior proporção de alcoolistas entre os homens (25,3% vs 6,5%), na faixa etária de 35-59 anos (28% vs 11,1% em < 35 anos e 9,5% em idosos), nos casos com antecedente de abandono de tratamento anterior (33,8% vs 26,5% em recidivas e 17,7% nos casos novos), em usuários de drogas (56% vs 17,8%) e pacientes com condições de precariedade (moradores de rua 50%, desempregados 44,3%, profissionais do sexo 25% vs pacientes sem precariedade evidente 16,4%) todas com $p < 0,006$. No modelo de regressão logística observou-se maior chance de consumo abusivo de álcool entre pacientes do sexo masculino (OR 4,24; IC95% 2,88-6,25), com idade entre 35-59 anos (OR 3,68; IC95% 2,65-5,12), nos com antecedente de abandono anterior (OR 2,06; IC95% 1,38-3,07) e nos que faziam uso de drogas (OR 8,10; IC95% 5,04-13,03). Cabe ainda observar que os pacientes alcoolistas ao término do tratamento para tuberculose apresentaram diferenças significativas em relação aos não-alcoolistas quanto a proporção de cura (67,0% vs 74,7%) e abandono (20,5% vs 10,2%).

Conclusiones: Como em toda análise de dados secundários o estudo apresenta limitações relativas à qualidade dos dados, com subregistro das condições de uso abusivo de álcool e drogas. No entanto, embora evidente o subregistro, observa-se que parcela significativa dos pacientes com tuberculose pulmonar apresentam esta dependência, sendo imperativo adotar abordagens que enfoquem o tratamento paralelo desta comorbidade, para melhorar as proporções de cura e diminuir o abandono.

451. DETERMINANTES DO USO DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO POR PORTADORES DE PARAMILOIDOSE

K. Valdre, E. Alves, T. Coelho, S. Silva

Unidade Clínica de Paramiloidose, Centro Hospitalar do Porto; Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto; Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: Portugal é o maior foco mundial de Paramiloidose. Os portadores podem utilizar o Diagnóstico Genético Pré-implantação (DGPI) para evitar a transmissão da doença desde finais de 2001. Este estudo tem como objetivo determinar a prevalência da utilização de DGPI em portadores de Paramiloidose e identificar os seus determinantes sociais e clínicos.

Métodos: Entre janeiro e março de 2013, recrutou-se sistematicamente uma amostra representativa de 138 portadores em idade fértil, entre os 18 e os 55 anos, acompanhados na unidade que vigia os portadores de Paramiloidose em Portugal. Com base num questionário autoadministrado recolheram-se dados sociodemográficos e informações sobre história reprodutiva e ginecológica e uso do DGPI. Para comparação de proporções foi utilizado o teste de qui-quadrado e odds ratios (OR) e os respetivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados através de regressão logística multivariada.

Resultados: Entre os portadores de Paramiloidose que referiram ter tentado alguma vez engravidar depois de 2001 e que tinham diagnóstico familiar da doença (n = 61), a prevalência de uso de DGPI foi de 19,7% (IC95%: 10,6-31,8). Os portadores que recorreram ao DGPI eram significativamente mais escolarizados (> 12 anos de escolaridade: 83,3% vs 32,7%, p = 0,001), possuíam rendimentos mais elevados (> 1.000 €/mês: 83,3% vs 29,2%, p = 0,001) e tinham menos frequentemente filhos (66,7% vs 98,0%, p < 0,001) do que aqueles que nunca recorreram ao DGPI. Não foram encontradas diferenças significativas para o sexo, idade, classe social subjetiva, situação profissional e ano de diagnóstico da doença na família. Após ajuste para as variáveis significativamente associadas com o uso de DGPI, as associações descritas para o rendimento e a existência de filhos mantiveram-se (OR = 23,204; IC95% 2,456-219,227 e OR = 0,042; IC95% 0,004-0,415, respetivamente), enquanto a associação descrita para a escolaridade parece ser explicada pelo efeito do rendimento.

Conclusiones: Um quinto dos portadores de Paramiloidose referiu ter recorrido ao DGPI. O rendimento familiar e o número de filhos foram os principais determinantes da utilização desta técnica. Estes resultados salientam a necessidade de reforçar a acessibilidade e de investir na disseminação de informação sobre o DGPI entre os portadores desta doença. Importa ainda compreender as razões que levam os portadores de Paramiloidose a não usar o DGPI e identificar as medidas de saúde pública que possam contribuir para o aumento da adesão a esta técnica.

845. DESEMPLEO Y ANSIEDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: UN ESTUDIO PILOTO

M. Fernández Prada, J. González-Cabrera, J.M. Vallejo Hernández, C. Iribar Ibabe, J.M. Peinado

Hospital Universitario San Cecilio; Universidad Internacional de La Rioja; Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: La ansiedad es un síntoma que acompaña frecuentemente a los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias, independientemente del motivo de consulta. Es por todos sabido, que el desempleo se presenta como un factor de riesgo que aumenta el riesgo de aparición y comorbilidad de distintos trastornos como la ansiedad, estrés o depresión, entre otros. Por tanto, el objetivo del trabajo ha sido analizar, en función del desempleo y la duración del mismo, el nivel de ansiedad de los pacientes que consultan en los Servicios de Urgencias.

Métodos: Estudio transversal con 32 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario San Cecilio, Granada. Se recogieron variables sociodemográficas y se auto-administró la versión adaptada y baremada al español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI/R).

Resultados: Los pacientes varones evaluados en desempleo (n = 18) presentaban una puntuación significativamente mayor de ansiedad que su población de referencia (t = 2,763; p < 0,008; IC = [1,21-7,59]). Al contrario, las mujeres desempleadas (n = 14) se encontraban dentro del rango normal de su población (t = -1,544; p < 0,127; IC = [-5,15; 0,69]). El 74% de los varones presentaban puntuaciones entre ansiedad moderada y muy marcada.

Conclusiones: Los varones desempleados presentan mayores niveles de ansiedad que su población de referencia. Independientemente del motivo de consulta en los Servicios de Urgencias, debería tenerse en cuenta la situación laboral del paciente para el abordaje de la enfermedad, máxime en situaciones tan desfavorables como son las actuales.

1029. ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DEL PAÍS VASCO FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y SU VACUNA (2008-2010)

P. Caballero, J. Rementería, J. Tuells, J. Arístegui, E. Cerdán, L. Tarruella, N. Mancebo

Cátedra de Vacunología Balmis UA-CSISP; Universidad del País Vasco.

Antecedentes/Objetivos: El virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más común. Sitúa su más alta prevalencia entre los 20-24 años. Las infecciones persistentes de las cepas 16 y 18 se asocian con el 99,7% de los cánceres de cuello uterino (CCU). Desde 2006 se dispone de una vacuna para combatirlo y desde 2008 está implementada en el calendario vacunal español. La aceptabilidad de la vacuna frente al VPH, el conocimiento sobre el VPH y su relación con el CCU ha sido objeto de estudio en diversos grupos poblacionales. Las enfermeras, como personal sanitario, son parte activa del proceso vacunal con notable influencia sobre la población general. Los estudios realizados en enfermeras muestran resultados dispares sobre su aceptabilidad de esta vacuna. Nuestro objetivo es describir la aceptabilidad, creencias y conocimientos sobre el CCU, el VPH y su vacuna, en estudiantes de enfermería del País Vasco en los periodos 2008 y 2010.

Métodos: Estudio observacional transversal con cuestionario a estudiantes de enfermería de la Universidad del País Vasco en 2008 y en 2010. El instrumento estaba compuesto por 15 preguntas que evaluaban 4 subescalas: grado de conocimiento sobre la infección de VPH, el CCU, la vacuna contra el VPH y la predisposición a vacunarse contra el VPH, además de edad y sexo. El cuestionario fue validado en su validez de apariencia, de contenido (componentes principales), de criterio predictivo, consistencia interna (alfa de Cronbach) y confiabilidad interevaluador (chi-cuadrado). Se obtuvieron porcentajes y calcularon OR e intervalos de confianza al 95% (IC) según año para cada subescala. Se usó SPSS® 15.0.

Resultados: La encuesta mostró resultados favorables en todas las pruebas de validación. Universo de 214 estudiantes en 2008 y 199 en 2010: Los conocimientos sobre la vacuna contra VPH aumentan hasta 86,4% (OR 2,5 IC 1,5-4,1) y también los referidos a infección por VPH que alcanza un 50,8% (OR 1,6 IC 1,1-2,3) entre los dos periodos. Los conocimientos altos sobre CCU se mantuvieron. La aceptabilidad sobre la vacuna contra VPH bajó fuertemente de un 74,3% a un 26,6% (OR 0,13 IC 0,08-0,19) entre periodos.

Conclusiones: Tras dos periodos de evaluación se observa un aumento del conocimiento sobre el VPH y sobre su vacuna pero no sobre el CCU. La predisposición a vacunarse ha disminuido de forma dramática, siendo un colectivo del que podría esperarse una mayor

cuota de aceptabilidad. Las estudiantes de enfermería podrían ser sujeto de programas de sensibilización, facilitando su comprensión de los efectos de la vacuna si se pretende aumentar las coberturas vacunales en el futuro.

Infecciones por VIH

Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 4

Moderadora: Silvia de Carlos

9. VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICA PARA VIH SIDA EN 5 CIUDADES DE COLOMBIA MEDICAL OUTCOMES STUDY HIV HEALTH SURVEY MOS – HIV

A.V. Pérez Gómez

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.

Antecedentes/Objetivos: Validar lingüística y psicométricamente la escala Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS – HIV) en el contexto colombiano, mediante su aplicación en pacientes con diagnóstico de VIH/sida que reciben atención en una IPS, pertenecientes al régimen subsidiado y contributivo de salud en cinco ciudades del país.

Métodos: Es un estudio de validación de escala, la escala MOS-HIV Población Pacientes con diagnóstico de VIH/Sida, mayores de 15 años, que acuden a un programa de atención en cinco ciudades del país, Cali, Medellín, Manizales, Florencia y Pasto, tanto del régimen subsidiado como contributivo. Criterios de inclusión y exclusión Criterios de inclusión: Tener diagnóstico confirmado de VIH/sida en cualquier estadio de la enfermedad. Ser mayor de 15 años. Criterios de exclusión: Encefalopatía asociada al VIH. Enfermedades psiquiátricas diagnosticadas: Trastornos psicóticos del tipo: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido. Abuso de sustancias psicoactivas ilegales (definición del DSM-IV) como cocaína, bazuco, heroína, marihuana, inhalables, éxtasis, hongos (alucinógenos), cacao sabanero, popper, 2cb (Prevalencia de consumo de sustancias PSA en Antioquia). No aceptar participar en el estudio Tamaño de la muestra. Para evaluar la validez de constructo, mediante la estructura factorial, se tomarán 10 individuos por cada ítem de la escala, obteniendo entonces 350 pacientes. Se tendrá en cuenta un 10% adicional por pérdidas, con cual se tendrá un tamaño muestral final de 385 pacientes. Para la evaluación de la reproducibilidad test-retest la muestra se calculó con el software tamaño de muestra, mediante la fórmula para medir reproducibilidad del coeficiente de correlación intraclase de acuerdo con los siguientes datos: total de mediciones: 2, nivel aceptable de confiabilidad 0,7, CCI esperado 0,8, error tipo I de 0,05 y error tipo II de 0,2. Con lo anterior se obtiene un tamaño de muestra de 118 pacientes. El test-retest se realizará en un lapso de tiempo de 7 días posterior a su primera aplicación, pero se contemplará un rango de aplicación de 5 a 9 días. El muestreo es un muestreo por conveniencia. La distribución de la muestra se hará teniendo en cuenta la distribución por ciudad (Medellín, Cali, Florencia, Manizales y Pasto) y por nivel de CD4 (< 200, 200-499, > 499) y se realizará una selección aleatoria.

Resultados: En la actualidad se está terminando el proceso de análisis de información. Por lo tanto aun no tengo los resultados finales.

Conclusiones: En la actualidad se está terminando el proceso de por lo anterior no tengo conclusiones finales.

907. O CRUZAMENTO DE BANCOS DE DADOS DA AIDS: DESAFIOS PARA UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE QUALIDADE

C.H. Soares de Moraes Freitas, M.H. Rodrigues Galvão, L. Lourenço Cassemiro, M. Gomes de Oliveira, I. Lucena Pereira

Universidade Federal da Paraíba; Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

Antecedentes/Objetivos: No Brasil a AIDS é um agravo de notificação compulsória, e todos os casos devem ser devidamente notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que controla o registro e o processamento desses dados em todo o território nacional. Além do SINAN, outros sistemas oferecem subsídios para a análise e caracterização epidemiológica da AIDS no Brasil, sendo eles o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Nesse contexto a realização deste trabalho tem como objetivo descrever os desafios encontrados no processo de qualificação das informações sobre AIDS no estado da Paraíba, com o fim de aprimorar as ações destinadas à população no nível da gerência operacional de DST/AIDS da Secretaria de Saúde do estado da Paraíba, Brasil.

Métodos: Foi realizado um cruzamento de dados dos bancos SINAN e SICLOM, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS – Datasus, do Ministério da Saúde. Verificando-se os pacientes cadastrados em terapia anti retroviral, obtidos no SICLOM do serviço de referência em tratamento de AIDS no estado da Paraíba, e os dados dos casos notificados de AIDS obtidos no SINAN do estado da Paraíba, no período de 1985-2012. Para realização do cruzamento foram utilizados os seguintes dados dos usuários em ambos os bancos: nome completo do paciente, nome da mãe completo e data de nascimento. Os dados foram transportados para uma planilha Excel® e a conferência dos dados foi manual.

Resultados: Dentre os 2.520 usuários cadastrados em terapia anti retroviral no serviço de referência 549 (21,7%) não se encontravam notificados no SINAN, 26 (1%) usuários se encontravam com o cadastro para liberação do medicamento duplicado no SICLOM e 27 (1%) usuários se encontravam notificados duas vezes para o agravo AIDS no SINAN.

Conclusiones: A vigilância epidemiológica deve buscar a melhoria da qualidade da informação com a utilização de todas as fontes de dados disponíveis. Verificou-se a necessidade da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba/Brasil empreender esforços para a implementação de uma política de gestão da informação e de capacitação dos seus profissionais, e a estimular os profissionais que trabalham com diagnóstico e tratamento da doença realizem a notificação de todos os casos confirmados. A qualificação do sistema de informação sobre AIDS pode contribuir para um maior conhecimento da magnitude da epidemia de AIDS e assim as políticas públicas para este agravo poderão trazer maiores benefícios à população.

657. PREVALENCIA DE COINFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS C EN LA POBLACIÓN CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE VIH

R. García-Pina, E. Gutiérrez, F. Moldenhauer, A. García-Fulguerias

DG de Salud Pública de Murcia, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La epidemia de VIH/sida en España ha estado marcada durante mucho tiempo por la adquisición de la infección por el uso de drogas inyectadas (UDI). En consecuencia un eleva-

do porcentaje de personas con VIH están coinfectadas con VHC, el cual ha adquirido un importante peso como causa de muerte entre los coinfectados. La reducción del UDI, práctica a la que se atribuyen el 5% de los nuevos diagnósticos de VIH en España en 2011 frente al 20% de 2004 y porcentajes muy superiores en los 80-90, implica un cambio en el patrón de transmisión del VIH hacia la transmisión sexual y una reducción de la prevalencia de coinfección con VHC. Los estudios de prevalencia de coinfección aportan datos variables según la distribución de los factores de riesgo en la población seleccionada y el periodo de estudio (57-74% a mediados de los 90 y 20-46% en los primeros años 2000). Sin embargo, se carece de estimaciones actuales procedentes de sistemas de vigilancia poblacionales sobre prevalencia de coinfección en personas diagnosticadas recientemente de VIH. Nuestro objetivo es estimar la prevalencia de coinfección por VHC en los casos diagnosticados de VIH en la Región de Murcia (RM) en el periodo 2010-2011.

Métodos: Revisión de la información sobre VHC en las bases de datos de microbiología e historias clínicas de los casos registrados en el Sistema de Información de Nuevos diagnósticos de Infección por VIH (SINIVIH) en la RM en 2010-2011. Se han considerado coinfectados los casos con PCR positiva para VHC o anticuerpos anti-VHC positivos sin PCR negativa en los 6 meses previos o posteriores al diagnóstico de VIH. Se ha calculado la prevalencia de coinfección total y según diversas variables.

Resultados: Se ha obtenido información sobre VHC en el 93% de los 225 nuevos diagnósticos de VIH (6% UDIs) registrados en 2010-2011. El 8% estaban coinfectados por VHC (58% en UDIs, 4-5% en casos de transmisión sexual, $p < 0,001$; 9% en hombres, 3% mujeres, $p = 0,32$; media de edad 42 años, 37 en no coinfectados, $p = 0,98$). Presentan coinfección el 11% de los casos españoles frente al 1% de los extranjeros, $p = 0,02$, posiblemente por la diferente distribución del UDI (8% en españoles, 1,4% en extranjeros, $p = 0,11$).

Conclusiones: La prevalencia de coinfección observada en la RM en los casos con nuevo diagnóstico de VIH en 2010-2011 es inferior a la descrita en años previos, lo que confirma el descenso de la misma atribuible a la reducción del UDI. Persiste, sin embargo, una elevada prevalencia de coinfección entre UDIs y además el porcentaje de infectados por VHC es todavía muy superior al de la población general. La disponibilidad de tratamientos para el VHC sigue siendo clave en la reducción de la morbimortalidad de las personas infectadas por el VIH.

680. LA TRIANGULACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN OPORTUNA DEL VIH SIDA EN GESTANTES DEL ATLÁNTICO

I.S. Morales Salcedo, C.S. Avendaño Trocha, A.E. Gutiérrez Castilla

Universidad Simón Bolívar Sede Barranquilla, Secretaría Departamental de Salud del Atlántico.

Antecedentes/Objetivos: En Colombia el mecanismo de transmisión de la infección está reportado en el 60% de las notificaciones. En ellas se registra que la vía sexual es la responsable del 97% de los casos. Para el periodo 13 año 2011 se notificó un total de 12 casos, para una proporción de 2.6% para el departamento del Atlántico. Teniendo en cuenta que el sistema de información existente difiere entre las Empresas e Instituciones Prestadoras de Salud (EPS-IPS), se planteó realizar el ejercicio de aplicación del método de triangulación para Identificar las características del proceso de registro de la información que favorezcan a la implementación de indicadores de calidad para la atención oportuna, eliminación, disminución y reducción de la transmisión del VIH-SIDA en mujeres gestantes.

