

COMUNICACIONES CARTEL I

Ambiental

DEFICIENCIAS SANITARIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE BRONCEADO MEDIANTE RAYOS UVA EN DS SEVILLA NORTE

M.C. Serna Godón, P. Cabezas Saura, I. Martín Puro, R. Vázquez García, E. García Cucurella, P. Serna, M.C. Zambrana Cayuso, M. Martínez Leitgeb y M.C. Rivera Maldonado

Distrito Sanitario Sevilla Norte Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes y objetivos: Ante el uso generalizado del bronceado artificial de los últimos años, y el consiguiente riesgo de cáncer de piel, el RD 1002/02 de 27 de septiembre pretende regular la venta y el uso de aparatos de bronceado mediante rayos UVA, por su alta variabilidad de presentaciones técnicas y distintos grados de riesgo. Entre los aspectos fundamentales del RD están la limitación de la intensidad de la irradiación (irradiación efectiva no superior a 0,30 W/m²), y emisión por debajo de 295 nm de longitud de onda. **Objetivos:** medidas para garantizar el derecho a la seguridad y la salud de los consumidores mediante el uso de estos aparatos: Control de la intensidad de la irradiación ionizante Información clara de las consecuencias del empleo de esta técnica al usuario Formación adecuada del personal responsable de los aparatos, Control y seguimiento periódico por la Administración.

Métodos: En los 85 establecimientos con rayos UVA (peluquerías, centros de belleza y gimnasios) del D S Sevilla Norte, revisando según un protocolo higiénico sanitario basado en el RD 1002/02 y actas de inspección, realizado por los Inspectores A4 del D S Sevilla Norte.

Resultados: Estudiado el total de los establecimientos existentes, comprobamos que: El 100% carecen de acreditación ante la Administración. El 84% no hacen cursos de formación y el 16% hacen cursos no homologados El 78% de los aparatos de más de 1 año no contaban con la revisión técnica antes de la 1ª inspección, de los que el 60% seguían sin hacerla en la reinspección. La información al usuario es inadecuada en el 50% de los casos.

Conclusiones: Las empresas del ramo, según la normativa, están obligadas a acreditar ante la Administración competente, mediante declaración, la descripción técnica de los aparatos y materiales de que dispone, lo que se incumple sistemáticamente en DS Sevilla Norte La información al usuario de las consecuencias derivadas del uso no siempre es adecuada, aun contando con documento y cartel informativo, en el calendario/ficha de uso del aparato, frecuentemente no incluyen las recomendaciones específicas, y nunca el tipo de exposición de dosis total recibida El personal de estos establecimiento no siempre recibe formación, y cuando lo hace es por la empresa que vende el aparato. No existe una formación homologada, al menos, en nuestra CC AA Los servicios técnicos que realizan las revisiones, no especifican irradiación efectiva y longitud de onda, limitándose a indicar que se ajusta a normativa vigente, no siempre proporcionan la acreditación de cumplimiento, no informan de la dosis recibida en cada sesión, o como calcularla.

Financiación. Distrito Sanitario Sevilla Norte Servicio Andaluz de Salud.

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL AIRE EN BARCELONA Y SUS DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS

N. Valero, N. Calzada, E. Santamariña-Rubio, M González-Cabré et al
Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: Se ha demostrado la asociación entre la contaminación atmosférica y enfermedades respiratorias y cardiovasculares. La percepción de la calidad del aire es un indicador poco utilizado en epidemiología. El objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre la percepción individual de la calidad del aire y variables sociodemográficas, de salud y de percepción de ruido en la ciudad de Barcelona en el año 2000.

Métodos: Estudio de diseño transversal. Los datos fueron obtenidos de una submuestra de 4.000 individuos de la población no institucionalizada de entre 16 y 64 años incluidos en la encuesta de salud de Barcelona del año 2000. La variable dependiente fue la percepción de la calidad del aire en la ciudad (0 = muy buena, buena, regular. 1 = mala, muy mala) y las independientes fueron: edad, sexo, clase social, nivel de estudios, asma y bronquitis crónica, ser fumador y padecer molestias por ruido procedente del tráfico. Se realizó un análisis bivariado y análisis multivariado de regresión logística para determinar los factores asociados a la mala percepción de la calidad del aire.