Métodos: Se aplicaron los 12 pasos de la metodología de la triangulación estudiándose un período de tiempo comprendido entre 2008 y

2012, 12000 registros de 21 bases de datos de las IPS y EPS en el Departamento del Atlántico. Se realizó valoración de los atributos de los sistemas de información existentes, con análisis estadístico en SPSSV20 y evaluación DOFA.

Resultados: Se observa que la información recolectada es muy detallada en cuanto a las variables administrativas (propias del sistema), hace la caracterización sociodemográficas (muy enfático en la ubicación, la procedencia y residencia del caso), realiza la caracterización clínica de la enfermedad, haciendo mucho énfasis en otras patologías que pueden estar asociadas al VIH. En este proceso de análisis descriptivo de los datos se detectó que el 65% de los registros presenta errores en el diligenciamiento correcto de la información. Reporta que el 88% de las gestantes que pertenecen a la estrategia recibieron la terapia antiretroviral por parte de la entidad territorial del Atlántico.

Conclusiones: El ejercicio de la metodología de la triangulación del VIH-SIDA en el Atlántico permitió identificar el estado del arte del sistema de información que manejan las diferentes EPS/IPS. La oportunidad para el acceso a la valoración integral de la mujer en período de gestación es pasiva con respecto a la IPS y limitada a la presentación de patologías o alteraciones en el periodo de gestación. La fortaleza de la metodología de la triangulación se evidenció durante el ejercicio en el proceso de integración de la información para la elaboración futura de un sistema de información ágil y confiable. Esta metodología permite la elaboración de indicadores de gestión de calidad para la detección y atención oportuna de VIH en gestantes, como estrategias de evaluación de sistemas de información en salud para garantizar al binomio madre-hijo calidad de vida.

371. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE SEROCONVERTORES AL VIH ASISTENTES A UNA ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL CHILENA ENTRE 1990 Y 2008

J. Manríquez, B. Marincovich, V. Stuardo

Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Antecedentes/Objetivos: En Chile viven aprox. 30 mil personas con VIH/SIDA, principalmente hombres jóvenes homosexuales infectados por vía sexual (93%). La vulnerabilidad al VIH en el mundo es a menudo profundizada por características demográficas y socioculturales como la pertenencia a grupos étnicos, raza y discapacidad en contextos de pobreza, desigualdad social, violencia e inestabilidad política. El objetivo de este estudio fue caracterizar sociodemográficamente a sujetos seroconvertidores al VIH asistente a la organización no gubernamental Red de Orientación en Salud Social (RED OSS), atendidos entre 1990 y 2008.

Métodos: Estudio transversal descriptivo. Se revisaron 7100 fichas. Se incluyeron aquellos con control previo negativo al test de ELISA. El análisis se realizó en programa STATA 8.1.

Resultados: El 20% (n = 1.400) resultó positivo y 37 sujetos cumplieron con criterios de inclusión. El 95% correspondió a hombres de $28,78 \pm 8,22$ años promedio. El 57% de los casos se presentó entre 1992 y 1996. 31,43% tuvo educación media completa y el 89% tenía actividad laboral. El 51% vivía con sus familias nucleares, no encontrándose población en situación de calle. El 8,1% pertenecía a organizaciones sociales con trabajo en VIH.

Conclusiones: RED OSS realiza aprox. el 5% de diagnóstico en Chile. Las características sociodemográficas de los seroconvertidores son similares a la de otros estudios. Existe necesidad de refuerzos permanentes en desarrollo de habilidades básicas y motivación para disminuir la incidencia estimada de infección, así como consideración de ese perfil por parte de las entidades de gobierno.

539. ENCUESTA A USUARIOS DE UN SERVICIO DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH CON MEDIACIÓN SOCIOCULTURAL UBICADO EN CENTROS DE SALUD DE MADRID

M. Morán-Arribas, C. García-Riolobos, J. Ultra, M.D. Esteban-Vasallo, R. El Kertat, B. Pizarro, A. Coundoul, J. Rico, R. Aguirre, et al

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid; Unidad de Medicina Tropical, Hospital Ramón y Cajal, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Los Servicios de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH mediante pruebas rápidas se implantaron progresivamente en la Comunidad de Madrid a partir del 1 de diciembre de 2009. Se basan en la mediación sociocultural y están ubicados en ocho centros de salud. Durante el primer año de funcionamiento, con el fin de conocer el grado de satisfacción con la atención recibida, se llevó a cabo una encuesta a usuarios en cinco de ellos.

Métodos: Se empleó un cuestionario autoadministrado, creado ad hoc y pilotado previamente, disponible en cinco idiomas: español, inglés, francés, portugués y árabe. Constaba de 23 preguntas cerradas, 2 de respuesta abierta y 6 de clasificación (edad, sexo, nivel de estudios alcanzado, país de origen, orientación sexual y turno de atención). Se aplicó de forma anónima a una muestra oportunista de usuarios atendidos en el período de referencia (julio a septiembre de 2010 y enero a abril de 2011).

Resultados: La tasa de respuesta ascendió al 94,7% (283/299). El 75,3% de los encuestados eran varones, mayoritariamente entre los 25 y 34 años (46,6%) y nacidos en España (72,4%). La valoración global del servicio en una escala de 1 a 10 fue de 9,69 ($\pm 0,74$), siendo algo superior en mujeres ($9,8 \pm 0,4$ vs $9,5 \pm 0,8$, $p < 0,05$) y sin diferencias por edad, origen o nivel de estudios. Con respecto a las expectativas, el 90,5% lo valoró como mejor o mucho mejor de lo que esperaba. Los aspectos del servicio a los que se otorgó mayor importancia fueron el respeto a la identidad y diversidad sexual (muy importante para el 80,8%), seguido en los hombres por la garantía de privacidad de los datos y la información (75,8%) y en las mujeres por la preservación de la intimidad en la consulta (72,7%). El 83,1% consideraron bastante o muy importante el ser atendido sin tarjeta sanitaria. Respecto a la figura del mediador, el 94,3% consideró muy satisfactoria su atención, el 94,7% dijo haberse sentido muy escuchado, para el 97,9% la información facilitada había sido fácilmente comprensible y útil, y en el 83,4% contribuyó a disminuir la ansiedad y el temor ante la prueba. La atención prestada por el personal de enfermería se consideró muy satisfactoria en el 77,4%.

Conclusiones: La encuesta reveló un muy elevado grado de satisfacción con el Servicio y la atención recibida, destacando especialmente la figura del mediador y su actividad. Puede concluirse que dichos Servicios ubicados en centros de salud cuentan con la aceptación por parte de la población y se adaptan a sus necesidades.

291. INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA SALUD MENTAL Y EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA COHORTE CORIS

L. Gutiérrez, M.A. Rodríguez Arenas, C. Robledano, P. Rodríguez, J. del Romero, J.M. Rodríguez, L. Pérez, A. Peña, S. Cuéllar, et al

ENS-ISCIII; Hospital General de Elche; Hospital Universitario de Canarias; Centro Sanitario Sandoval; Hospital Ramón y Cajal; Hospital San Pedro; Hospital San Cecilio; Hospital La Fe.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la prevalencia de posible caso psiquiátrico (PCP) y describir su relación con el inicio y la adherencia a tratamiento antirretroviral (TAR), en las personas VIH positivas de la cohorte CoRIS, según género.

Métodos: Se ha recogido mediante cuestionario telefónico, información relativa a pacientes de CoRIS de 7 hospitales en 5 Comunida-

des Autónomas, entre septiembre de 2010 a febrero de 2013. Se ha valorado la existencia de posible caso psiquiátrico (PCP), mediante el GHQ-12 y la salud autopercebida (SAP). Se ha calculado la prevalencia de PCP y su relación con el consumo de drogas y con el inicio y la adherencia a TAR en función de variables de género. Para comparar grupos, se ha utilizado el estadístico Ji al cuadrado para las variables categóricas y T-Test o U de Mann-Whitney para las variables numéricas, según su distribución.

Resultados: De las 457 personas entrevistadas, 21% son mujeres. La edad media del grupo es 40 años. El 27% de los hombres y el 34% de las mujeres son de origen extranjero. Existen diferencias por sexo en el nivel de estudios, menor en mujeres (59% estudios primarios y 8% universitarios, frente a 32% y 36% respectivamente en hombres). El 19% de los hombres y el 36% de las mujeres presentan mala salud autopercebida (SAP). También existen diferencias en la proporción de PCP, mayor entre las mujeres (50% frente a 36% en hombres). Los hombres puntúan más como PCP cuando no viven pareja (43% vs 25%), no tienen trabajo remunerado (47% vs 29%), presentan mala SAP (59% vs 30%) y cuando consumen tranquilizantes, LSD o ketamina. En mujeres, puntuar como PCP se relaciona con un menor nivel de estudios (57% en primarios, 47% en secundarios y 13% en universitarios), no tener trabajo remunerado (57% vs 35%), presentar mala SAP (74% vs 37%) y tener hijos (55% vs 32%). Para las mujeres puntuar como PCP y tener hijos se relaciona con un menor inicio y adherencia a TAR, mientras que para los hombres, sólo puntuar como PCP se relaciona con menor adherencia.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra grandes desigualdades de género en el riesgo de trastorno mental para las mujeres, que influyen su menor inicio de tratamiento y la menor adherencia al mismo.

713. EVIDENCIA DISPONIBLE SOBRE LA HABILIDAD DE LOS USUARIOS PARA REALIZAR E INTERPRETAR UN AUTOTEST DE VIH

M. Rosales, J. Hoyos, S. Fernández, M. Ruiz, R. Sánchez, L. de la Fuente

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto Carlos III; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El realizarse uno mismo la prueba de VIH podría ser una estrategia diagnóstica alternativa para aquellos que no acuden a los centros diagnósticos o requieren hacérsela con mayor frecuencia. Evaluamos, mediante la revisión de la literatura disponible, si existe evidencia suficiente para poder considerarlo una estrategia diagnóstica viable.

Métodos: Se identificaron en Medline los estudios que midiesen la capacidad de una persona inexperta para ejecutar un autotest y/o interpretar correctamente los resultados. También se incluyó literatura gris.

Resultados: Se encontraron dos estudios de pruebas con sangre, seis de fluido oral y dos de pruebas de ambos tipos. Cuatro evaluaron una prueba con fluido oral a lo largo de su proceso de rediseño como autotest, los demás pruebas rápidas adaptadas para cada estudio. Unos abordaron por separado la ejecución e interpretación de la prueba, otros el proceso completo. Los parámetros utilizados en los estudios y la precisión aportada fueron muy variados. En cuanto a la ejecución, se encontró en pruebas con sangre, en uno 8% y otro 56% de pruebas inválidas, este último con un $\kappa = 0,28$; y en un tercer estudio 89% de concordancia con el investigador; en el caso de pruebas con fluido oral, se obtuvo en uno una concordancia de 95% y en otro un $\kappa = 0,97$. Respecto a la interpretación, el porcentaje de errores más bajo fue en las pruebas con resultados positivos (rango de 2% a 5%), tanto con fluido oral como con sangre, y el más alto en aquellas con resultados débilmente positivos (18,0% y luego 16,4%), en dos estudios con la misma prueba oral pero con cambios en las instrucciones. Res-

pecto al proceso completo, la prueba rediseñada como autotest obtuvo en estudios sucesivos (primero bajo supervisión y con prueba rápida como control, luego sin ella y EIA/Western Blot) 98,0% y 99,8% de exactitud, 97,9% y 93,0% de sensibilidad, 99,8% y 100% de especificidad, y en el segundo una tasa de fallos de 1,08%. El resto de estudios con pruebas orales obtuvieron 97,4% y 97,9% de sensibilidad, y 99,9% y 100% de especificidad. Dos estudios que evaluaron los dos tipos de pruebas en conjunto obtuvieron 94,0% y 99,6% de concordancia con el investigador y este último un ponderado = 0,75.

Conclusiones: Si bien el autotest mostró tener menor validez que las pruebas rápidas en manos experimentadas, los resultados de algunos estudios son lo suficientemente buenos como para poder considerarlo una estrategia diagnóstica factible. Modificaciones adicionales a las pruebas ya estudiadas o la experimentación con otras nuevas podrían mejorar aún más los resultados.

746. AUTOTEST DE VIH DE VENTA EN FARMACIAS: ¿CUÁNTO ESTARÍA DISPUESTO A PAGAR UN POTENCIAL USUARIO?

M. Rosales, S. Fernández, J. Hoyos, C. Figueroa, R. Sánchez, L. de la Fuente

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto Carlos III; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto Carlos III; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El autotest de VIH parece ser una estrategia diagnóstica prometedora aunque su precio de venta al público podría limitar su uso. Su coste en los Estados Unidos, donde ya fue aprobado, es alrededor de 30 €. Estimamos el porcentaje de personas que estarían dispuestos a pagar por un autotest este precio.

Métodos: Se recogió en un cuestionario de opinión la información del precio que pagarían los participantes de un estudio sobre factibilidad del autotest, realizado con asistentes a un programa móvil de diagnóstico de VIH en la Comunidad de Madrid. El programa, dirigido a población general, se llevó a cabo en una plaza del centro de Madrid, campus universitarios, Alcalá de Henares y Móstoles. Se calcularon los porcentajes de los participantes dispuestos a pagar ≥ 30 , ≥ 20 o ≥ 10 €. También los de aquellos dispuestos a pagar ≥ 30 €, de acuerdo a sus características sociodemográficas, comportamentales y experiencia previa de uso de pruebas de VIH.

Resultados: De 497 participantes, un 17,9% (IC95%: 14,4-21,4), 40,0% (IC: 35,6-44,4) y 74,2% (IC: 70,3-78,2) estaría dispuesto a pagar ≥ 30 , ≥ 20 o ≥ 10 €, respectivamente. El porcentaje de aquellos que realizaron la prueba en universidades dispuestos a pagar ≥ 30 € (12,4%; IC: 6,3-18,5) fue menor que el de aquellos que la realizaron en Madrid o en otras ciudades de la Comunidad (18,7%; IC: 13,9-23,5 y 24,1%; IC: 14,6-33,7 respectivamente). De acuerdo a su grado de preocupación para realizarse ese día la prueba, categorizados de forma ascendente desde "en ningún momento preocupado" hasta "seriamente preocupado desde hace tiempo", se encontraron porcentajes de 8,8%; 17,2%; 19,5% y 22,0%. Esta progresión se apreció también en los intervalos de confianza, aunque se solapan (2,9-19,3; 11,1-23,3; 13,0-26,0 y 13,4-30,6). No se apreciaron diferencias significativas de acuerdo a edad, sexo, lugar de nacimiento, nivel de estudios, estado civil, lugar de residencia, fuente de ingresos, conducta sexual, uso de drogas inyectadas, antecedente de prueba previa y de prueba rápida de VIH.

Conclusiones: Son pocos los participantes dispuestos a pagar 30 € por un autotest de VIH, en un contexto sanitario como el español, con acceso a diagnóstico gratuito. El grado de preocupación por realizarse la prueba parece influir, sin embargo sólo uno de cada cinco de los seriamente preocupados estaría dispuesto a pagar este precio. El coste del autotest podría convertirse entonces en una barrera para su empleo por potenciales usuarios.

781. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y CONDUCTAS SEXUALES EN MUJERES ANTES Y DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH Y EN LA ACTUALIDAD

V. Hernando, B. Alejos, E. Calabuig, B. Hernández-Novoa, J.R. Blanco, M. Masiá, J. del Romero, L. Giner, R. Pelazas, et al

Centro Nacional de Epidemiología; Hospital La Fe; Hospital Ramón y Cajal; Hospital San Pedro; Hospital de Elche; CS Sandoval; Hospital de Alicante; Hospital de Canarias; Hospital de la Princesa.

Antecedentes/Objetivos: Describir el uso de métodos anticonceptivos por mujeres con infección por VIH (VIH+) antes y después del diagnóstico y en la actualidad, así como caracterizar su relaciones sexuales.

Métodos: Mujeres VIH+ atendidas en 10 hospitales de 6 Comunidades Autónomas. Los datos fueron recogidos mediante entrevista telefónica entre noviembre 2010 y junio 2012 con un cuestionario diseñado "ad hoc" que incluía variables sociodemográficas, reproductivas, de parejas, conductas sexuales y uso de anticonceptivos.

Resultados: Se entrevistaron 161 mujeres, mediana edad = 38 años; rango intercuartílico RIC: 32-44, 56% españolas, 20% latinoamericanas, 12% europeas y 11% africanas. 75% tenían estudios secundarios, 49% trabajaban fuera de casa y el 83% se había infectado por vía sexual. Tenían pareja 65% y de éstas, 78% convivían con ella. Habían estado alguna vez embarazada 86% y 69% tenían algún hijo. Antes del diagnóstico 22% de las mujeres no utilizaba ningún método anticonceptivo; después, disminuyó al 12% ($p = 0,031$), 79% de las mujeres cambió de método y 11% dejaron de tener relaciones sexuales ($p = 0,001$). El preservativo fue el más utilizado, pasando del 61% antes del diagnóstico al 91% después ($p < 0,001$). Los anticonceptivos orales y DIU cayeron del 62% y 15%, respectivamente antes del diagnóstico, al 9% y 5% después ($p < 0,001$ y $p = 0,002$). La ligadura de trompas no cambió con el diagnóstico (4% al 5%) ($p = 0,768$). En la actualidad, (mediana al diagnóstico = 4 años; RIC = 3-7) 24% de las mujeres no tienen relaciones sexuales y 8% —todas con pareja estable— no usan ningún método. Entre las que los utilizan, el preservativo sigue siendo el más frecuente (91%), seguido de 9% la ligadura de trompas, 4% el DIU y 2% los anticonceptivos orales. 72% de mujeres tuvieron alguna pareja estable en los últimos 12 meses y, excepto 13, todas utilizaron algún método. 6% dijeron haber tenido relaciones esporádicas en los últimos 12 meses y siempre utilizaron preservativo. De las 114 parejas estables, 42% eran VIH+; de las 15 parejas ocasionales, 6 eran negativas y 7 tenían seroestatus desconocido.