Resultados: La muestra estuvo formada por individuos de 15 a 29 años (24,5%), de 30 a 54 años (38,5%) y de 55 a 64 años (37,0%), de clase social alta (22,0%), media (31,1%) y baja (47,0%) y por un 54% de mujeres. Un 4,8% de individuos manifestaron padecer asma crónica y un 16,5% declararon padecer molestias de ruido procedente del tráfico. El 34% de los encuestados percibieron una mala calidad del aire. Esta mala percepción de la calidad del aire fue mayor en mujeres (OR = 1,3, IC 95% = 1,1-1,5), en individuos de clases más desfavorecidas (OR = 1,2, 1,1-1,4), en individuos con asma crónica (OR = 1,5, 1,1-2,0), en individuos que manifestaron problemas de ruido por tráfico (OR = 1,3, 1,1-1,6) y en los individuos más jóvenes (OR = 1,3, 1,1-1,5). Tener bronquitis crónica y ser fumador no estuvo asociado con percibir una mala calidad del aire.

Conclusiones: Aunque debemos tener en cuenta que es un estudio transversal que no permite evaluar causalidad, tal y como se ha observado en otros estudios, los individuos con asma crónica podrían ser más sensibles a percibir una mala calidad del aire. Además, la molestia ocasionada por el ruido procedente del tráfico podría ser utilizada como indicador de la contaminación atmosférica relacionada con el tráfico. Los resultados del estudio apoyarían el uso de las encuestas de salud para construir indicadores indirectos de la contaminación atmosférica y como herramienta para el establecimiento o evaluación de políticas de reducción de la contaminación.

ANÁLISIS Y CONTROL DE RESIDUOS DE PLAGUICIDAS EN ALIMENTOS

M. Martínez Leitgeb, E. García Cucurella, M.C. Zambrana Cayuso, M.C. Rivera Maldonado, M.C. Gómez Martín, M.G. Montero Aparicio, C. Arjona Murube y M.C. Serna Godón

D.S. Aljarafe. Sevilla.

Antecedentes y objetivos: En 1997 la DGSP de la Consejería de Salud puso en marcha el Plan de Detección de Contaminantes y Residuos en productos alimenticios, con el fin de garantizar el cumplimiento del Reglamento 315/93 que regula estas sustancias, y por tanto asegurar la puesta en el mercado de alimentos seguros para la salud pública.

Métodos: En el Programa de Detección de Residuos de Plaguicidas se trata de conocer los niveles de éstos que presentan los productos puestos en el mercado. El método empleado se centra en la toma de muestras de frutas y verduras de alto consumo y alimentos infantiles por parte de los Servicios de Control Oficial. El muestreo en 2005 y 2006 fue de unas 300 muestras por año. El programa es desarrollado en las provincias de Almería, Huelva, Málaga y Sevilla. En el Distrito Sanitario Aljarafe realizamos los muestreos de productos vegetales procedentes de otras CCAA, de países de la unión europea y de países terceros, así como de productos infantiles, en mercas y plataformas distribuidoras. Las muestras son remitidas al Laboratorio de la Universidad de Almería. Se toman en principio de forma prospectiva. Cuando se obtenga un resultado de residuos de plaguicidas por encima de los límites, se volverá a tomar una muestra del mismo producto y la misma procedencia con carácter reglamentario. Si tras el análisis reglamentario se obtuviera algún resultado de residuo superior a los LMR se procederá a intervenir la partida y a investigar la posible distribución a la vez que se iniciará en la Delegación Provincial el preceptivo procedimiento de retirada de la comercialización.