Conclusiones: El diagnóstico de VIH implica un cambio muy importante de los métodos anticonceptivos utilizados por estas mujeres, primando la protección de la pareja e incluso la renuncia a las relaciones sexuales. Hay una baja proporción de mujeres VIH+ que no usan preservativo sistemáticamente cuyas razones convendría explorar. A diferencia de otros estudios, el uso de métodos irreversibles es bajo, indicando quizá que el deseo de tener hijos se mantiene latente.

832. TUBERCULOSIS-VIH EN EL ÁREA SUR DE LA PROVINCIA DE SEVILLA. EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 23 AÑOS

C. Escassi, A. Córdoba, E. Román, F. Caballero, M.J. Pérez Lozano, A. Beltrán, I. Fuentes, F. Gutiérrez, M.J. Pastor

UGC Salud Pública, Prevención y Promoción, Hospital Universitario de Valme; UGC Respiratorio, Hospital Universitario de Valme.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis sigue siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo. El VIH incrementa el riesgo de reactivación de infección tuberculosa latente y

acelera la progresión después de la infección o de la reinfección. La extensión en todo el mundo de la epidemia por el VIH permitió que su interacción con la tuberculosis modificase la curva de descenso de esta última enfermedad en algunos países desarrollados. En los últimos decenios han aparecido nuevos desafíos como la asociación TBC-SIDA. **Objetivo:** describir la incidencia de la Tuberculosis en pacientes VIH en el área hospitalaria sur de Sevilla en los últimos 23 años.

Métodos: Período de estudio: 1990-2012 Población: Pacientes VIH + que iniciaron o estuvieran en tratamiento antiTB durante el período de estudio. Fuentes de información: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, Sistema de registro de TBC de Andalucía y Archivos de Microbiología y Anatomía Patológica.

Resultados: Se registraron un total de 1375 pacientes diagnosticados de TBC, de los cuales 264 fueron VIH+. Las mayores tasas se detectaron en el periodo 1995-1997, con 7.71 casos por 100.000 habitantes. En los años posteriores se produjo un descenso en dichas tasas no llegando a ser superiores al 1/100.000 casos en 2012. La mayoría de los casos estaban entre los 25-34 años (61%), no detectándose ningún caso en menores de 15 y un solo caso mayores en mayores de 65 años.

Conclusiones: La Incidencia de la enfermedad en el área presenta un descenso sostenido desde 1.995 que afecta a todos los grupos de edad. En la población VIH la prueba de PPD, debido a la situación de anergia que padecen muchos de los infectados, carece del poder discriminativo que posee en los inmunocompetentes. El descenso en la incidencia probablemente guarde relación con la efectividad del tratamiento de la enfermedad alcanzada en el área, y los cambios accedidos en el tratamiento del SIDA. Actualmente la asociación TBC-SIDA, unido a la mayor incidencia de la enfermedad en los jóvenes crea una situación epidemiológica desafiante.

55. EVALUACIÓN DE GESTIÓN DE RIESGO PARA VIH EN ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) Y SUS REDES DE PRESTACIÓN (IPS) EN COLOMBIA

L.A. Acuna Merchán, L.A. Soler

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.

Antecedentes/Objetivos: La contención de la epidemia de VIH/SIDA es, a nivel mundial, una prioridad en salud. Es necesario contar con indicadores trazadores para la caracterización de la gestión de riesgo en VIH en EAPB e IPS. La información de VIH del Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo-Cuenta de Alto Costo (CAC), según Resolución 4725/2011, es una fuente de datos confiable que permite la caracterización de la gestión del riesgo en el país. Es la primera medición objetiva del VIH/SIDA en Colombia. Establecer, medir y comparar los indicadores trazadores de gestión de riesgo en VIH en las EAPB y en la red de prestadores.

Métodos: Se tomó la información de 54 EAPB reportada a la CAC en el 2012, como estudio descriptivo de la población priorizada, estableciendo indicadores (tamizaje VIH en gestantes, diagnóstico temprano de VIH, suministro de terapia antirretroviral [TAR] indicada y recuento semestral de CD4+ y carga viral en personas viviendo con VIH) para comparación de los resultados obtenidos.

Resultados: A nivel nacional se encontró un tamizaje para VIH en gestantes de 61%, de detección temprana de 58%, de personas que recibían TAR con indicación de 98% y realización de CD4 y carga viral de 51%.

Conclusiones: Los indicadores definidos cuentan con suficiente evidencia de trazadores en prevención secundaria en EAPB y sus IPS. Los resultados permiten la comparación y ranking de las entidades e identificar brechas para definir un proceso de mejora en beneficio de la población y todos los actores del Sistema de Salud.

Población vulnerable

*Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 5*

Modera: Marta Sastre Paz

830. DETERMINANTES DA SAÚDE DOS IMIGRANTES BRASILEIROS RESIDENTES NA REGIÃO DE LISBOA

L.M. Reis, N. Ramos

CEMRI-Universidade Aberta.

Antecedentes/Objetivos: As migrações internacionais estão em aumento no mundo global. Atualmente, a ONU estima em 224 milhões o número de migrantes internacionais. Os indivíduos quando se deslocam de um país para outro passam por um processo de adaptação que poderá influenciar a sua saúde. Portugal conta hoje com 111445 imigrantes brasileiros residentes, 25,5% dos estrangeiros residentes no país em situação regular. Neste contexto, é importante conhecer e compreender a saúde destes indivíduos. Esta comunicação tem como objetivo apresentar alguns resultados de uma pesquisa sobre os fatores determinantes da saúde na percepção de imigrantes brasileiros residentes na região de Lisboa.

Métodos: Para análise dos determinantes da saúde destes indivíduos foi utilizado um modelo biopsicossocial. A amostra é não probabilística composta por 120 imigrantes brasileiros (44,2% homens; 55,8% mulheres), com idades entre os 19 e 64 anos (média 30,8), a maioria com menos de 34 anos, residentes em Portugal há mais de um ano que, após esclarecimento, concordaram em responder a uma entrevista. O tratamento dos dados foi feito através de estatística descritiva e análise de conteúdo de Bardin (1977).

Resultados: Os principais resultados demonstraram que, nas crenças e percepções destes imigrantes, os hábitos alimentares, o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas são importantes fatores determinantes da saúde. Também são muito citados o stresse, a ansiedade, a depressão, as condições de trabalho e a ausência de prevenção (não realizar exames e falta de acesso a profissionais) como fatores que podem afetar a saúde. De acordo com os participantes, o tipo e excesso de trabalho e o clima frio são fatores que poderão influenciar a sua saúde no futuro. Cerca de 21,7% dos entrevistados são fumadores (30,2 homens; 14,9% mulheres) e 27,5% eram fumadores quando viviam no Brasil (41,5% homens; 16,4% mulheres). Cerca de 83,3% dos entrevistados consomem bebidas alcoólicas (92,5% homens; 76,1% mulheres). Quando viviam no Brasil, 78,3% consumiam bebidas alcoólicas (94,3% homens; 65,7% mulheres). A maioria considera levar uma vida saudável (66% homens; 55,2% mulheres) mas 32,1% dos homens e 40,3% das mulheres acreditam viver uma vida pouco saudável.

Conclusiones: As crenças e percepções desses participantes são fatores determinantes da saúde em geral e importantes fatores que contribuem para o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis tais como as cardiovasculares e a diabetes. Os contextos de inserção desses imigrantes, nomeadamente o contexto social e laboral, influenciaram as suas crenças, percepções e comportamentos relativamente à saúde e adaptação em contexto migratório.

739. LA EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN POBLACIÓN INMIGRANTE EN CATALUÑA

T. Lizana Alcazo, D. Muñoz Martínez, C. Cabezas Peña, A. Mateu Serra, A. Gonzalez Viana

*ASPCAT (Agència de Salut Pública de Catalunya);
IES (Institut d'Estudis de la Salut).*

Antecedentes/Objetivos: El proceso de la inmigración en España y en Cataluña en los últimos 10 años, de personas procedentes

del extranjero con lenguas y culturas distintas, ha tenido un impacto en los servicios de salud que han tenido que adaptarse a las nuevas necesidades y demandas planteadas por esta población. Como por ejemplo la elaboración de programas de acogida, la contratación y profesionalización de mediadores interculturales y la formación de los profesionales del sistema para mejorar sus competencias culturales para atender a estos colectivos. Las barreras idiomáticas y el desconocimiento del uso del sistema de salud catalán genera que algunas personas con problemas de salud o incluso de salud pública no accedan a los sistemas o lo hagan cuando su salud está muy deteriorada. Esto ha llevado a la creación de intervenciones comunitarias para prevenir las consecuencias sanitarias y en la salud pública de la falta de intervención en alguna de estas patologías.

Métodos: Formar a profesionales de la mediación intercultural en la intervención comunitaria para que sean capaces de realizar tareas de información, prevención y promoción de la salud en los colectivos de inmigrantes que no acceden al sistema de salud. Desarrollar un aplicativo informático para poder registrar la actividad comunitaria y poder analizarla.

Resultados: Resultados cuantitativos de las mediaciones comunitarias realizadas según el tipo de actividad, región sanitaria, edad y sexo, mes, origen de la solicitud. La mayoría de las intervenciones se realizan en la región sanitaria de Barcelona, donde también se concentra la mayoría de la población inmigrante de Catalunya (72%). Las principales actividades comunitarias que realizan los mediadores interculturales son acciones de promoción de la salud (26%) y en el colectivo de mujeres (67%).

Conclusiones: La formación de los mediadores interculturales como agentes de salud y el desarrollo de un aplicativo informático para registrar su actividad demuestra que existe una demanda real de este tipo de actividades y que puede ser el comienzo para definir un modelo de intervención comunitario concreto en población inmigrante ayudar a iniciar la evaluación y el impacto en salud de estas intervenciones.

810. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN LA POBLACIÓN GITANA ESPAÑOLA

M. Martín Pérez, A. López de Andrés, R. Jiménez García, V. Hernández Barrera, I. Jiménez Trujillo, P. Carrasco Garrido

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos.

Antecedentes/Objetivos: Estudios previos sobre desigualdades en salud en la población gitana señalan que sus indicadores de salud son más desfavorables que para el conjunto de la población; algunos de ellos han señalado un mayor uso de fármacos. Con el presente estudio pretendemos describir la prevalencia del consumo de medicamentos prescritos y automedicados en la población gitana española.

Métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo y transversal, que parte de los datos obtenidos de la primera Encuesta Nacional de Salud en Población Gitana realizada en España en el año 2006. La muestra comprende un total de 1.000 adultos (16 años y más) de ambos sexos, etnia gitana y nacionalidad española. Con el fin de identificar los factores relacionados con el consumo total de medicamentos en esta población, utilizamos variables sociodemográficas y otras relacionadas con el perfil de salud y con estilos de vida. Para comparar proporciones usamos un análisis bivariante mediante el test de la 2 de Pearson o el test exacto de Fisher, tomando como significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia del consumo total de medicamentos fue de 62,3% para los hombre gitanos y de 75,1% para las mujeres, siendo en cambio entre los primeros donde se observa una mayor

prevalencia de automedicación (44,5% vs 34,4%). Por tipo de medicamento, los analgésicos fueron los más consumidos (35,8%), el 41,3% de los mismos sin receta médica. Es también destacable la alta prevalencia en el consumo de ansiolíticos (13,7%) y antibióticos (10,4%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia del consumo de fármacos entre diferentes grupos de edad (91,8% de los gitanos de 65 años y más vs 57,6% de edad comprendida entre 16 y 24). También se observan diferencias entre la proporción de gitanos que perciben su estado de salud de manera negativa (88,9%) y los que lo hacen de forma positiva (58,4%). Para las mujeres gitanas estas diferencias se encuentran entre aquellas que no tienen estudios (79,6%) y quienes como mínimo terminaron la escuela primaria (65,2%), así como entre las mujeres con un IMC \geq de 30 (87,9%) y las de IMC $<$ 30 (72,5%). En los hombres encontramos diferencias entre la población inactiva (78,5%) y aquellos en situación de empleo (56,1%) o desempleo (66,1%), así como entre los varones que consumen alcohol respecto a los que no lo hacen (59,5% vs 70,1%).

Conclusiones: La prevalencia del consumo de medicamentos en la mujer gitana es mayor que en el hombre, sin embargo son ellos quienes más se automedican. Se observa un alto nivel de consumo de medicamentos entre la población gitana de 65 años y más, así como entre aquellos que perciben su salud de forma negativa.

1126. TRAVESTIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CUIDADO EM SAÚDE NA CIDADE DE NATAL/RN/BRASIL

A.N. Duarte de Moraes, G.S. Nogueira da Silva, C.H. Cruz

Universidade Federal do Rio Grande do Norte; FARN.

Antecedentes/Objetivos: Este estudo tem como objetivo compreender a vivência das travestis na busca por cuidados em saúde no âmbito da atenção primária na cidade de Natal-RN, a partir da voz dessas protagonistas. Trata-se de uma parcela da população estigmatizada, que sofre preconceitos e que muitas vezes, deixam de buscar atendimentos à saúde por não se sentirem à vontade nesses locais. Tendo como base as diretrizes do Sistema Único de Saúde do Brasil, e seus princípios de universalidade, integralidade e equidade na saúde, o estudo pretende dirigir seu olhar para a atenção primária em saúde, considerada a porta de entrada do sistema.

Métodos: Está sendo realizada uma pesquisa qualitativa com triangulação de instrumentos que permitem o aprofundamento da análise. Os colaboradores do estudo são constituídos por vinte travestis que já tenham procurado atendimento na rede e atenção primária à saúde, no município de Natal, Rio Grande do Norte, no Nordeste Brasileiro. Como estratégias metodológicas estão sendo utilizadas: entrevista em profundidade e oficinas com utilização de "cenas". Para análise e interpretação das narrativas recorremos à Hermenêutica-Dialética.

Resultados: Os dados iniciais reafirmam os poucos dados da literatura ao apontarem para o fato de que as travestis não procuram a rede básica de saúde por não se sentirem à vontade nas unidades de saúde, por terem sido mal tratadas em muitos episódios de procura por cuidados. Por outro lado, um dos fatores que determinam o descumprimento dos princípios do SUS, está no fato de que os profissionais da área de saúde não são capacitados para lidarem com as questões que se referem à sexualidade, em especial o campo da diversidade sexual.

Conclusiones: Espera-se com o estudo em questão possa contribuir com o campo do conhecimento acerca do saber-fazer na assistência a saúde das travestis, trazendo pistas capazes de promover um cuidado humanizado, beneficiando a todos os envolvidos nesse processo: profissionais de saúde e travestis.

341. ESTUDIO SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN GITANA CÁNTABRA

O. Pérez González, D. Prieto Salceda, R. Pesquera Cabezas

Observatorio de Salud Pública de Cantabria, Fundación Marqués de Valdecilla.

Antecedentes/Objetivos: El Observatorio de Salud Pública de Cantabria realizó un estudio sobre determinantes sociales de salud con población gitana en Cantabria 2009-2012 para conocer los principales problemas y necesidades en salud de la población gitana cántabra, las relaciones con el sistema sanitario, el acceso y valoración del mismo, así como el análisis de las percepciones del personal sanitario y administrativo de Atención Primaria y Especializada sobre su situación, sus propias relaciones con el colectivo y las necesidades para atenderlos.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo con un análisis de la estructura social, familiar y generacional de la sociedad gitana. Se trata de un estudio participativo realizado junto a representantes de las asociaciones gitanas, mediadores gitanos del ámbito de la salud y la educación; contando con la participación como sujetos del estudio de personas gitanas jóvenes y adultas; patriarcas; representantes asociativos; y profesionales (de la salud, educación y servicios sociales). Las técnicas de investigación cualitativas utilizadas fueron 9 grupos de discusión, 30 entrevistas en profundidad, 4 grupos triangulares, 16 entrevistas grupales y 4 observaciones participantes con implicación de población gitana de ambos sexos, diferentes grupos de edad y situaciones socioeconómicas, y con profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada de diversas disciplinas. En total participaron 118 personas.

Resultados: La experiencia del estudio aportó importantes aprendizajes y recomendaciones sobre la cultura y necesidades del colectivo, así como sobre la cultura del sistema sanitario y sus necesidades para dar respuesta a las situaciones de desigualdad en salud y acceso a servicios. El estudio desvela claves que deben ser tratadas de manera conjunta porque responden a creencias sobre el sistema que han estado presentes por largo tiempo por un lado, mientras, por el otro lado, una mayoría del personal sanitario responde de forma más adaptativa que reflexiva o cuestionadora a las crisis y tensiones que emergen en el sistema.

Conclusiones: El estudio resalta la necesidad de promover la igualdad de derechos de las personas gitanas desde una perspectiva intercultural y de género, abrir espacios de participación al colectivo, sensibilizar a todos los niveles de la administración y población general, mejorar la coordinación interinstitucional, promover un modelo biopsicosocial de la salud, fomentar la formación intercultural entre los distintos niveles profesionales, e incluir la figura de mediador/a intercultural en el sistema de salud, entre otros.

233. ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE DESDE EL CMS DE CIUDAD LINEAL, 2011 Y 2012

M.N. Pino Escudero, S. Gerechter Fernández, S. Sánchez Nieto, A. González Espejo, M.J. Granado Iglesias, F.J. Bouzas Díaz, A. Moreno Mora, L. Carvajal Inestal

Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El Proyecto del CMS Ciudad Lineal, Madrid salud, Ayuntamiento de Madrid incluye, de forma transversal, el programa "Desigualdades Sociales", el cual nos invita a intervenir sobre la población más vulnerable. **Objetivos:** facilitar el acceso a los servicios socio sanitario Detectar los factores de riesgo para la salud Conocer las necesidades en salud Reducir las desigualdades en salud Promover hábitos saludables.

Métodos: En los siguientes subprogramas atendemos cualquier demanda de Servicios Sociales y diferentes Asociaciones del distrito: Niño de riesgo: Atención a la infancia en edades entre 0 y 18 meses y

su unidad familiar en situaciones de riesgo socio sanitario: ayuda para alimentación al lactante, asesoramiento en el crecimiento y desarrollo del niño. Atención a adolescentes en centros de protección al menor o en seguimiento por los educadores sociales del distrito. Salud sexual y reproductiva: revisiones ginecológicas para planificación familiar y prevención de Infecciones de transmisión sexual. Promoción de alimentación saludable y actividad física: para la prevención de la obesidad y la diabetes. Atención al mayor vulnerable: en colaboración con Servicios Sociales para la evaluación de dependencia en personas mayores con necesidades sociosanitarias. Talleres de Educación para la Salud sobre distintos temas preventivos en diferentes colectivos.