Resultados: En 2005 tomamos en el DS Aljarafe 17 muestras. 13 de ellas presentaron residuos de plaguicidas, pero tan sólo en una de ellas se superaba el LMR. Era la muestra de pepinos que tenía residuos de Achrinatrín. Se localizó al productor primario del lote muestreado para tomar otra muestra de la que se obtuvo resultado negativo. En 2006 las muestras tomadas en este Distrito fueron 27. De ellas, 16 resultaron tener residuos de plaguicida aunque sólo 1 de ellas superaba los LMR. Se trató de una muestra de manzanas que contenía Tiabendazol y Triazofos. No fue posible tomar una muestra reglamentaria al no haber existencias del mismo productor primario en la superficie distribuidora. Los alimentos infantiles dieron resultado negativo durante los dos años.

Conclusiones: La finalidad de estos Programas de Control es comprobar la seguridad de los alimentos puestos en el mercado frente a los peligros de origen químico y poner de manifiesto la importancia de los sistemas de trazabilidad implantados por las empresas alimentarias para poder localizar los productos que suponen un riesgo para la salud pública.

P-004

CONTAMINACIÓN POR NITRATOS EN ABASTECIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO 11 (CENTRO SALUD PÚBLICA ALZIRA. COMUNIDAD VALENCIANA)

J.Bellver Soto, M. Ripoll Maere, S. Pastor Vicente et al

C.S.P. Alzira. Dirección General Salud Pública. Conselleria Sanitat. Generalitat Valenciana.

Antecedentes y objetivos: La contaminación de las aguas es un fenómeno cada vez más acusado que se manifiesta, entre otros efectos, en un aumento de las concentraciones de nitratos en las aguas superficiales y subterráneas. Una de las fuentes difusas que contribuyen a la contaminación de las aguas es la aplicación inadecuada de los fertilizantes nitrogenados en agricultura. La Directiva 91/676/CEE relativa a la protección de las aguas contra la contaminación por nitratos, obliga a los estados miembros a identificar las aguas afectadas y designar las zonas vulnerables y poner en marcha programas de actuación. Con el Decreto 13/2000 del Gobierno Valenciano, se designan las zonas vulnerables en el ámbito de la Comunidad Valenciana analizar los abastecimientos de agua de consumo humano del Departamento 11.

Métodos: Los datos se han obtenido de la tramitación de los expedientes del Registro Sanitario de Industrias Alimentarias del CSP de Alzira, del Sistema Nacional de Aguas de Consumo (SINAC) e información directa de los farmacéuticos titulares del departamento 11. Así como la legislación correspondiente Decreto 13/2000 del Gobierno Valenciano y el R.D.140/2003.

Resultados: De los 49 abastecimientos, el 45% tienen más de 50 mg/l de nitratos. De los abastecimientos que superan los nitratos el 68,2% tienen entre 50 y 75 mg/l, un 18,2% entre 75 y 100 mg/l y un 13,63% supera los 100 mg/l. De los abastecimientos contaminados un 31,8% pertenecen a urbanizaciones. De los 30 municipios que comprende el departamento, 28 son designados zonas vulnerables. Los abastecimientos de 12 zonas vulnerables, de los 28 municipios designados como tales, superan las concentraciones máximas admisibles para nitratos. El 47% de los abastecimientos no están dados de alta en el SINAC. El 91,8% de los abastecimientos tienen una empresa gestora, y tan solo en 4 municipios los ayuntamientos son los responsables de la gestión del abastecimiento.

Conclusiones: Alrededor de la mitad de los abastecimientos del departamento 11 abastecen agua no apta para el consumo humano conforme al Anexo I del R.D.140/2003. Necesidad de reforzar programas de actuación coordinados con técnicas agrícolas adecuadas, con la finalidad de eliminar o minimizar los efectos de los nitratos sobre las aguas. Supervisión del autocontrol a realizar por los gestores. Esfuerzo por parte de los municipios y la administración local para incorporarse al SINAC. Según la OMS el agua que supera las concentraciones máximas de nitratos no debe ser utilizada para lactantes, mujeres embarazadas y en la preparación de alimentos infantiles, estas medidas previenen o disminuyen el riesgo de metahemoglobinemia infantil en lactantes.

P-006

EL CÓDIGO TÉCNICO DE EDIFICACIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LEGIONELOSIS

J. Ruiz Ruiz, I. Pérez García, M. Jiménez Bretones et al

Distrito Sanitario Axarquía (Servicio Andaluz de Salud).

Antecedentes y objetivos: El reciente Código Técnico de la Edificación (CTE), obliga a que las promotoras que soliciten licencia municipal para construir un edificio, incluyan en su proyecto placas solares para generar agua caliente. Estudios epidemiológicos demuestran que un elevado porcentaje de casos esporádicos de legionelosis se producen en el ámbito domiciliario, relacionados con Agua Caliente Sanitaria (ACS) producida por Placas Solares. Desde las administraciones implicadas se debería extremar la vigilancia de las nuevas instalaciones, ya que la normativa en materia de prevención frente a la legionelosis, Real Decreto 865/2003, excluye a las instalaciones de ACS en edificios dedicados exclusivamente a vivienda. Nuestro objetivo es concienciar al legislador sobre la importancia de interrelacionar el desarrollo sostenible con la protección a la salud.

Métodos: Descripción de un caso de legionelosis ocurrido en un edificio con ACS Centralizada y producida únicamente por Energía Solar (Placas Solares). Notificación Hospitalaria al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía de un caso de Legionelosis. Programa de Prevención de Legionella de la Consejería de Salud de Andalucía. Ante la declaración de un caso de Legionelosis, se realiza Encuesta Epidemiológica Individual, procediendo a inspeccionar la instalación. Se valoran aspectos técnicos y sanitarios y se toman muestras en puntos sensibles: Acumulador de Agua Caliente, Grifo y Ducha de la vivienda del afectado.

Resultados: Se describe la aparición de un caso de legionelosis en un individuo que durante el período de incubación habitó en un edificio con ACS Centralizada producida por energía solar. La temperatura final en los acumuladores no alcanzaba el mínimo establecido y la instalación carecía de mantenimiento preventivo frente a Legionella. Se demuestra que la obligación referida en el CTE puede propiciar la aparición de casos de legionelosis, ya que la normativa en materia de prevención de Legionella excluye a las instalaciones de ACS en edificios dedicados exclusivamente a viviendas, incluyéndolas únicamente cuando se ha producido la infección.

Conclusiones: El CTE, obliga a que las nuevas viviendas instalen paneles solares térmicos para la producción de agua caliente. Así, en poco más de tres años, 4.200.000 metros cuadrados de viviendas en nuestro país deberán estar equipados en este sentido. El caso descrito muestra una instalación que dispone de un sistema centralizado de ACS con placas solares en la que no existía un plan de vigilancia y prevención frente a legionella, en el que se originó un caso de legionelosis. Por ello, consideramos que el desarrollo sostenible no debe estar reñido con la protección de la salud, debiendo reflejarse ambos aspectos en la elaboración de las normativas.

P-005

ESTUDIO DEL RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES DEL CONTROL OFICIAL EN INSTALACIONES DE RIESGO DE TRANSMISIÓN DE LEGIONELOSIS (TORRES DE REFRIGERACIÓN Y CONDENSADORES EVAPORATIVOS) EN EL ALJARAFE (SEVILLA)

M.C. Rivera Maldonado, E. García Cucurella, M. Martínez Leitgeb, M.C. Zambrana Cayuso, M.G. Montero Aparicio, C. Arjona Murube y M.C. Gómez Martín

Agentes de Control Oficial del Distrito Sanitario Aljarafe. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.

Antecedentes y objetivos: La entrada en vigor del R.D.865/2003 y el Decreto 287/2002 en la Comunidad Autónoma andaluza, establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis y llevó consigo una innovación que hizo necesario intensificar las actuaciones del control oficial para comprobar la adaptación a una normativa mucho más restrictiva. La normativa autonómica concede la competencia a los Ayuntamientos y les obliga a elaborar un registro de las torres de refrigeración y condensadores evaporativos instalados en su término municipal. La Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, establece que los consistorios podrán recabar colaboración de los agentes de control oficial para el control de estas instalaciones. Los objetivos del estudio son conocer la adecuación de las instalaciones tras la intervención del Control Oficial con el fin de comprobar la efectividad de dichas intervenciones y conocer aquellos aspectos que queden pendientes de adaptación para intensificar la actuación sobre ellos y modificar la metodología y frecuencia de dichos controles.