Resultados: 300 niños, 31% extranjeros en el programa del niño de riesgo. 30 mujeres en consulta de planificación familiar y revisión ginecológica en el proyecto Jara de la asociación Barró. 20 Talleres: 5: En Residencia de Menores Manzanares: 30 adolescentes inmigrantes entre 12 y 18 años. 3: En el centro de acogida para madres adolescentes (Centro Norte): 16 mujeres. 3: Servicios sociales: 7 adolescentes en seguimiento por los educadores. 1: Proyecto Jazmín Crece: 6 mujeres de raza gitana. 5: En Escuela de padres en Asociación-Barró: 50 familias. 1: Para adulto con discapacidad, programa vida independiente: 8 familias. 2: En el Centro Hispano boliviano: 27 usuarios. 6 Evaluaciones en domicilio a usuarios mayores en riesgo.

Conclusiones: La búsqueda de riesgo de enfermedad en situaciones de vulnerabilidad es una oportunidad de mejorar la salud en personas con dificultades de acceso a los servicios sanitarios.

119. MAPAS DE RIESGO DE LA VULNERABILIDAD Y EQUIDAD EN SALUD

M. Ramasco Gutiérrez, S. Garabato González, R. Aguirre Martín-Gil, B. Zorrilla Torras, F. Domínguez Berjón, E. Aranguez Ruíz, R. Génova Meleras, A. Gandarillas Grande, M. García Barquero

SERMAS.

Antecedentes/Objetivos: La planificación en salud debe partir del diagnóstico de situación del territorio para orientar las intervenciones adecuadamente. Desde el modelo de determinantes sociales de la salud y el enfoque de equidad OMS, es fundamental identificar los colectivos que, por estar expuestos a peores condiciones de vida, presentan mayores dificultades para disfrutar de la atención sanitaria y la salud en las mismas condiciones que el conjunto de la población. El Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2010-2013 de la Comunidad de Madrid (CM) contempla una línea estratégica dirigida a la promoción de la salud en Colectivos Vulnerables que pretende contribuir a prevenir la exclusión social en el ámbito sanitario. La primera acción consiste en elaborar Mapas de Riesgo de la Vulnerabilidad (MRV) en los territorios con peores indicadores de salud, con el objetivo de facilitar a los equipos socio-sanitarios una herramienta útil para la planificación, priorización e intervención.

Métodos: Etapas para elaborar MRV: Selección de ZBS con mayores niveles de vulnerabilidad CM donde confluyen los siguientes indicadores: índice de privación, inmigrantes económicos, mayores solos, hacinamiento, mortalidad, asentamientos marginales. Elaboración Guía de apoyo a los equipos de salud encargados de realizar el MRV con conceptos básicos, etapas del proceso e información sobre indicadores básicos de vulnerabilidad y recursos del territorio. Recopilación y elaboración de carpetas por ZBS con datos disponibles en los sistemas de información. Formación de profesionales de las ZBS seleccionadas con contenidos teórico-prácticos y entrega de carpetas con información.

Conclusiones: El MRV, a partir de los indicadores seleccionados desde el modelo de determinantes sociales de la OMS, es un instrumento válido para el diagnóstico de la vulnerabilidad social a nivel territorial y para la toma de decisiones para la intervención en salud desde un enfoque de equidad. El Sistema de Información Geográfico de Indicadores de Salud CM, permite conocer patrones territoriales de

variables de interés para la salud pública a partir de mapas temáticos, resultando una herramienta útil para el desarrollo del MRV ya que ofrece una visión global e integral del territorio.

741. POBRES, ENFERMOS Y APALEADOS: LA DISYUNTIVA ENTRE MEDICARSE O COMER

J. Rodríguez Molinet, E. Amado Guirado, F. Orfila Pernas, M.A. Muñoz Pérez, S. Cordoní Saborit

Institut Català de la Salut, Gerencia del Àmbit Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En los centros de atención primaria de salud (CAP) de Barcelona se detectó un incremento de personas con graves dificultades económicas que solicitaban ayudas para costear la medicación. La Gerencia del Àmbit Barcelona del Institut Català de la Salut pactó con Cruz Roja la financiación de medicación de personas en riesgo de vulnerabilidad y exclusión social. Objetivo: describir el perfil de las personas que solicitaron ayudas y de sus patologías y medicamentos prescritos.

Métodos: Datos extraídos de los informes de los trabajadores sociales sanitarios (TSS) de los centros de salud presentados entre 12/11 y el 21/12/2012. Universo: 170 solicitudes de personas con recursos económicos insuficientes y necesidades de tratamiento farmacológico. Criterios: ingresos inferiores al SMI y que el usuario pagara más de 20 € de farmacia. Se consideraron otras circunstancias como deudas, desahucios... Fue imprescindible la presentación de pruebas documentales. De las solicitudes se han extraído: edad, sexo, unidades de convivencia y procedencia de los ingresos. La información de la medicación prescrita y sus problemas de salud se han obtenido de la base de datos de la historia clínica.

Resultados: Usuarios de 49,8 años, 11 menores de edad, 58% mujeres, 48,8% unidades de convivencia de entre 3 y 4 personas, el 17,7% hogares unifamiliares. 57% sin ingresos, 17,6% perceptores de subsidio por desempleo, 13,5% pensiones contributivas, 5,2% trabajadores con salarios inferiores al SMI, 3,5% perceptores de la Ley de dependencia y 2,9% percibían otros tipos de ingresos. Problemas de salud: osteomusculares (67,1%), trastornos mentales (62,9%), endocrinos (59,4%), cardiovasculares (57,6%) y digestivos (52,9%), con una media de 13 diagnósticos por persona. Se generaron 1.128 prescripciones, con un promedio por usuario de 6,6 medicamentos. El gasto mensual de la medicación fue de 15778 euros, siendo el promedio por persona de 93 €. El 27% de los medicamentos para el sistema nervioso y dolor, 22% cardiovascular y 21% digestivo. Los más prescritos: omeprazol, paracetamol, metformina, simvastatina, lorazepam ácido acetil salicílico, ibuprofeno.

Conclusiones: De las personas que tienen ingresos, un 23% los perciben con cuantías inferiores al SMI y pagan una aportación del 40% de la medicación. Se constata la feminización de la pobreza, y el grave riesgo de exclusión social, personas enfermas con más de 13 diagnósticos y polimedicadas con patología crónica que ponen en riesgo su salud si no tienen acceso a la medicación.

721. DETERMINANTES DE LA SALUD EN MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN

M.J. Cabrerizo Egea, M.P. Barroso García, R. Rodríguez-Contreras Pelayo

UGC Garrucha, Distrito Sanitario Levante-Alto Almanzora, Almería, SAS; Servicio de Salud, Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Describir características relacionadas con mujeres que ejercen la prostitución en Almería con el fin de adecuar las intervenciones dirigidas a este colectivo.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en una muestra de conveniencia de mujeres que ejercen la prostitución en Almería durante los años 2010-2012. Variables estudiadas: país de procedencia, edad, hábito tabáquico, interrupción voluntaria del embarazo (IVE), uso del preservativo y otros métodos anticonceptivos, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual. Fuentes de Información: registros de microbiología y de laboratorio, y cuestionarios ad hoc. Análisis estadístico: se calcularon frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Se realizó un análisis bivalente utilizando el test de la 2 o test de Fisher para variables cualitativas; se estableció un nivel de significación < 0,05 y se calculó la odds ratio y su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Un 88,9% fueron mujeres inmigrantes, de ellas un 42,2% procedía de Europa del Este. La edad media fue 31 años (DE 9,18). Un 66,7% presentaban hábito tabáquico. Un 50% había realizado alguna IVE. La serología positiva más frecuente para alguna ITS fue la del VHC en 8,9% de casos. En cuanto a la serología del VHB, un 53,3% del total presentaron susceptibilidad a contagiarse por el virus. El exudado vaginal y citología fueron patológicos en un 38,4% y un 36,5% respectivamente. Las prácticas más frecuentes en el último servicio y en la última semana coincidieron, fue la penetración vaginal más penetración oral en un 83,3% y 85,6% respectivamente. El preservativo se utilizó en el 97,5% de casos de penetración vaginal y oral del último servicio, y durante la última semana, en el 98,9% de las penetraciones vaginales y en el 95,1% de las orales. El porcentaje de rotura fue del 55,6%; de estas mujeres, un 77,6% no tomó la píldora postcoital. Un 61% del total, no utilizaba un método anticonceptivo adicional. Las mujeres que habían tenido una rotura del preservativo presentaban un riesgo 1,86 (IC95%: 1,147-3,042) veces superior de tener un exudado vaginal patológico que las que no la habían tenido.

Conclusiones: Las mujeres de este estudio son en su mayoría inmigrantes. Presentan características que permiten realizar medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Estas actividades deberían ir dirigidas a deshabitación tabáquica, uso adecuado del preservativo y de otras medidas de anticoncepción y acceso a la vacunación frente al virus de la hepatitis B.

1111. AYUDAS Y APOYOS RECIBIDOS POR LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

P. Gullón Tosio, A. Asúnsolo del Barco, E. Ojeda Ruiz, A. Tebar

Universidad de Alcalá.

Antecedentes/Objetivos: La planificación, regulación y provisión de ayudas a las personas con discapacidad en España depende de numerosos actores que deben garantizar la equidad en el acceso. El objetivo de este estudio es conocer la distribución de dichas ayudas entre las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA).

Métodos: Se ha utilizado como base de datos la Encuesta Nacional de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008), desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Dicha encuesta se realizó sobre el conjunto de personas mayores de 6 años que residen en viviendas familiares, en todo el territorio nacional, desde octubre de 2007 hasta febrero de 2008. El método de recogida de información fue el de entrevista personal en la vivienda. Se han definido como ayudas y apoyos recibidos las variables de: pertenencia a una ONG, obtención de prestaciones sanitarias, prestaciones económicas, indemnizaciones por daño corporal o responsabilidad civil o penal, beneficios fiscales y si recibe cuidados personales u otras ayudas públicas. Para cada una de ellas se ha realizado inicialmente un análisis descriptivo por Comunidades Autónomas y, posteriormente, un modelo de regresión logística considerando la obtención de la ayuda como variable dependiente y ajustando por edad, sexo, tipo de deficiencia y CCAA de residencia. Se ha considerado las siguientes

deficiencias: mentales, visuales, del oído, de lenguaje, habla y voz, osteoarticulares, del sistema nervioso, viscerales y otras deficiencias.

Resultados: El 41,2% de las personas con discapacidad recibieron algún tipo de prestación social o económica. Aproximadamente un tercio requirió atención médica o de enfermería y en torno al 10% recibieron algún tipo de prestación económica durante el último año. Se encontraron en estos porcentajes diferencias significativas entre las CCAA. Cuando se ajustaron los distintos tipos de ayudas en función de la edad, sexo y tipo de deficiencia, la CCAA de residencia resultó significativa en las obtención de prestaciones económicas, beneficios fiscales, cuidados personales o la pertenencia a una ONG, mientras que para las prestaciones sanitarias, indemnizaciones por daño corporal y responsabilidad civil o penal no se obtuvo significación por CCAA.

Conclusiones: En España, el acceso a prestaciones sanitarias o a indemnizaciones por daño corporal o responsabilidad civil o penal, no se ve condicionado por la CCAA de residencia, lo que no ocurre con otras prestaciones que reciben las personas con discapacidad. Se debería hacer un esfuerzo para que el desarrollo de las políticas de apoyo a las personas con discapacidad garantizaran la equidad en el acceso entre las diferentes CCAA.

381. DESIGUALDADES EN SALUD EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. PLANES DE INTERVENCIÓN

S. Borrás Pruneda

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: El reconocimiento progresivo de los determinantes sociales de la salud sobre las personas con discapacidad, como niveles de ingresos inferiores, peor accesibilidad al empleo y educación, aislamiento social y falta de apoyo (EDAD-2008) hace que las personas con discapacidad deban ser incluidas en las políticas de reducción de desigualdades en salud. Pero urge visibilizar aquellos factores específicos, como las barreras arquitectónicas, actitudes y falsas creencias en torno a la salud, que cursan en la discapacidad.

Métodos: En Andalucía se ponen en marcha en los años 2009 y 2011 dos planes de acción integral, dirigidos, el primero a las mujeres con discapacidad y el segundo a las personas con discapacidad, conteniendo ambos medidas en el ámbito de salud.

Resultados: Revisión bibliográfica donde se desvelan peores resultados en salud e infradiagnóstico de hallazgos que son independientes a la condición primaria de discapacidad (OMS, 2011), así como, en EEUU, tasas más elevadas de tabaquismo, dieta inadecuada y falta de actividad física, y menor prevalencia en el cribado de cáncer en mujeres con discapacidad. Sesiones de sensibilización de los profesionales de la Consejería de Salud. Reunión con responsables de los planes integrales de salud con objeto de introducir la perspectiva de discapacidad. Taller de trabajo conjunto "tabaquismo y discapacidad", con participación de asociaciones. Inclusión de las mujeres con discapacidad como susceptibles de atención especial en el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal, con apertura de una red de consultas gineco-obstétricas adaptadas. Consideración de la especial vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad en el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Fomento de la investigación.

Conclusiones: Se recomienda: la superación de modelos orientados a la rehabilitación, que aunque necesaria no es suficiente; incorporación de la perspectiva de discapacidad en todas las políticas; eliminación de las barreras físicas que dificultan la accesibilidad a los centros sanitarios y aparatos de diagnóstico; adaptación de la información sanitaria a formatos alternativos; realización de ajustes razonables en la gestión sanitaria; atención a la salud integral, con perspectiva de género y con accesibilidad a la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación; formación de los profesionales de la salud en materia de discapacidad, con inclusión de contenidos en los curri-

culums; participación de las personas con discapacidad en la toma de decisiones sobre su salud, de acuerdo con sus capacidades; incorporación de la variable discapacidad en los sistemas de vigilancia epidemiológica y sistemas de información; reconocimiento de la especial vulnerabilidad a sufrir maltrato y violencia de género.

649. POBLACIÓN INMIGRANTE POTENCIALMENTE EXCLUIDA DE COBERTURA SANITARIA: ESTADO DE SALUD, USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y GASTO FARMACÉUTICO

D. Álamo Junquera, N. Sala Real, J.P. Millet Vilanova, L.L. Ortega Gutiérrez, A. Planas Giner, D. Comet Jaumet

Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: La Ley General de Sanidad (1986) y el artículo 12.1 de la ley de Extranjería (LO 4/2000 y LO 2/2009) garantizaba que los ciudadanos extranjeros empadronados en un municipio de España, tenían derecho a las mismas condiciones de asistencia sanitaria gratuita y universal que los autóctonos. Con la entrada en vigor del Real Decreto-ley 12/2012 del 20 de abril, se limita la asistencia sanitaria a los que tengan residencia legal en el territorio nacional. Solo podrán recibir atención de urgencia los extranjeros no autorizados ni registrados como residentes excepto si son menores de 18 años o mujeres embarazadas, casos en que la atención queda cubierta. El objetivo del estudio es determinar el estado de salud y uso de los servicios sanitarios durante el año 2012 de los inmigrantes que quedarían con una cobertura sanitaria reducida a partir del RD12/2012 (casos) respecto a las personas que mantendrían su cobertura sanitaria (controles) en atención primaria (AP) del Institut Català de la Salut del territorio de la zona de la Cataluña central.

Métodos: Estudio observacional analítico tipo caso-control. Casos: personas asignadas a los equipos de atención primaria (AP) a partir de "Servicio de salud de origen", el documento de identidad diferente al DNI y edad ≥ 18 años. Se excluyeron las personas con domicilio fuera de la zona de estudio, difuntos, trasladados, los que tenían un grupo de garantía que daba cobertura sanitaria y los que tenían nacionalidad de un país perteneciente a la Unión Europea. $N = 353$. Controles: personas asignadas a los mismos equipos con DNI, de los mismos grupos de edad, sexo y zona geográfica que los casos $N = 353$. Se analizaron para ambos grupos uso de servicios sanitarios, morbilidad crónica y gasto farmacéutico.

Resultados: La media de visitas de AP en los casos es de 0,99 y en los controles 4,74. En los casos solo 5 personas están diagnosticadas de las patologías estudiadas, mientras que en los controles son 37 personas. El gasto mensual en prescripción farmacéutica en los casos es de 338,46 euros y en los controles 6.099,29 euros. La utilización de los servicios de salud, la morbilidad detectada y el gasto farmacéutico realizado por los casos fue menor que la de los controles.

Conclusiones: Esta medida no está justificada por razones médicas, económicas ni de eficiencia en el uso de recursos sanitarios. Puede provocar problemas de salud pública, y, de forma evidente, contribuir al riesgo de fractura social.

280. INTERVENCIONES EN MINORÍAS ÉTNICAS Y PERSONAS DE BAJO ESTATUS SOCIOECONÓMICO EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

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

CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Escuela Andaluza de Salud Pública; Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford.

Antecedentes/Objetivos: Analizar las características y efectividad de las intervenciones realizadas en el sistema sanitario en minorías

étnicas y personas de bajo estatus socioeconómico en la atención al trastorno depresivo mayor en los países de la OCDE con un sistema sanitario de cobertura poblacional.

Métodos: Se consultaron bases de datos como PubMed, Ovid, CINAH, Embase, Current Contents Connect, PsycInfo y Cochrane Library entre otras hasta Octubre de 2012. Se seleccionaron estudios con diseños experimentales y cuasi-experimentales donde interviniera el sistema sanitario. Se extrajo información referente al tipo de población, país, tipo de intervención o componentes de la intervención, entre otras características. La calidad metodológica de los estudios se evaluó mediante el "The Quality Assessment Tool for Quantitative Studies" (Thomas, Ciliska, Dobbins y Micucci, 2004).

Resultados: De las 2838 referencias recuperadas, cumplieron los criterios de inclusión 25 intervenciones. La mayoría de estos trabajos se publicaron en los años 2000, siendo EEUU el país donde se concentran la mayoría de ellos. Más de la mitad de las intervenciones utilizaron múltiples componentes como el collaborative care o disease management, combinado gestión de casos con psicoterapia y/o medicación. Por el contrario, aquellas intervenciones con un único componente se basaron fundamentalmente en la psicoterapia. En cuanto a la calidad metodológica de las intervenciones, un 92% de ellas obtuvieron una calidad metodológica media o alta. Los resultados del análisis de la efectividad indican que un 84% de las intervenciones son altamente o medianamente efectivas, obteniendo resultados positivos principalmente en el descenso de síntomas depresivos. Asimismo destacaron por su alta efectividad las intervenciones que estuvieron culturalmente adaptadas a las necesidades de la población.