Métodos: Estudio retrospectivo de la situación en la comarca del Aljarafe (36 municipios) desde el año 2003 al 2006, en relación con los controles realizados. Se toman como referencia los aspectos siguientes: Ubicación, notificación de la existencia de la instalación por parte del titular al Ayuntamiento correspondiente, implantación del programa de mantenimiento y existencia de registros de operaciones de mantenimiento conforme a dicho programa. Las instalaciones de riesgo estudiadas son torres de refrigeración y condensadores evaporativos. Estos aspectos han sido elegidos por ser los que suponen una más evidente innovación respecto a la normativa anterior ya derogada (R.D. 909/2001) *Material:* Actas de inspección, protocolos específicos y normativa en vigor.

Resultados: De 41 instalaciones de riesgo revisadas en 2006 y 190 actuaciones, se obtienen los siguientes resultados: 90% han sido notificadas. 85% están ubicadas correctamente 93% cuentan con programa de mantenimiento 54% registran las operaciones adecuadamente.

Conclusiones: El estudio realizado evidencia que la deficiencia más significativa se produce en el registro de las operaciones de mantenimiento, por lo que se deduce que la intervención del control oficial deberá ir encaminada preferentemente al asesoramiento del personal técnico a cargo del mantenimiento para mejorar el registro de éstas.

P-007

VIGILANCIA DE NIVELES DE TRIHALOMETANOS EN AGUA DE CONSUMO EN EL ALJARAFE (SEVILLA). CONTROL POR LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE LAS NOTIFICACIONES EN SINAC

M.C. Zambrana Cayuso, M.C. Rivera Maldonado, E. García Cucurella, M. Martínez Leitgeb, C. Arjona Murube, M.C. Gómez Martín, M.G. Montero Aparicio y C. Serna

Distrito Sanitario Aljarafe, Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Antecedentes y objetivos: El beneficio del agua clorada es la protección de la salud pública frente a enfermedades transmitidas por bacterias, virus y protozoos parásitos presentes en ella. Entre los productos derivados de la desinfección del agua bruta, los más abundantes en términos de peso son los trihalometanos (THMs). Se producen por reacción del cloro con residuos de degradación vegetal y de algas, caso del agua de mar desalada, relacionándose su incremento con épocas de sequía y con el tiempo de permanencia del agua en la red por la carga orgánica de ésta. En el año 2001 se publica un estudio en Gaceta Sanitaria sobre riesgo en humanos de cáncer de vejiga tras la exposición a THMs. La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer clasifica algunos como cancerígenos potenciales y de otros no se dispone aún de información suficiente para su clasificación como tales. La Administración Sanitaria, mediante Agentes de Control Oficial, verifica el cumplimiento de la normativa de agua comprobando los boletines de análisis introducidos por los gestores de abastecimiento en el Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC). Es un soporte en Internet del Ministerio de Sanidad y Consumo para el cumplimiento del artículo 30 del R.D. 140/2003, recogiendo datos de las características de abastecimientos y calidad del agua de consumo suministrada. *Objetivos:* Relacionar niveles de trihalometanos, carga orgánica y cloro en agua de consumo notificadas en SINAC. Evidenciar el gasto necesario para disminuirlos y cumplir la legislación más restrictiva a partir del 2009 para este parámetro.

Métodos: Estudio comparativo de los valores de THMs notificados en boletines de análisis de agua de red de distribución en el SINAC por gestores de abastecimiento durante el año 2006. Relación con la mayor carga orgánica, medida como carbono orgánico total, y cloro libre residual.

Resultados: La carga orgánica del agua por una deficiente depuración incide directamente en el incremento de THMs. Una mayor cloración no se relaciona con más formación de los mismos. La disminución de THMs con carbón activo en polvo, supone un coste adicional, que se elevará cuando a partir del 2009 deban ser inferiores a 100 partes por billón. Actualmente una reducción del 62% supone 360 euros más diarios para un volumen promedio de 70.000 m³/día.

Conclusiones: Es fundamental para una mayor garantía de salud, una mejor depuración que elimine materia orgánica y una renovación y mantenimiento de las redes de distribución.

Cáncer

DIAGNÓSTICO GENÉTICO EN DOS TIPOS DE CÁNCER. DIFERENCIAS EN LA UTILIDAD CLÍNICA E IMPLICACIONES EN SALUD PÚBLICA

I.M. Martínez-Ferez, R. Villegas et al

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Antecedentes y objetivos: La Neoplasia endocrina múltiple (MEN2) y Poliposis adenomatosa familiar (FAP) son síndromes hereditarios, asociados a mutaciones en genes únicos que determinan el desarrollo de cáncer medular de tiroides y cáncer colorrectal respectivamente. Estos síndromes reunirían, a priori, criterios para considerar las técnicas genéticas como herramienta para el diagnóstico precoz del cáncer, con la posibilidad de evitar su desarrollo con medidas preventivas. **Objetivos:** Valorar la utilidad del diagnóstico genético y la realización de intervenciones profilácticas (tiroidectomías o colectomías) para mejorar la supervivencia o la calidad de vida.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura. Se buscó en: Medline y EMBASE (MEN2 1999-2006, FAP 1996-2006), Cochrane, CRD. Los criterios de inclusión fueron: estudios (cualquier diseño) con poblaciones asintomáticas diagnosticadas genéticamente y sometidas a intervenciones profilácticas con seguimiento postoperatorio. Para la FAP también se hizo una búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre el manejo de estos pacientes. Se realizó una valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos.

Resultados: Los estudios disponibles sobre MEN2 fueron heterogéneos en cuanto a población, intervención y seguimiento de los pacientes, y de baja calidad metodológica. Estos estudios mostraron que el diagnóstico genético permitía identificar a los individuos en fases más tempranas de la enfermedad (frente al método bioquímico alternativo). Esto incrementaba la posibilidad de realizar la cirugía profiláctica y mejoraba las perspectivas de cura bioquímica. Sin embargo no había datos que permitieran dar una estimación definitiva de cura real o recurrencia de la enfermedad, y mucho menos de supervivencia. Respecto a la FAP, no se encontraron estudios que cumplieran los criterios de inclusión, por lo que se recurrió a GPC. Estas guías recomendaban el test genético por su poder predictivo, pero no recomendaron la cirugía en sus programas de vigilancia hasta la aparición de adenomas. Las pruebas genéticas sirvieron para la inclusión de los individuos en riesgo de cáncer en programas de vigilancia y la exclusión de aquellos que no lo estaban.

Conclusiones: En ambos casos, el análisis genético permitía un diagnóstico precoz y se recomendaba para la valoración de intervenciones profilácticas. Sin embargo, la utilidad clínica de ambas depende de las características de cada enfermedad y de las intervenciones posibles. En la MEN2, se acepta una intervención precoz, menos agresiva y sin alternativas válidas de vigilancia. En la FAP, la prueba genética sirve para incluir en programas específicos de vigilancia (suficientemente válidos) previos a la intervención quirúrgica (mucho más agresiva).

Financiación. Proyecto financiado por el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

SITUACIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN EXTREMADURA ANTE LA LLEGADA DE LA VACUNA CONTRA EL PAPILOMA VIRUS HUMANO

C.F. López Jurado, M.Y. Anes del Amo, J.M. Martínez Sánchez, C. Rojas Fernández, J.M. Ramos Aceitero et al

S. de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

Antecedentes y objetivos: La aprobación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en 2006 por la European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA) y la U.S. Food and Drug Administration (FDA), plantea su próxima aprobación por la Agencia Española del Medicamento (AGEMA). La vacuna previene la infección por VPH de los tipos 6, 11, 16 y 18, causantes en Europa de 70-75% de los casos de tumor maligno de cervix (CC), además de otros tumores en menor grado. El objetivo del estudio es conocer la situación del cáncer de cervix en Extremadura (incidencia anual, altas hospitalarias y mortalidad) y estimar los casos que se prevendrían con la inclusión de la vacuna.