Conclusiones: Atendiendo a los resultados, el tratamiento del trastorno depresivo mayor en minorías étnicas y personas de bajo estatus socioeconómico, es efectivo cuando se realiza desde intervenciones múltiples como el collaborative care o desde psicoterapias como la terapia cognitivo conductual o la terapia familiar. A su vez, obtienen resultados especialmente positivos aquellas intervenciones que están adaptadas a las necesidades de la población a la que se dirigen, apuntado a la posibilidad de que este tipo de intervenciones mejoren los resultados en el tratamiento de la depresión en poblaciones desfavorecidas.

Salud materno-infantil

Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 6

Modera: Eva María Navarrete Muñoz

1146. COGESTÃO NAS MATERNIDADES EM BUSCA DA EFETIVAÇÃO DE ESPAÇOS COLETIVOS E DEMOCRÁTICOS

A. Meneses de Amorim Gomes, R. Maerschner, J. Bezerra Portela de Deus, A.P. Pereira Morais, C. Carneiro, J.M. Ximenes Guimarães

UECE.

Antecedentes/Objetivos: Nas últimas décadas, a democratização dos serviços de saúde vem sendo estimulada por vários movimentos e estratégias de gestão, no entanto, prevalece no dia a dia dos serviços, o poder centralizado em gestores, excesso de formalização e um baixo grau de comunicação entre os atores sociais e nos distintos níveis hierárquicos, necessitando, portanto, da introdução de inovações nas formas de organização e de gestão do trabalho e, conse-

quentemente, nas maternidades. Objetiva analisar o desenvolvimento da cogestão em maternidades participantes do Plano de Qualificação das Maternidades, a partir do processo de experimentação do apoio institucional e das percepções das apoiadoras inseridas nestes contextos.

Métodos: Trata-se de pesquisa qualitativa realizada a partir do Processo de Intervenção-Formação desenvolvido no Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), regido pelo Ministério da Saúde, no período de 2009 a 2011, junto a 27 maternidades brasileiras, da Amazônia Legal e Nordeste brasileiro. Serão abordados os resultados referentes a cinco destas maternidades no tocante a implementação da diretriz cogestão integrante do Plano: três do Estado do Maranhão, uma no Piauí e uma em Rondônia.

Resultados: A implementação da diretriz cogestão no PQM conseguiu mobilizar os atores sociais na análise dos processos de trabalho, elaboração de projetos de intervenção com a efetiva mudança nas práticas de atenção e gestão nas maternidades favorecendo a autonomia, corresponsabilização, e o protagonismo para a produção do comum. A partir da indissociabilidade entre atenção e gestão, as apoiadoras exerceram a função de articular e favorecer pactos internos e externos, a criação de espaços de encontro que permitiram o diálogo entre os trabalhadores, gestores e usuários. Essa inclusão possibilitou que outros arranjos organizativos e a democracia se fortalecesse no ambiente organizacional, com mais participação de todos nas decisões, planejamento e avaliação. Além deste incremento da multidisciplinaridade pela criação de espaços de encontro, grupos de trabalho, que originaram grupidades mais solidárias, a perspectiva da intersetorialidade e da inserção da maternidade na rede de atenção à saúde, rompeu com o isolamento e firmou redes de comunicabilidade capazes de pensar e elaborar estratégias de enfrentamento dos problemas das mulheres grávidas e seus bebês na atenção ao parto e nascimento.

Conclusiones: Torna-se fundamental a continuidade deste processo e aplicação nas maternidades de todo o Brasil, para possibilitar a afirmação do SUS como política pública, democrática, solidária e inclusiva e redução da mortalidade materna e infantil elevando o patamar da qualidade do nascer em nosso País.

774. O ESTUDO DA MORBIDADE MATERNA NUMA MATERNIDADE PÚBLICA DE JOÃO PESSOA, BRAZIL

R.P. Figueiredo, R. Laurenti, N.A. Paes, C.S. Medeiros Paiva, E.S. Soares Sousa

Universidade de São Paulo; Universidade Federal da Paraíba.

Antecedentes/Objetivos: O estudo da morbidade materna contribui para um melhor entendimento do quadro da saúde materna e para o conhecimento dos problemas obstétricos que podem levar (ou não) ao internamento das gestantes. Os dados de morbidade materna são vitais para os gestores de políticas públicas de saúde, os quais precisam saber quantas mulheres necessitam de cuidados obstétricos básicos para tornar a gestação e o parto mais seguros. Objetivo: Estudar a morbidade materna e identificar puérperas com diagnósticos sugestivos de near miss em João Pessoa, Brasil.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal que fez parte de uma pesquisa maior sobre a morbimortalidade materna no país. Foi selecionada uma amostra de 414 puérperas por um processo de amostragem aleatória sistemático, cujos dados foram coletados, prospectivamente, de setembro a novembro de 2011, a partir dos prontuários clínicos e entrevistas complementares, numa maternidade pública de referência e acentuada demanda no município. A análise das puérperas foi descritiva, comparando-se as proporções em relação à presença ou não de diagnósticos sugestivos de near miss. Procedeu-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou Fisher para comparação.

Resultados: Foram estudadas 383 gestações que terminaram em parto. Entre as puérperas, predominou a faixa etária dos 20 aos 34 anos, cor parda, baixa escolaridade, baixa renda e sem ocupação formal no mercado de trabalho. Metade delas tiveram parto cesariano e 17% dos recém-nascidos apresentaram problemas de saúde. Foram identificadas as seguintes intercorrências no parto: lacerações do perinéu, hematomas, traumatismos, hemorragias e hipertensão. No puerpério, destacaram-se a pré-eclâmpsia grave, a hipertensão materna, as hemorragias do pós-parto e as infecções. Entre os 64 diagnósticos sugestivos de near miss, estão as síndromes hipertensivas (58%) e as síndromes hemorrágicas (32,8%). Na análise comparativa entre os grupos de puérperas com morbidades sugestivas e não sugestivas de near miss, as seguintes variáveis apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$): problemas de saúde na gestação anterior e atual, hipertensão, gestação de risco e uso de hipertensivos.

Conclusiones: O estudo permitiu conhecer as características maternas e a prevalência (15,7%) de morbidades sugestivas de near miss materna que ocorrem, seja no parto seja no puerpério. Ampliar o conhecimento sobre os aspectos que envolvem a morbidade materna torna-se crucial para o adequado enfrentamento de complicações no ciclo gravídico-puerperal, além de apoiar o Plano de Ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave.

399. PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PERINATAL DE LA CIUDAD DE GRANADA

G. Maroto Navarro, G. Pastor Moreno, R. Ocaña Riola, M.M. García Calvente, M. del Río Lozano, J. Marcos Marcos, V. Benítez Hidalgo, P. Gutiérrez Cuadra, M.T. Gijón Sánchez

Escuela Andaluza de Salud Pública; Universidad de Jaén; Universidad de Granada; Universidad de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: La implicación de los padres en el proceso de nacimiento y crianza supone un derecho, una oportunidad y una necesidad para reforzar la salud reproductiva de las mujeres y avanzar en igualdad de género. Recientemente se han puesto en marcha algunas estrategias nacionales para mejorar la calidad de la atención perinatal, encontrándose entre sus objetivos la promoción de una mayor participación masculina en los servicios sanitarios de atención perinatal. En este contexto resulta necesario conocer qué respuesta están teniendo los hombres a las oportunidades de participación brindadas desde tales servicios sanitarios durante el embarazo y parto.

Métodos: Estudio descriptivo transversal (2010-2011) con 150 hombres residentes en Granada, con al menos un hijo/a de 2 meses a 3 años de edad, nacido/a y seleccionado/a aleatoriamente de los hospitales de tal ciudad. Se administra un cuestionario estructurado mediante entrevista personal y se analizan descriptivamente los datos.

Resultados: Los padres asistieron en menor medida a sesiones de preparación al nacimiento (42,7%) que a controles de embarazo (90,7%). Fueron más los padres que estuvieron presentes en la sala de dilatación (85,2%) que en la sala de parto (63,6%), considerando que de estos últimos la mayor parte presenciaron un parto eutócico (92,6%) frente a los que estuvieron en un parto distócico (25,4%). El 72% participó en los primeros cuidados postparto del bebé.

Conclusiones: Ya en los años noventa algunos países europeos en vanguardia en igualdad de género superaban ampliamente las cifras aquí resultantes. Es importante el reto de los servicios sanitarios como agentes sociales para el fomento de la corresponsabilidad de género en el proceso de nacimiento y crianza. La preparación al nacimiento resulta una herramienta clave para la promoción de la posterior implicación masculina en la crianza. Hay un margen de mejora de

la atención perinatal en cuanto a la oferta de acompañamiento en cualquier tipo de parto, como indicador de la plena consideración de la figura paterna como copartícipe con derechos y obligaciones durante todo el proceso de nacimiento.

522. CRIBADO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EMBARAZADAS DE ORIGEN LATINOAMERICANO. BIZKAIA 2012

E. Hernández, V. de Castro, I. Aspiritxaga, N. Muniozguren

Subdirección de Salud Pública de Bizkaia.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad de Chagas, producida por el protozoo *Trypanosoma cruzi*, es endémica en países latinoamericanos, donde se transmite principalmente de forma vectorial por chinches triatomíneos. En países no endémicos, donde no existe el vector, el mecanismo de transmisión es fundamentalmente materno-fetal. Con el objetivo de diagnosticar y tratar la infección congénita, en 2011 se puso en marcha en Bizkaia un protocolo para detectar la infección de Chagas en las mujeres embarazadas procedentes de países endémicos.

Métodos: El cribado consiste en realizar serología de Chagas en el primer control de embarazo o, en su caso, el momento del parto. Los recién nacidos de madre con serología positiva se consideran infectados si se detecta el parásito mediante examen microscópico, prueba de PCR positiva o serología a los nueve meses positiva. Además, se propone la realización de serología a hijos anteriores de las mujeres con resultado positivo. A los niños infectados se indica el tratamiento, muy eficaz en la infección congénita (tasas de curación cercanas al 100%) y en niños (tasas de curación de hasta un 60%). La vigilancia epidemiológica se realiza a través de la declaración de los laboratorios de los hospitales de Basurto y Cruces y los clínicos que atienden a los afectados.

Resultados: En 2012 los laboratorios recibieron 529 peticiones analíticas de enfermedad de Chagas en embarazadas latinoamericanas. De las 429 con país de origen conocido (81%), el 37% es Bolivia, 15% Colombia y 15% Paraguay. Se notificaron 49 serologías positivas (9,26%): el 67% (33 casos) corresponden a mujeres de origen boliviano (20,9% seropositividad) y el resto se reparten entre Paraguay, Colombia, Nicaragua, Ecuador y Perú. Desconocemos el origen de 7 casos. Se estudiaron 24 recién nacidos, tres con resultado positivo a PCR (12,5%), que han recibido tratamiento, todos de madre boliviana. El seguimiento de las embarazadas identificadas en el cribado con serología positiva se completará cuando pasen nueve meses desde que nazca el último niño. Además, se estudiaron nueve hijos anteriores de las mujeres infectadas, uno de los cuales resultó positivo y la fue indicado tratamiento.

Conclusiones: El cribado de la enfermedad de Chagas en embarazadas permite la detección y tratamiento de la infección en los recién nacidos y en sus otros hijos, lo que evita en estos casos la progresión a enfermedad crónica. Ha habido una buena adherencia al protocolo durante su primer año y a la vista de los resultados, creemos que sería recomendable extender este protocolo a toda la CAPV.

866. LA INSTRUMENTACIÓN DEL PARTO EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS DESDE 1997 HASTA 2011

M. Rodríguez Suárez, L. Paredes Martínez, P. Margolles García, M. Margolles Martins

Universidad de Salamanca; UNED; Consejería de Sanidad de Asturias.

Antecedentes/Objetivos: La instrumentación en el parto permite ayudar a la extracción del feto ya encajado en la pelvis materna mediante diferentes instrumentos: fórceps, ventosa obstétrica, y otros

mecanismos como las espátulas. Los partos naturales instrumentados en España representan alrededor de un 15% del total de partos de un año según el Ministerio de Sanidad. Estos se sitúan por detrás del parto natural no instrumentado y la cesárea. Así mismo, el fórceps es el mecanismo con el cual se realizan la mayor parte de instrumentaciones obstétricas en España. El objetivo de este estudio es describir las diferentes variables epidemiológicas de los partos instrumentados en el Principado de Asturias desde el año 1997 hasta 2011.

Métodos: Estudio descriptivo que realiza un análisis de todos los partos naturales instrumentados realizados en el Principado de Asturias en el período comprendido entre el año 1997 al 2011 ambos inclusive. Se recogen del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) la totalidad de partos ocurridos en el Principado analizándose aquellos que requirieron una instrumentación. Se obtienen las frecuencias de partos instrumentados por hospital, tipo de instrumentación así como la tendencia en los 14 años.

Resultados: La cantidad de partos instrumentados en el Principado de Asturias durante dicho período ha sido de un 12,7% del total de partos que hubo en el Principado siendo en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) donde la tasa de instrumentación fue más elevada respecto al conjunto asturiano, un 16% del total, aunque debemos considerar que es el hospital de referencia de la CC.AA. Por el contrario, la tasa menor de partos instrumentados fue en el Hospital Carmen Severo y Ochoa de Cangas de Narcea, con una tasa de 2,48% del total. El tipo de instrumentación más utilizada en el Principado es la ventosa con un 83,3% del total, seguido del fórceps 14,87%. La tendencia de partos instrumentados en estos años ha sido creciente aunque se observa un ligero descenso de partos instrumentados durante el año 2006 con 894 partos instrumentados (8,2%) con respecto a los 1.279 del año 2011 (11,8%) donde se alcanza el punto más alto de instrumentación.

Conclusiones: Los partos instrumentados siguen una tendencia creciente en el Principado de Asturias frente a un estacionamiento en España. En el Principado el mecanismo más frecuente que dista bastante del resto es la ventosa frente a España que es el fórceps. Esta diferencia es positiva para el Principado ya que, según la evidencia científica el uso de la ventosa obstétrica en lugar de fórceps parece reducir la morbilidad materna y es más beneficioso para el recién nacido.

483. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PARTOS POR CESÁREA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS, 1997-2011

L. Paredes Martínez, P. Margolles García, M. Rodríguez Suárez, M. Margolles Martins

Universidad de Salamanca; UNED; Consejería de Sanidad de Asturias.

Antecedentes/Objetivos: En la actualidad, las tasas de cesáreas practicadas difieren bastante de las recomendaciones establecidas por la OMS en la Declaración de Fortaleza (1985). En ella, se indica que la tasa óptima por país varía del 10-15%. En el año 2005 la variabilidad se hace patente registrándose en Galicia alrededor de 40 cesáreas por cada 100 partos por vía vaginal frente al País Vasco con 16 (INE). A pesar de las ventajas que pueden llegar a tener, el uso de la cesárea somete a las madres y al neonato a riesgos físicos, psíquicos y afectivos. Una buena planificación sanitaria y de atención a la gestación hace que la necesidad de recurrir a las cesáreas se pueda mantener en los límites aconsejados. Este estudio tiene como objetivo describir las diferentes variables epidemiológicas de los partos por cesárea en el Principado de Asturias entre los años 1997 al 2011.

Métodos: Estudio descriptivo que analiza la totalidad de los partos realizados mediante cesárea en el Principado de Asturias duran-

te 14 años. Se recogen del CMBD todos los partos realizados Asturias entre 1997-2011 y se analizan todos aquellos con cesárea. Se calculan sus frecuencias, por edad, por tipo de procedimiento, por hospital, por diagnóstico de ingreso así como su evolución durante el período.

Resultados: Durante estos 14 años se han realizado en Asturias 14.115 cesáreas de un total de 85.160 partos, lo que supone un 16,6% del total de ellos. Un 39,1% fueron intervenciones programadas frente a un 60,9% que proceden del servicio de urgencias. Desde el 1997 hay una tendencia ascendente de la frecuencia, al igual que en España, hasta el año 2009, con la cifra más alta de cesáreas (1.440) que supone un 10,2% de ellas, para disminuir en los años 2010 y 2011. De entre los hospitales asturianos, los mayores niveles no se sitúan en los hospitales de referencia sino en pequeños o medios: lidera la tasa de cesáreas es el Hospital del Oriente con 24,2% del total de partos, seguido del Hospital San Agustín con 18,1% y a la cola se encuentra el Hospital Carmen y Severo Ochoa con 10,8%. La media de edad de las mujeres a las que se les practicó la cesárea es de 32,6 años (DE 5,25), una edad mínima de 14,2 y una máxima de 50,5 años. La estancia media de ingreso por la intervención fue de 5,6 días (DE 3,13), algo más que lo que requiere un parto vaginal normal.

Conclusiones: El estudio nos ha permitido conocer mejor las variables que acompañan a la cesárea en Asturias. Su tasa general supera ligeramente a la recomendada por la OMS aunque en los últimos dos años se note su descenso. Actualmente, se están estudiando los factores específicos que condicionan la realización de la cesárea a partir de los datos del CMBD con un análisis multivariante.

895. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA: HEMOCLASIFICACIÓN DE RECIÉN NACIDOS EN BOGOTÁ Y EL PAPEL DE LAS ESTADÍSTICAS VITALES EN LÍNEA EN COLOMBIA, 2009-2010

O. Segura

SMC-AS, Unidad de Investigaciones.

Antecedentes/Objetivos: En Colombia, la normativa relativa a la atención del recién nacido obliga a los servicios de salud a tomarles muestras de sangre para su hemoclasificación y para el tamizaje en busca de condiciones como hipotiroidismo congénito, sífilis (VDRL) o malaria. Desde 2009 empezó a operar un nuevo sistema digital online, el Registro Único de Afiliación en Salud, módulo de Nacimientos y Defunciones (RUA-F-ND), operado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) para el apoyo a la formulación de políticas en salud. El objetivo de este reporte fue describir y reportar la distribución de la hemoclasificación en recién nacidos de la ciudad de Bogotá (Colombia), durante el período 2009-2010.

Métodos: Análisis secundario a partir de datos procedentes del RUA-F-ND empleados en un estudio con enfoque cuantitativo en cohorte única ensamblada bajo circunstancia especial –nacimiento, para estudiar la relación entre (multi)paridad en adolescentes y adultas jóvenes y parto distócico ocurrida en Bogotá entre 2009-2010. Los datos fueron compilados en Microsoft Excel® 2007 usando formato de Valor Separado por Coma (CSV, Comma Separated Value) y analizados en EpiINFO 3.5.2 mediante estadística descriptiva. El análisis se acompañó de una búsqueda simple de literatura en MEDLINE 1966-2010 bajo los términos “ABO blood groups AND distribution AND Colombia”.

Resultados: Se totalizaron 101.484 registros de nacidos vivos, con 17.954 registros en 2009 (18%) y 83.530 (84%) en 2010. El tipo sanguíneo más frecuente fue O(+) en 2009 (11.102; 61,8%) y en 2010 (50.715; 60,7%), seguido del tipo A(+) en 2009 (4.385; 24,4%) y en 2010 (21.008; 25,2%). La frecuencia total del tipo AB(+) –receptor universal– fue 1,5% (2009: 250, 1,4%; 2010, 1.287, 1,5%); la del tipo O(–) –donante universal– fue 2,9%, (2009: 489, 2,7%; 2010: 2.501, 3,0%). Se encontra-

ron dos estudios descriptivos, relativos a población general y reclutas militares, publicados respectivamente en 1966 y 1970, exhibiendo distribuciones muy similares.

Conclusiones: Se confirmó el papel de las Estadísticas Vitales en línea, las cuales: a) complementan otros sistemas de vigilancia epidemiológica en la ciudad y en la nación, partes integrales del Sistema de Protección Social, SISPRO; b) permiten estudiar, por ejemplo, la distribución de hemoclasificación entre los habitantes de la ciudad, a partir de una base de datos poblacional; c) rompen una noción arraigada de unas estadísticas vitales tardías y falibles, para convertir las en instrumento de alerta y seguimiento tempranos; d) articulan los criterios médicos y epidemiológicos con el trabajo de los técnicos estadísticos en la interpretación de datos útiles para la toma de decisiones en Salud Pública.

393. IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL EN ANDALUCÍA Y MEJORA DE INDICADORES ASISTENCIALES

F.J. Pérez Ramos, G. Maroto Navarro, L. Aceituno Velasco, J. Aguayo Maldonado, J. Álvarez Aldeán, A. Caño Aguilar, B. Herrera Cabrerizo, A.I. Jiménez Moya, C. Velasco Juez

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; Escuela Andaluza de Salud Pública; Servicio Andaluz de Salud; Universidad de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: El Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal se está desarrollando desde 2006 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía con el objetivo de diseñar un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado, haciendo compatible el uso de tecnología, que garantiza la seguridad de madre y bebé, con la participación activa de las mujeres y sus parejas. Para su implementación se estableció un diseño basado en las siguientes estrategias: 1) presentación del mismo al equipo directivo de cada centro y servicio de obstetricia y pediatría; 2) realización de una jornada de trabajo con los profesionales de estos servicios; 3) apoyo económico para la mejora de estructuras y equipamiento; 4) programa de formación de profesionales. Además, cada centro, como requisito de incorporación al proyecto, tiene que diseñar y desarrollar un proyecto local de mejoras específicas en los ámbitos donde detecten necesidades de cambio. El objetivo de este trabajo es evaluar la evolución de una serie de indicadores de calidad en atención perinatal comparando los mismos pre y post implementación del proyecto.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se administra una encuesta que recoge algunos indicadores perinatales definidos ex profeso por el Proyecto, a 20 centros hospitalarios públicos. La información se recoge antes y después de la implementación del Proyecto en cada centro hospitalario en el período 2007-2011.

Resultados: Se analizan diversas categorías de indicadores perinatales, relativos a la asistencia obstétrica y neonatal. Los resultados muestran significativas mejoras en la mayoría de indicadores, expresadas en la diferencia porcentual media para cada uno de ellos. Algunos de los resultados pre y post implementación más relevantes: Acompañamiento durante el parto: 75-100%; Protocolo de acogida en partos: 41-95%; Protocolo de atención al parto actualizado: 50-74%; Protocolo de atención al dolor durante el parto: 18-58%; Episiotomías en parto eutócico: 40-25%; Amniorrhexis artificial: 50-25%; Posición no litotomía durante el parto: 1-22%; Pinzamiento tardío del cordón: 41-52%; Piel con piel tras el parto: 28-75%; Unidades neonatales de puertas abiertas: 30-90%; Cuidados Canguro Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: 15-61%.

Conclusiones: La implementación del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía se ha mostrado eficaz en la mejora de los indicadores de calidad recogidos en el mismo.

674. FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL. ANCASH, PERÚ

J.M. Ponce Loza, Y.M. Rodríguez Barreto, E.D. Melgarejo Valverde, D.G. Guibovich Arroyo

Universidad Nacional del Santa.

Antecedentes/Objetivos: En Perú, existe un alto porcentaje de partos institucionales, pero sigue habiendo una baja tasa de utilización de servicios para el control prenatal. Las estadísticas muestran grandes variaciones en los resultados maternos y perinatales a lo largo y ancho de nuestro país, particularmente en Ancash. El estudio, tiene como objetivo general conocer los factores de riesgo asociados al cumplimiento del control prenatal, en gestantes que acudieron a los establecimientos de salud de la provincia del Santa, Región Ancash en 2009 - 2010.

Métodos: Diseño descriptivo correlacional, desarrollado en los establecimientos de salud de la provincia del Santa, particularmente en los Servicios de Control Prenatal del Ministerio de Salud de los Distritos de Chimbote, Nuevo Chimbote y Santa de la Región Ancash. De la población de 1407 gestantes, se obtuvo una muestra igual a 262 gestantes, según método muestral estratificado y aleatorio simple. El procesamiento y el análisis estadístico se realizaron en el software Especializado de Estadística y Epidemiología EPIINFO.

Resultados: El 60% de gestantes no cumplen con el control prenatal. Las variables que están asociadas al incumplimiento son: El menor grado de instrucción ($p = 0,0003$), la ocupación independiente y ama de casa ($p = 0,0015$), menor ingreso económico ($p = 0,0000000$), edad menor de 20 años ($OR = 4,0$, $IC95\% 1,9 < OR < 10,1$), estado civil soltera ($OR = 3,0$, $IC95\% 1,5 < OR < 7,3$), procedencia de la sierra ($OR = 1,69$, $IC95\% 1,0 < OR < 2,78$), nivel de conocimiento inadecuado sobre control prenatal ($OR = 2,27$, $IC95\% 1,3 < OR < 3,7$).

Conclusiones: Existen factores de riesgo externos, demográficos, económicos y culturales que se asocian con el incumplimiento del control prenatal.

881. BIENESTAR MATERNO EN DOS MODELOS DE ATENCIÓN DEL PARTO EN LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA, CHILE

X. Ossa, C. Alegría, C. Coronado, A. Marín, L. Bustos

Universidad de La Frontera.

Antecedentes/Objetivos: En Chile, la atención profesional del parto es cercana al 100%, pero existen dos modelos distintos de atención en los Hospitales: uno con enfoque biomédico y otro con perspectiva humanizada (recomendado por la Organización Mundial de la Salud). El bienestar percibido por las mujeres (aspecto profundamente ligado a salud) en el primer modelo puede no diferir del otro si las madres no han vivido una experiencia mejor previamente. Se plantea el objetivo de comparar el nivel de bienestar durante el proceso del parto en dos hospitales con modelos distintos y los factores que influyen en este estado.

Métodos: Estudio de corte transversal en una muestra aleatoria de 300 púerperas (78,7%) de hospital con modelo biomédico y 81 (21,3%) de hospital con modelo humanizado, elegidas proporcionalmente por número de partos anuales. Se aplicó un cuestionario socio demográfico y la Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto (EBMSP), validada para el país (Uribe et al, 2008). La medición fue realizada durante el segundo día post-parto. Se estimaron tres niveles de bienestar (óptimo, adecuado y malestar) y comparación por hospital (χ^2). Se evaluaron otros factores intervinientes (ingresos, escolaridad, etnia, procedencia, edad, paridad de la madre) en el promedio de la escala (Ttest). Se analizaron los promedios más altos y bajos por ítem de la escala.

Resultados: Sólo 59,6% de las puérperas en general percibió bienestar óptimo y adecuado durante el proceso del parto. En el modelo con enfoque humanizado se observó una proporción significativamente mayor de bienestar que en el otro modelo (88,9% vs 51,7%). La escolaridad tiene una asociación inversamente proporcional al promedio del puntaje de la EBMS. Los otros factores no fueron influyentes. Lo peor evaluado fue la infraestructura y lo relacionado con la atención personalizada. Lo mejor estuvo relacionado con el tiempo y oportunidad de apego de la diada en el post-parto y la higiene.

Conclusiones: El bienestar en el parto puede ser influido por variables muy personales que tienen relación con la esfera emocional, sin embargo, el modelo de atención aporta a la salud durante el proceso sin requerir costos adicionales en la atención. Algunos factores mal evaluados son atribuibles al trato personalizado y factible de mejorar por parte de los profesionales de salud. Una mejor educación hace probablemente más exigente los estándares de bienestar. Las mujeres esperan poder tomar decisiones en la forma cómo tener sus hijos y tener una atención de salud más acorde a un proceso natural que a un evento patológico.

996. ICTERÍCIA COM NECESSIDADE DE FOTOTERAPIA ASSOCIA-SE A PERDA DE PESO NEONATAL EXCESSIVA

M.J. Fonseca, M. Severo, H. Barros, A.C. Santos

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto; Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: Nos primeiros dias de vida, os recém-nascidos perdem 5,7% a 6,6% do peso à nascença. Apesar de perdas de peso excessivas ou insuficientes se associarem a complicações de saúde, pouco se sabe sobre os seus determinantes. O nosso objetivo foi estudar os determinantes das mudanças de peso no período neonatal, nomeadamente a perda de peso excessiva ou insuficiente, nas primeiras 96 horas de vida.

Métodos: A Geração XXI inclui 8.647 crianças recrutadas em 2005/2006 nos 5 hospitais públicos com maternidade do Porto. A informação foi recolhida através de um questionário estruturado feito por entrevistadores treinados, após o parto durante o internamento, e adicionalmente retirada dos processos clínicos, incluindo o peso à nascença. O peso do recém-nascido no período neonatal foi medido pelos entrevistadores e restringimos a análise àqueles pesados até às 96 horas de vida. A mudança de peso neonatal foi estimada de acordo com a fórmula (peso – peso à nascença)/peso à nascença 100 e ajustada para a idade do recém-nascido em horas. Esta variável foi categorizada em perda de peso neonatal excessiva (abaixo do percentil 10 da distribuição da perda de peso: $\leq -9,4\%$), normal (entre os percentis 10 e 90: $-9,3\%$ a $-4,2\%$) e insuficiente (acima do percentil 90: $\geq -4,1\%$, incluindo aqueles que não perderam peso). Para este estudo, considerámos uma subamostra de 1288 recém-nascidos de termo, de gravidezes de feto único e sem malformações congénitas. As associações foram estimadas através de odds ratios (OR) e seus intervalos de confiança (IC) a 95%, calculados por modelos de regressão multinomial.

Resultados: Após ajuste, a perda de peso neonatal excessiva associou-se com a idade materna (OR = 3,32 IC95% 1,19-9,25 ≥ 40 vs 18-29 anos), tipo de parto (OR = 2,42 IC95% 1,12-5,23 cesariana vs vaginal) e icterícia com necessidade de fototerapia (OR = 1,69 IC95% 1,00-2,87 com vs sem). A paridade ficou no limiar da significância estatística (OR = 1,47 IC95% 0,94-2,31 primíparas vs múltiplas). A perda de peso neonatal insuficiente associou-se com a idade materna (OR = 0,60 IC95% 0,36-0,99 30-34 vs 18-29 anos), peso à nascença (OR = 2,68 IC95% 1,13-6,33 baixo vs normal) e tipo de alimentação (OR = 1,74 IC95% 1,13-2,66 fórmula/misto vs leite materno).

Conclusiones: A perda de peso neonatal excessiva associou-se com características maternas e do parto. A icterícia com necessidade de fototerapia nunca tinha sido estudada em relação à perda de peso neonatal e apresentou-se como um factor de risco para a perda excessiva. A perda de peso neonatal insuficiente provavelmente reflete a alimentação do recém-nascido e um catch-up growth precoce.

1155. PATOLOGIAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES ENTRE ADOLESCENTES ATENDIDAS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO NORDESTE DO BRASIL

M.Â. Fernandes Ferreira, D. Azevedo de Oliveira, M. Paulino Rodrigues, A.M. Oliveira Dos Santos, R.C. Machado Sobral

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Antecedentes/Objetivos: O presente estudo objetivou identificar as principais alterações ginecológicas em adolescentes assistidas em um Centro de Referência em Saúde Reprodutiva e Ginecológica na cidade de Natal/RN – Brasil.

Métodos: Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo seccional. Os dados foram coletados através dos resultados de exames citopatológicos nos prontuários de 318 adolescentes na faixa etária entre 12 a 19 anos no período de maio de 2011 a junho de 2012.

Resultados: Após a análise estatística descritiva chegaram-se aos seguintes resultados: 43% apresentam lactobacilos como achado microbiológico, 20% para bacilos supracitoplasmáticos e 15% para cocos/bacilos, indicando alterações favoráveis a processos de vaginose bacterianas. Com relação às atipias celulares, 15% apresentaram tecido metaplásico em seus resultados, porém, 2,5% estavam relacionados à trichomoníase mostrando associação com a lesão intra-epitelial de baixo grau (LIEBG). Já a LIEBG foi encontrada em 5% do total de adolescentes, sugerindo o contato sexual desprotegido, favorecendo o contágio pelo HPV, um dos determinantes das lesões precursoras do câncer cervical.

Conclusiones: Faz-se necessário, portanto, realizar processos de educação em saúde sexual junto as adolescente para favorecer uma tomada de consciência e assim diminuir o comportamento de risco e consequentemente a doenças sexualmente transmissíveis.

764. SIGNIFICADOS DA PARENTALIDADE EM CASAIS INFÉRTEIS E JOVENS ADULTOS PORTUGUESES, POR SEXO

C. Samorinha, E. Ramos, S. Silva

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto; Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: O estudo dos significados da parentalidade pode contribuir para delinear estratégias de educação para a saúde que atenuem a estigmatização da infertilidade. Os instrumentos para os medir são escassos, têm sido aplicados apenas em pessoas inférteis e não estão validados para Portugal. Este estudo teve como objetivo validar um instrumento para avaliar os significados da parentalidade em casais inférteis e jovens adultos portugueses.

Métodos: A amostra é constituída por 149 casais inférteis, recrutados em 2011 e 2012 num hospital do Porto, Portugal, e por 171 jovens adultos sem filhos (80 raparigas e 91 rapazes) de uma coorte de base populacional de adolescentes nascidos em 1990 e recrutados aos 13 anos em escolas públicas e privadas da cidade do Porto (EPI-Teen) e reavaliados aos 22 anos. Recolheram-se dados sociodemográficos e foi autoaplicada a “Meaning of Parenthood Scale”, após tradução-retroversão para língua portuguesa. Esta escala é consti-

tuída por 9 itens, de resposta tipo Likert (5 pontos), e avalia a concordância com normas individuais e sociais atribuídas à parentalidade. Utilizou-se análise fatorial exploratória, com rotação varimax, para identificar o número de fatores e os itens correspondentes, e o alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna. Foram comparadas as médias do valor total da escala, por sexo e por amostras, usando o teste de Mann-Whitney.

Resultados: A análise e o critério teórico identificaram dois fatores: “filhos como expectativa individual e conjugal” e “filhos como expectativa social”, explicando 59% da variância nas mulheres e 49% nos homens inférteis e, nos jovens adultos, 53% nas mulheres e 51% nos homens. Os itens apresentaram um alfa de cronbach entre 0,72 e 0,83. Nos homens, em ambas as amostras, os itens distribuem-se de igual forma pelos dois fatores. Nas mulheres, os itens “Ter filhos é a função mais importante do casamento” e “Ser mãe torna a mulher verdadeiramente mulher” agregam-se na expectativa social nas jovens adultas, mas na “expectativa individual e conjugal” nas mulheres inférteis, apresentando estas últimas uma agregação igual à dos homens. A média (desvio-padrão) dos valores foi significativamente maior nos homens [3,18 (0,92) vs 2,95 (1,06), $p < 0,001$] e nos casais inférteis [3,17 (1,11) vs 2,87 (0,72), $p < 0,001$].

Conclusiones: A versão portuguesa da escala “Meaning of Parenthood” apresenta boas características psicométricas para avaliar os significados da parentalidade em casais inférteis e jovens adultos. Observou-se maior concordância com as normas associadas à parentalidade nos casais inférteis e nos homens.

Investigación de brotes

Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 7

Moderadora: Natalia Cabrera

132. BROTE DE LEGIONELOSIS EN UN HOTEL-BALNEARIO DE BIZKAIA

I. Aspirtxaga Gamarra, M. Etxeberria Aguirresarobe,
I. García Robles, C. Pelaz Antolín

Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia; Sanidad Ambiental de Álava; Laboratorio de Salud Pública; Laboratorio de Legionella, Centro Nacional de Microbiología, ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: En 2006 se produjo un brote en el balneario causado por Legionella pneumophila. En los controles de seguimiento, en mayo y noviembre de 2012 se detectó L. pneumophila por lo que se tomaron medidas correctoras. El 8 y 9 de enero de 2013 se declararon 2 casos en 2 hombres que habían acudido al hotel-balneario entre el 23 y 27 de diciembre. Se procedió al cierre cautelar el 10 de enero. El 14 de enero se conoció el caso de un hombre residente cerca del balneario con inicio de síntomas el 10 de enero y que falleció sin realizar la encuesta.

Métodos: Se alertó a los hospitales para extremar la sospecha diagnóstica. Se realizó encuesta telefónica a usuarios y trabajadores del balneario entre el 15 de diciembre y 10 de enero. Se realizó la inspección de las instalaciones y se recogieron 12 muestras de agua. Se compararon los resultados actuales con los del año 2006 y lo hallado en 2012.

Resultados: Se detectaron 3 casos confirmados por Ag en orina y uno, el paciente que falleció, por cultivo de la bacteria en esputo. No se detectaron nuevos casos en la encuesta a 307 huéspedes y 55 trabajadores. De las 12 muestras ambientales, dos, la de retorno y la del agua caliente sanitaria (ACS) de la habitación de un caso, resultaron positivas a L. pneumophila SG1. La muestra de agua del domicilio del caso 3 fue negativa. En el estudio comparativo de los genotipos de cepas mediante la técnica rep_PCR (Diversilab) de las bacterias de 2012 y 2013 tanto humanas como ambientales presentaron un mismo perfil, con un grado de similitud entre 98,6 y 99,4% por esto se concluyó que se trataba de la misma cepa. La caracterización de las cepas (ambientales y humana) dio como resultado: L. pneumophila SG 1 Pontiac (Allentown/France), SBT:ST 23 (2,3,9,10,2,1,6), idénticas a las del brote de 2006. Tras las distintas correcciones de la red en el muestreo del 20 de febrero, la muestra del retorno resultó positiva por lo que se propone la renovación total de la tubería de la red.

Conclusiones: Se ha producido un nuevo brote en el establecimiento afectado en 2006. Dos casos han permanecido en el hotel-balneario entre 19 y 27 de diciembre de 2012. El caso 3 ni se alojó ni utilizó las instalaciones del balneario, aunque podía haber acudido a la cafetería. Los resultados microbiológicos indican que el punto ambiental de donde procede la cepa ambiental estudiada pudo ser el origen de la infección del caso 3. Las dos cepas (ambiental y clínica) actuales son idénticas a las del brote de 2006 y a tres muestras recogidas en 2012 lo que demuestra la presencia de esta cepa en la instalación y la capacidad de producir casos.

290. BROTE POR SALMONELLA BRAENDERUP EN MURCIA

D. Fenoll, J.L. García, E. González, P. Jiménez, A. Royuela,
M. Villanueva, P. Balanza, V. García, G. Martínez

Concejalía de Sanidad de Murcia; Consejería de Sanidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: El 17/8/12 un Centro de Salud declaró una toxiinfección alimentaria en una familia que consumió alimentos el 15 en una reunión al aire libre de ciudadanos sudamericanos, en la que puestos ambulantes no autorizados vendían comida. Tras contactar con los hospitales recibimos listados de atendidos por gastroenteritis.

Métodos: Se definió como caso a enfermos de gastroenteritis que comieron en la reunión, se realizó estudio descriptivo encuestando a 73 enfermos y 6 familiares sanos, se recogieron materias primas utilizadas (huevos), se hizo control de manipuladores, análisis de muestras clínicas de enfermos y actuación veterinaria en granjas de la zona de origen de los huevos.

Resultados: Por el tipo de celebración sólo obtuvimos relación de afectados que acudían a los centros sanitarios. Todos los enfermos consumieron los días 15 y 17 alimentos que se compraron en uno de los puestos ambulantes. La mediana del periodo de incubación fue 10 horas, los síntomas principales fueron dolor abdominal (100%), diarrea (98%) y fiebre (94%); la media de edad fue de 24 años, el 53% eran mujeres; un 24% necesitaron ingreso hospitalario. De los alimentos consumidos el pincho de carne y la mayonesa eran los que tenían mayor tasa de ataque (97%) y riesgo atribuible. Tras intensa búsqueda el día 23 se localizó a la manipuladora que refirió que elaboró la mayonesa en su domicilio, la transportó a temperatura ambiente y la mantuvo con hielo; ella misma resultó afectada al comer espaguetis con huevo el 16. Aunque no quedaban restos de alimentos se recogieron en su domicilio 8 huevos del mismo lote que los utilizados en la elaboración de la mayonesa. Los coprocultivos de enfermos, uno del control de la manipuladora y el cultivo del lavado de la cáscara de dos huevos (interior negativo) fueron positivos a Salmonella serogrupo C. Estas cepas fueron remitidas al Laboratorio

de Enterobacterias del Instituto de Salud Carlos III, donde se describieron como *Salmonella enterica* subespecie *enterica* I serotipo Braenderup 6,7:e,h:e,n,z15; muy poco frecuente en alimentos de consumo humano (1,66%) y en aislamientos clínicos (0,27%). Se inspeccionaron varias granjas avícolas y sus centros de embalaje de huevos, estableciendo un plan específico de control de *S. Braenderup* con muestreo representativo de huevos, superficies y equipos, ésta se aisló en una granja lo que llevó a prohibirles la venta de huevos frescos, sacrificándose las gallinas.

Conclusiones: En brotes en los que están implicados huevos es necesario recoger los datos de trazabilidad que identifiquen la granja para adoptar medidas que disminuyan los casos de Salmoneosis. Recomendamos un mayor control de los puestos de venta ambulante y analizar no sólo el interior sino también la cáscara de los huevos.

901. BROTE COMUNITARIO DE QUERATOCONJUNTIVITIS EN UN CENTRO GERIÁTRICO DE LEGANÉS

M.S. París Pérez, N. Sánchez Marín, L. Moratilla Monzó, A.M. Martínez Serrano

Hospital Severo Ochoa de Leganés; Salud Pública, Área Territorial.

Antecedentes/Objetivos: La conjuntivitis epidémica causada por adenovirus afecta generalmente a ambos ojos y se asocia en un 50% de los casos a queratitis. Puede ser esporádica o asociada a brotes en instituciones cerradas. Se transmite por contacto directo a través de secreciones oculares de los pacientes infectados u objetos contaminados. La transmisión se realiza básicamente a través de las manos del personal sanitario y de los propios pacientes. El objetivo del estudio es la descripción de un brote de conjuntivitis epidémica en un centro geriátrico de Leganés.

Métodos: Descripción del brote, definición del caso clínico e investigación epidemiológica mediante encuesta.

Resultados: Entre el 05/01 y el 28/02 del 2013 se diagnosticaron un total de 49 casos de conjuntivitis correspondientes a 47 pacientes; 40 residentes del centro y 7 trabajadores. El diagnóstico fue clínico en todos los casos y en el 100% de las ocasiones lo realizó el propio médico de la residencia. El inicio del brote fue el 5 de enero con dos picos de incidencia: los días 25 de enero y 26 de febrero. El día de la notificación del brote había 11 casos identificados. La edad media de los afectados fue de 80 años, rango entre 37 y 98 años. En 45 casos el tratamiento se instauró el mismo día del diagnóstico y la demora máxima fue de 3 días en uno de los casos. Dos pacientes presentaron reinfección y dos queratitis. Se tomaron un total de 9 muestras en 6 pacientes el resultado fue estéril y no válido en 3. El 57,1% de los pacientes precisó revisión por un oftalmólogo del hospital que ajustó el tratamiento. Los síntomas mayoritarios fueron: hiperemia (96%) secreción (85,7%) y edema (67,3%). La afectación ocular fue bilateral en el 91,8% de los casos. La mayoría de los pacientes afectados eran dependientes: el 83,3% tenían incontinencia urinaria y el 81% precisaban ayuda para ir al baño. Desde Salud Pública se incidió en la difusión y aplicación de medidas concretas de higiene y desinfección, así como de aislamiento de los pacientes e indicación de baja laboral para el personal sanitario para el abordaje correcto del brote.

Conclusiones: Recomendaciones: debido a la elevada morbilidad y contagiosidad asociada a los brotes de queratoconjuntivitis epidémica, desde Salud Pública se recomienda la aplicación exhaustiva de las medidas protocolizadas de higiene y desinfección de superficies con lejía así como las relativas al aislamiento de contacto con especial atención a la correcta higiene de manos antes y después de la utilización de guantes, siendo prioritario el control temprano de la diseminación del mismo.

7. BROTE DE ENFERMEDAD BOCA-MANO-PIE POR VIRUS COXSACKIE A6 EN NAVALMORAL DE LA MATA

E. Jiménez González de Buitrago, P. Aguirre Bernat, L.M. Pérez Escanilla, M.T. Laso Martínez, D. Rodríguez Ares, J.L. Cordero Carrasco

Salud Pública, Dirección de Salud de Navalmoral de la Mata; Microbiología, Hospital Campo Arañuelo; Dirección General de Salud Pública, SES.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad boca-mano-pie es una infección viral caracterizada por la aparición de vesículas en las zonas palmoplantares y en la mucosa oral, acompañado de fiebre, anorexia, y algunas veces linfadenopatías, diarreas, náuseas y vómitos. Afecta principalmente a niños, y raramente provoca complicaciones. Tiene como principal agente causal al enterovirus Coxsackie A16, aunque también se han descrito casos asociados al enterovirus 71, y más raramente a otros Coxsackievirus (A5, A9, A10, B2 y B5). El objetivo de este trabajo es describir un brote de enfermedad boca-mano-pie declarado en el municipio de Navalmoral de la Mata (Cáceres) en noviembre de 2012.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal. A partir de la notificación de 3 casos en la consulta de pediatría de AP se declara el brote y se inicia búsqueda activa de casos e investigación epidemiológica. Se recogen variables sociodemográficas (incluyendo lugar de estudios) y de frecuencia de síntomas. Se recogen muestras biológicas para identificación del agente causal.

Resultados: El brote ha tenido un total de 43 casos, todos ellos menores de 5 años. El primer caso inicia síntomas el 30/10/12 y el último caso el 07/12/12. El 41,9% son niñas y el 58,1% niños. La mediana de edad es de 22,60 meses (RIQ (P25 -P75) = 17,87-28,17). La curva epidémica muestra un comportamiento en forma de ondas, típico de enfermedades con cortos periodos de incubación y elevadas tasas de transmisibilidad, y con un desplazamiento a la derecha que refleja que la fuente común se ha mantenido en el tiempo. Apenas 3 niños tienen edad escolar (3 años o más). El resto son niños de 0 a 2 años; la mayor parte de ellos comparte guardería con otros casos; sólo 2 casos no acuden a ninguna guardería pero tienen vínculo familiar con algún caso. La sintomatología coincide con la clásicamente descrita para esta enfermedad si bien algunos casos presentan lesiones papulovesiculares en otras localizaciones no tan típicas (espalda, abdomen, piernas, brazos y cuero cabelludo). En las muestras de heces y exudado faríngeo recogidas para análisis microbiológico se ha aislado el mismo virus: enterovirus Coxsackie A6. El Coxsackie A6 es un serotipo que generalmente se ha asociado a la herpangina pero raramente se ha descrito como agente causal de la enfermedad boca-mano-pie, a parte de un brote ocurrido en Finlandia en 2008.

Conclusiones: Este brote pone de manifiesto la importancia del virus Coxsackie A6 como causa primaria emergente de enfermedad boca-mano-pie a tener en cuenta.

496. BROTE DE SARAMPIÓN DE ÁMBITO COMUNITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID CON ALTA IMPLICACIÓN DE POBLACIÓN DE ETNIA GITANA Y DE ADULTOS JÓVENES

L. García Comas, I. Rodero Garduño, A. Arce Arnáez, M. Ordozabal Gavín, J.C. Sanz Moreno, E. Rodríguez Baena, E. Córdoba Deorador, E. Gil Montalbán, S. Jiménez Bueno

Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, Servicio de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: A pesar de la elevada cobertura vacunal con triple vírica (TV), en la Comunidad de Madrid se observó un incremento de casos en febrero de 2011 que se prolongó hasta el 31 de

julio de 2012. El objetivo de este estudio es describir la incidencia y las características de los casos asociados a este brote de ámbito comunitario.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de sarampión notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica. Las variables analizadas son: clasificación diagnóstica, fecha del exantema, edad, etnia, asociación a otro caso, genotipo, complicaciones, hospitalización y vacunación.

Resultados: Se han detectado 802 casos, de los que el 83,2% se han confirmado por laboratorio y el 5,9% por vínculo epidemiológico. El genotipo predominante ha sido el D4. El 35,4% de los casos son de etnia gitana. El rango de edad es de 15 días a 55 años. Entre los casos de etnia no gitana predominan los de 6 a 15 meses y 26 a 35 años de edad, mientras que entre los de etnia gitana predominan los de 16 meses a 20 años. El 58,0% están agrupados en 89 agregaciones. Se han identificado 4 agregaciones de ámbito comunitario, con predominio de casos de etnia gitana. El de mayor magnitud ha generado 134 casos. Se han identificado 13 agregaciones en escuelas infantiles y 63 agregaciones familiares. Se han producido 24 casos en trabajadores de centros sanitarios. El 20,8% ha requerido ingreso hospitalario. El 11,2% ha presentado complicaciones. Las complicaciones más frecuentes son neumonía y hepatitis aguda. Se han producido 35 casos en personas con vacunación documentada. El 29,5% de los casos que no son de etnia gitana y el 84,1% de los que sí lo son no estaban correctamente vacunados para su edad. Las medidas de control incluyeron la información a los centros sanitarios, adelanto de la primera dosis de TV a los 12 meses, captación activa de niños de 12 meses-4 años no vacunados, difusión de nota informativa dirigida a padres de niños del primer ciclo de educación infantil sobre la importancia de la vacunación y estrategias de prevención dirigidas a grupos específicos (trabajadores de centros sanitarios y población de etnia gitana).

Conclusiones: La situación descrita muestra cómo el sarampión puede reaparecer en un lugar en el que ya se había eliminado. Es necesario mantener una elevada cobertura vacunal con 2 dosis de triple vírica e intensificar las medidas para garantizar la vacunación de los grupos de susceptibles identificados (personas de etnia gitana y adultos jóvenes).

615. BROTES DE SARAMPIÓN EN CANARIAS 2001-2012. EL PAPEL DE LOS SANITARIOS

A. García Rojas, P. García Castellano, N. Abadía Benítez, P. Matute Cruz, D. Núñez Gallo, D. Trujillo Herrera, J. Solís Romero, C. Pérez González, F. Ariles Campelo

Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública de Canarias; Servicio de Microbiología, Hospital de Gran Canaria.

Antecedentes/Objetivos: Se presenta una evaluación de los brotes de sarampión verificados en Canarias durante el periodo temporal 2001-2013, y el papel desempeñado por los sanitarios como expansores del problema.

Métodos: Se analizaron los brotes de esta enfermedad notificados a la Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica desde las 0 horas del 1 de enero de 2001 a las 24 horas del 31 de diciembre de 2012. La información analizada se obtuvo de una ficha epidemiológica específica establecida en el Plan. Las variables analizadas fueron, número de casos confirmados, descartados y compatibles, fecha de inicio de los síntomas, isla de declaración, antecedentes de vacunación con triple vírica o sarampión monovalente y muestras obtenidas.

Resultados: Durante el periodo analizado se notificaron un total de 223 casos de los que 215 (96%) fueron clasificados por laboratorio o confirmados por vínculo epidemiológico. Se verificaron seis

brotes epidémicos, dos en 2006, uno de ámbito comunitario en la isla de Gran Canaria con 14 casos confirmados y uno compatible, de los cuales 5 eran sanitarios, y otro de ámbito familiar en la isla de Tenerife, con tres hermanos, turistas alemanes, afectados. Otros dos brotes se verificaron en el mes de abril de 2010, uno en la isla de Fuerteventura con tres casos vinculados epidemiológicamente, uno de los cuales era sanitario y otro en la de Lanzarote de ámbito familiar, con dos casos (madre e hijo). Un quinto brote se verificó entre marzo-julio de 2011 en Tenerife con 46 casos confirmados. El centro nodal del brote fue un establecimiento hospitalario, y el 82% de los enfermos fueron personal sanitario, sus familiares y visitantes del hospital. El último brote se notificó en Lanzarote en 2012 con un total de 14 casos confirmado. El 46% de los casos fueron sanitarios.

Conclusiones: Las medidas de intervención establecidas en todos los brotes fueron actuación inmediata ante sospecha diagnóstica, con notificación urgente, aislamiento de los casos, recogida de muestras y vacunación inmediata de los contactos susceptibles. Dado el papel principal desarrollados por los sanitarios en varios de estos brotes, se reforzó la recomendación de que todos los que no estuvieran vacunados o no recordaran haber pasado la enfermedad con anterioridad, especialmente a aquellos con edades incluidas dentro del perfil de mayor susceptibilidad que la encuesta nacional de seroprevalencia había puesto de manifiesto, se vacunaran con triple vírica.

209. BROTE DE SARAMPIÓN EN UN ÁREA DE LA COMUNIDAD DE MADRID CON CASOS EN POBLACIÓN DE ETNIA GITANA

E. Rodríguez Baena, E. Córdoba Deorador, M. García Barquero, S. Sánchez Buenosdías, J. López Limiñana, I. Rodero Garduño

Subdirección General de Prevención y Promoción; Dirección General de Atención Primaria; Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Se describen las características epidemiológicas de los casos de sarampión de la zona sureste (área 1) de la CM, desde mayo de 2011 hasta el último caso en junio del 2012, y las actuaciones dirigidas a prevenir la transmisión de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos notificados. Se analizan variables recogidas mediante encuesta epidemiológica, revisión de historias clínicas, datos de laboratorio e intervenciones realizadas para su control. Se sigue el Plan de Eliminación del Sarampión, Rubéola y SRC.

Resultados: Se han notificado 251 de casos, el 55,4% de etnia gitana. En población no gitana el 28,6% son menores de 11 meses, y el 18% tiene entre 31 a 35 años, mediana 19 y rango de 4 meses a 54 años. En población gitana el 93,5% es menor de 25 años, mediana 8 años y rango de 15 días a 32 años. No hay diferencias en cuanto a sexo. El 75% de los casos han aparecido en el distrito de Vallecas (56,53 casos por 100.000 habitantes). En 185 casos (73,7%) consta vínculo epidemiológico; entre la población gitana, es el 97,1%, donde la transmisión se facilita por fuertes relaciones familiares y reuniones. Han aparecido 6 brotes en escuelas infantiles con 26 casos, dos brotes en centros sanitarios, un brote en un centro de menores, y un brote laboral. Han requerido ingreso hospitalario el 17,5%, uno de ellos en UCI. Constan tres abortos y la muerte de un recién nacido prematuro. El 2% de los casos tenía documentada una dosis de TV y un caso con dos. Se han realizado actuaciones comunitarias en un asentamiento, en la comunidad gitana, en seis escuelas infantiles y tres colegios (vacunación en el mismo centro) y se ha colaborado en los brotes nosocomiales. Se han realizado sesiones informativas en centros sanitarios y centros

docentes. Se ha trabajado con asociaciones gitanas acudiendo a actos religiosos recomendando la vacunación. La implicación de las iglesias evangélicas o "cultos" y sus pastores han facilitado la difusión de información.

Conclusiones: Hay bolsas de susceptibles entre los mayores de 30 años y en niños y jóvenes de etnia gitana. Las medidas se han basado en la actuación precoz y adaptar las medidas al tipo de población a las que iban destinadas (horarios sin cita previa y contar con el apoyo de líderes naturales de la comunidad gitana). La actuación es difícil por la implicación de diversos agentes, intervenciones en menores y porque no se percibe como un problema de salud importante ni a nivel poblacional ni profesional (sanitarios jóvenes no vacunados, retraso en la notificación, o infranotificación) lo que ha disminuido en ocasiones la eficacia de las intervenciones.

543. EPIDEMIOLOGÍA DE UN BROTE DE PAROTIDITIS EN POBLACIÓN JOVEN VACUNADA EN CASTILLA Y LEÓN, 2012-2013

C. Ruiz Sopena, M. Allúe Tango, C. Berbel Hernández, L. Mateos Baruque, J. de la Puente Callejo, A.C. Berjón Barrientos, J. Ramos Tejera, A. Pérez Rubio

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León; Servicio Territorial de Sanidad, Valladolid, Palencia, León.

Antecedentes/Objetivos: Los brotes de parotiditis de los últimos años han generado preguntas sobre la efectividad del componente parotiditis de la vacuna triple vírica. Desde su uso, la incidencia en Castilla y León ha disminuido en más del 98%. A pesar de las altas coberturas en los últimos 10 años han ocurrido tres ondas epidémicas de magnitud moderada. Sin embargo, en 2012-13 un extenso e importante brote de parotiditis está ocurriendo en población adolescente y adulta joven vacunada. El objetivo es describir las características epidemiológicas de este brote parotiditis en Castilla y León.

Métodos: Análisis descriptivo del brote de parotiditis notificado a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León en 2012-13. Los casos de parotiditis cumplen la definición de caso. Se han analizado las variables clínicas, epidemiológicas, laboratorio y estado de vacunación, obteniéndose diferencias de porcentajes con intervalos de confianza al 95%. La población de referencia procede de la revisión anual del Padrón (INE).

Resultados: Desde el 16 abril 2012 hasta el 25 marzo 2013 (continúa) se han notificado 2.311 casos de parotiditis (90,15 casos por 100.000), fundamentalmente en tres provincias: Valladolid (47%), Palencia (20%) y León (12%). Los grupos más afectados son 20-24 años (27%) y 15-19 años (25,2%) y hombres (60% en estos dos grupos de edad). Sólo un 7% de los casos era menor de 10 años y un 5,8% mayor de 45 años. Entre los casos 20-24 años con antecedente de vacunación, el 62,2% habían recibido dos o más dosis y el 15% una dosis. En 15-19 años, el 70,1% con dos dosis o más y el 20,2% con una dosis. La inflamación de parótidas fue el síntoma más común (80%). La orquitis fue la complicación más frecuente (82 casos, 6,6% en hombres ≥ 12 años), con porcentaje significativamente mayor en los no vacunados frente a los vacunados ($p = 0,0075$). De los 227 casos con muestras clínicas enviadas al Centro Nacional de Microbiología, el 71% obtuvo un resultado positivo: 70% PCR en saliva; 12% PCR orina y 50,5% en suero. El genotipo detectado en todos los casos ha sido G1.

Conclusiones: Los hallazgos epidemiológicos de este brote sugieren que una intensa exposición entre escolares y universitarios facilita la transmisión y sobreestima la protección de la vacuna en estos casos, junto con una pérdida de la inmunidad en este colectivo. Las altas tasas de cobertura vacunal reducen la severidad de la enfermedad. Es necesario un mejor conocimiento de los factores que influyen en el desarrollo de estos brotes y evaluar las actuales medidas de control.

1034. BROTE EPIDÉMICO CON 78 CASOS DE PAROTIDITIS EN DISTRITO ALMERÍA CON 3 SUBBROTOS EN 4 MESES, 2012-2013

J.J. Fornovi Vives, R. Bonillo Navarro, D. Cueto Saavedra, A. Tobías Manzano

DSAP Almería, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: ante la aparición de casos de parotiditis (01/11/12) con criterio clínico incompleto (tumefacción súbita de parótidas sin fiebre) que han recibido 2 dosis de vacuna TV (1c/Rubini), no todos relacionados, se establece vigilancia activa en el Distrito a partir de un brote en un Centro de Salud de la ciudad de Almería (13/11/13). Aparecen más casos sin relación, así como dos nuevos brotes consecutivos en los Institutos de Secundaria de Carboneras (08/01/13) y Tabernas (19/02/13) con un total de 78 casos.

Métodos: Sospecha: sólo clínica, con inflamación parotídea con o sin fiebre; vigilancia activa para su detección. Realización de encuesta epidemiológica recogiendo sintomatología, contactos enfermos y susceptibles para profilaxis. Valoración del estado inmunitario y vacunal documentado y los susceptibles: no haber pasado enfermedad, haber recibido 1 dosis de vacuna, o 2 en la que una de ellas contenía la cepa Rubini (1993-1998 en Andalucía). Probable: sospecha con relación epidemiológica con caso Confirmado: con analíticas confirmatorias (saliva, orina y suero): a todo caso aislado y a algunos enfermos en cada brote. Revacunación a los contactos susceptibles (domicilios) y en centros educativos (brotes).

Resultados: (Número-%-Tasas5: Dto: 4 meses 2012-13/Andalucía: todo 2012) valorados (V): 88-con encuesta completa (45-58%)-descartados (10-11%)-casos (C): 78-Dto: 26,48/And: 1,74)-sospechosos (48-62%)-probables (8-10%)-confirmados: (22-28%)-sexo (H: 42-54%; M: 36-46%)-edad: 5-14a (32-Dto: 200,89/And: 6,09), 15-19a (18-Dto: 97,85/And: 4,69)-vacunación (0: 0d, 26: 2d (1 de Rubini), 1: 3d)-edad (5 de 5 a 14-32 de 15 a 19-18 de 20 a 24 y 16 > 24 años)-síntomas (inflamación (45), sin fiebre (13), orquitis (1). C. Jardín: V: 16-C: 12-Carboneras: VyC: 43-Tabernas: V: 6-C: 5-Resto Dto: V: 23-C: 18.

Conclusiones: Seguirán los brotes de parotiditis mientras haya susceptibles no vacunados, en este caso con tasas de enfermos muy por encima de las de Andalucía (mayoritarios en los mismos grupos de edad: 15-24 años) habiendo recibido dos dosis de vacuna (una con cepa Rubini), del resto se desconoce vacunación; alta confirmación en los probables ya que todos fueron confirmados menos uno pues tenía 3 dosis previas (1c/Rubini), dando validez a sólo confirmar por analítica a algunos casos en un brote. Similar afectación entre H y M. Cambios en la definición de caso protocolizada, con inflamación sin fiebre en confirmados con 2 dosis de vacuna (una c/Rubini). 1 orquitis. Ninguna hospitalización. Posible menor sintomatología por inmunización pasiva-activa previas y más número de sospechas descartadas en situación de brote por la vigilancia activa. Revacunación (245 dosis de TV) a contactos susceptibles en domicilios y en Institutos. Muchos datos perdidos por no realizar encuestas completas.

16. TOXIIINFECCIONES ALIMENTARIAS POR NOROVIRUS RELACIONADAS CON CONSUMO DE OSTRAS EN UN RESTAURANTE ORIENTAL DE AUTOSERVICIO

S. Martínez-Diz, M. Fernández-Prada, D. Almagro Nievas, F. Cerezuela Sánchez, B. Martínez Romero

UGC Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Granada; Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, Zona Básica de Salud de Maracena.

Antecedentes/Objetivos: Actualmente el Norovirus es considerado uno de los principales responsables de los brotes de gastroenteritis no bacterianas. La sintomatología se caracteriza por náuseas, vómitos y diarrea autolimitada. Se recomienda examen de heces por Reacción

en Cadena de la Polimerasa para su identificación. La transmisión suele ser alimentaria, especialmente alimentos marinos de consumo en crudo. Menos frecuentemente se ha documentado la contaminación fecal-oral. En enero de 2013 se notifican dos brotes por toxoinfección alimentaria relacionadas con la ingesta de alimentos en un mismo restaurante oriental de autoservicio Granada. El objetivo del trabajo es describir las características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas y alimentarias de dos toxoinfecciones alimentarias ocurridas en un restaurante oriental de la provincia de Granada en enero de 2013.

Métodos: Entrevista telefónica a los expuestos para conocer los alimentos consumidos y los síntomas clínicos. Análisis por PCR de virus en heces de los enfermos y del manipulador principal. Análisis de las tasas de ataque para expuestos y no expuestos y sus diferencias para establecer los alimentos sospechosos. No se pudieron analizar microbiológicamente alimentos sospechosos por no quedar sobrante almacenado. El Técnico de Salud Pública de la zona realizó tres inspecciones (Planes Generales de Higiene, trazabilidad).

Resultados: Según la encuesta epidemiológica los alimentos consumidos fueron: navajuelas, gambas, almejas, ostras, langosta, calamar, sushi, pollo plancha, fritura y verduras. Las diferencias de tasas de ataque fueron del 100% para las ostras y del 60% para las navajuelas. La mediana del período de incubación fue de 31h. Los síntomas clínicos fueron vómitos, dolor abdominal y diarrea. De las 5 muestras de heces recogidas para PCR fueron positivas 2 para Norovirus genotipo I. La muestra del manipulador principal resultó negativa. En el análisis de la trazabilidad se detectó que las ostras tenían origen en otra Comunidad Autónoma. En la inspección técnica no se identificaron defectos en la manipulación de los alimentos, pero sí en el sistema de autocontrol.

Conclusiones: Las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio hacen altamente probable que el origen de estos brotes estuviera relacionado con el consumo de ostras contaminadas con Norovirus. Las recomendaciones futuras irían encaminadas a la reducción de las fuentes de contaminación, el aumento del control (conservación y exposición de alimentos crudos) y la detección precoz de pequeños brotes identificando la trazabilidad de los productos.

348. COEXISTENCIA DE BROTES DE GASTROENTERITIS POR SALMONELLA Y ASTROVIRUS EN UN CENTRO ESCOLAR

A. Miguel Benito, C. Sanz Ortiz, E. Perruca Gimeno, P. Carbonero Almendro, B. Ruíz Redondo, A. Asensio Rubio

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Dirección General de Atención Primaria, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; Subdirección de Ordenación e Inspección, Dirección General de Ordenación, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La salmonella es causa importante de brotes de origen alimentario y los astrovirus constituyen una de las etiologías más frecuentes de gastroenteritis (GEA). La confluencia de ambos gérmenes en un centro escolar, además de la alarma social correspondiente, aporta un elemento de confusión y dificultad en la investigación.

Métodos: Se recopila información y se realiza seguimiento de las faltas de asistencia en el centro. Se diseña una encuesta epidemiológica recogiendo los motivos de ausencia y los síntomas en caso de enfermedad. Se contrasta información y se coordina recogida de muestras con los pediatras de zona. Se recogen muestras de heces de afectados y de alimentos consumidos en el comedor escolar. Se gira visita de inspección a las instalaciones del comedor

escolar. Para la explotación de los datos se usó el paquete estadístico SPSS 20.

Resultados: En el centro de educación primaria estaban matriculados 450 alumnos, y contaba con servicio de comedor que utilizaban 150 alumnos. A través de las encuestas se detectaron 56 casos de GEA, siendo 41 usuarios del comedor. La presentación inicial de los casos, de carácter leve y autolimitado, así como el incremento progresivo de estos a lo largo de 2 semanas sugería etiología viral y transmisión por contacto. El aislamiento de astrovirus en un caso parecía confirmar las sospechas clínicas de los pediatras de zona. Sin embargo, valorando la curva epidémica solo con alumnos usuarios de comedor, se observaba un brusco incremento el sexto día de seguimiento, lo que apuntaba a un brote alimentario. Esto fue confirmado tras el aislamiento de Salmonella sp en 4 coprocultivos de usuarios de comedor y en la muestra testigo de la comida sospechosa (lacón). Según la definición de caso se contabilizaron 38 afectados, con una tasa de ataque del 25,3%. La media de edad fue de 6,46 años (rango de 3 a 36). La duración media de los síntomas fue de 5,60 días. En los no usuarios de comedor, y por lo tanto de probable etiología viral, la duración media fue de 3,45 días.

Conclusiones: La posibilidad de que una agregación de casos de GEA pueda estar provocada por más de una causa siempre existe. Tenerlo presente permite descubrir situaciones como esta, donde un brote de GEA de origen viral en un colectivo puede solapar la aparición de un brote de origen alimentario coincidente en el tiempo.

411. BROTE FAMILIAR DE TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA SOSPECHOSO DE BOTULISMO

C. Compés, A. Aznar, M.B. Adiego, A. Alcolea, M.E. Bello, J.P. Alonso, J. Guimbao

Sección de Vigilancia Epidemiológica de Zaragoza; Sección de Vigilancia Epidemiológica de Aragón; Sección de Higiene Alimentaria de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: El 08/02/2012 un centro hospitalario notifica a la Sección de Vigilancia Epidemiológica de Zaragoza un caso sospechoso de botulismo en un hombre de 42 años. En la encuesta telefónica notificó que su madre de 71 años había acudido a otro hospital con una sintomatología similar. El objetivo fue la descripción epidemiológica del brote.

Métodos: Se recogieron de los casos: datos clínicos (síntomas, fecha de inicio, fecha de hospitalización y evolución), datos de laboratorio para PCR, cultivo y bioensayo (heces, suero y jugo gástrico) y datos de exposición desde el 18/01/2012 hasta el inicio de los síntomas (relación epidemiológica, comidas-alimentos en común y otros posibles expuestos). Las muestras fueron recogidas en los hospitales en los que ingresaron los casos y enviadas al Centro Nacional de Microbiología. La Sección de Higiene de los Alimentos investigó la trazabilidad del alimento sospechoso y recogieron muestras para detección de toxina botulínica en el Centro Nacional de Alimentación.

Resultados: El brote afectó a 2 casos familiares no convivientes, con inicio de síntomas el 02/02/2012. Presentaron vómitos, diarreas, visión borrosa, diplopía, sequedad de boca, mareos, fatiga respiratoria y distensión abdominal. Fueron hospitalizados el 4 y el 7 de febrero respectivamente y recibieron la antitoxina botulínica evolucionando a la curación. Los resultados de laboratorio de los casos fueron negativos. La única comida en común fue realizada el 30/01/2012, a la que asistieron otros 3 comensales asintomáticos. El alimento sospechoso fueron unas guindillas embotadas comerciales, único alimento común para los casos y no consumido por el resto. El producto fue adquirido en un comercio minorista en Tudela, entre 7 y 12 meses antes. Se recogieron del domicilio familiar 6 unidades del producto, ninguna perteneciente al envase consumido. No

se detectó la toxina botulínica en ninguna de las 4 unidades analizadas. La Comunidad Navarra no aportó la trazabilidad del producto al haber indicado el propietario que solo vendía en su propio establecimiento, no obstante los afectados compraron la mercancía en un establecimiento donde posteriormente se encontraron 36 frascos del artículo.

Conclusiones: Se trata de un brote familiar de intoxicación alimentaria vehiculizado por un bote de guindillas en conserva que, según las características clínico-epidemiológicas es compatible con botulismo pero en el que no se ha podido demostrar microbiológicamente el agente causal ni en las muestras humanas ni las muestras alimentarias obtenidas.

639. TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA POR NOROVIRUS GENOGRUPO II EN JÓVENES ITALIANOS DE LA JORNADA MUNDIAL DE JÓVENES (JMJ)

D. Almagro Nievas, F. López Mendoza, D. Almagro López

UGC Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud de Granada; UGC de Protección de la Salud, Distrito Granada-Metropolitano de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Las toxiinfecciones alimentarias (TIA) causadas por norovirus en bocadillos están descritas y podrían constituir un problema de salud pública si se notificaran todas. El 14 de agosto de 2011, el 061 comunica al Sistema de Alertas en Salud Pública, la asistencia sanitaria a 10 jóvenes de Bérgamo (Italia) con síntomas de náuseas, vómitos, diarrea y poca fiebre. El grupo llegó el 12 a España. Protección civil nos informó que estaban en un polideportivo y que había 26 pacientes más. Otra llamada del 061, informa que había 8 pacientes con la misma clínica en otro centro de salud, de otro grupo de 41 persona del mismo colectivo y que habían ido a la playa. Las comidas las realizaban a base de sándwich y bocadillos. La guardia civil procedió a custodiar toda la comida. También intervino el ayuntamiento. Como hipótesis se estableció una TIA por consumo de bocadillos. El objetivo fue describir y analizar desde el punto de vista clínico, epidemiológico y microbiológico un brote de TIA dado en jóvenes de la JMJ.

Métodos: Estudio de casos y controles. Emplazamiento: polideportivo municipal. Población: grupo de jóvenes italianos de la JMJ. Intervenciones: Encuesta epidemiológica realizada con interpretes a 95 jóvenes, recogiendo variables de persona (edad, sexo, clínica, sándwich), lugar (grupos, pabellones) y tiempo (fecha de ingesta e inicio de síntomas). La muestra de 15 casos y 30 controles. Inspección alimentaria de los bocadillos (toma de muestras de alimento) y destrucción de los mismos. Toma de coprocultivos a enfermos. Formación e información por la gran alarma social que produjo.

Resultados: El total de expuestos fueron 370 de los que enfermaron 95 (24,86%). La clínica predominante fue de vómitos, diarrea, dolor abdominal y fiebre. El periodo de incubación mediano estimado fue 27 horas (mínimo 22 y máximo 32). La curva epidémica reflejó una forma explosiva, concentrándose la mayor parte de los casos el domingo tarde-noche. No se encontró ningún alimento asociado estadísticamente a enfermar, pero los bocadillos mixtos fueron los que presentaron mayor riesgo. De las muestras de alimentos tomadas ninguna estaba contaminada de bacterias analizadas. De 4 muestras biológicas, sólo se realizaron dos coprocultivos y ambos fueron positivos a norovirus genogrupo II. Hubo factores de mala refrigeración importantes y bocadillos con alimentos que requerían higiene y manipulación como los mixtos especiales.

Conclusiones: Por las características clínicas, microbiológicas y epidemiológicas se confirma como causante de la TIA un norovirus genogrupo II y como posible vehículo alimentario el bocadillo mixto especial.