Métodos: Se analizan los casos de CC, código C53 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ocurridos en Extremadura. Se utilizan los datos de incidencia del Sistema de Información de Cáncer de Base Poblacional (SICaP); los de "mortalidad" del Registro de Mortalidad; y los de "altas" del Conjunto Mínimo de datos al alta hospitalaria (CMBD). Los datos de población son los del censo de 2001. Los resultados se expresan en casos y tasas por 100.000 habitantes.

Resultados: En Extremadura hay una media de 40 casos (tasa 7,5) anuales incidentes, con una edad media de 54,65 años (sd 15,34); se producen una media de 44 altas (tasa 8,15) anuales, con una edad media de 53,32 años (sd 14,11), que ocasionan 505 días de estancia hospitalaria (estancia media 11,65 días, sd 4,53); y una media de 10 defunciones (tasa 1,87) anuales, con una edad media de 61,64 años (sd 14,63), que ocasionan 437,14 años potenciales de vida perdidos (APVP).

Conclusiones: Con la inclusión de la vacuna del VPH en Extremadura se estarían previniendo 28-30 casos incidentes, 30,6-32,8 altas hospitalarias y 6,8-7,3 defunciones por CC anuales. Además se evitarían, posiblemente, algunos cánceres de vulva, vagina, ano, pene y orofaríngeos, producidos por VPH, así como la gran mayoría de los tumores in situ de cervix. Para la inclusión de la vacuna dentro del calendario de vacunación se debería tener en cuenta, además de los cánceres evitados, el número de APVP y de años de vida productivos.

Financiación. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

ESTADO ACTUAL Y EVOLUCIÓN DE LA RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA EN LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE MAMA EN ANDALUCÍA Y CATALUNYA

C. Tebé, M. Sánchez-Lanuza, J.R. Benítez, R. Fernández, M.J. Aguado, S. Márquez, J.M. Pons, R. Pla et al

Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Consejería Andaluza de Salud. Hospital Reina Sofía de Córdoba. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Servei Català de la Salut.

Antecedentes y objetivos: En España se diagnostican cada año 16.000 nuevos casos de cáncer de mama y actualmente es la segunda causa de muerte entre las mujeres. El tratamiento quirúrgico de estas pacientes puede conllevar una pérdida de simetría de los pechos. La reconstrucción de la mama ofrece a la mujer la posibilidad de recuperar la forma, el tamaño y el aspecto de sus senos. El objetivo de trabajo ha sido describir el estado actual de la reconstrucción inmediata en la cirugía oncológica de mama en Catalunya y Andalucía a partir de la información recogida en la base de datos clínico-administrativa de las altas hospitalarias en el período 1996-2005.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional basado en el análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias (CMBDAH) de Andalucía y Catalunya. Se realizó un análisis descriptivo del porcentaje de reconstrucciones inmediatas por año y por edad, cirugía previa, técnica reconstructiva, nivel del centro y lugar de residencia.

Resultados: La muestra incluyó a 37.537 mujeres de Catalunya y 24.186 de Andalucía. La edad media fue de 58 años (DE 14) en las dos comunidades, con un ligero descenso en la media a lo largo del período de estudio. En Catalunya el porcentaje de mujeres a las que se les realizó una reconstrucción inmediata en 2005 fue del 11%, evolucionando de forma ascendente desde el 3% en 1996. En Andalucía los porcentajes fueron parecidos, 2% en 1996 y 10% en 2005. Por grupos de edad, la reconstrucción entre las mujeres de más de 60a fue prácticamente inexistente. Por el contrario, en las mujeres menores de 50a en 2005 fue del 21% en las dos comunidades. Por nivel de centro se encontraron diferencias entre los hospitales comarcales y de referencia o alta tecnología en las dos comunidades. En función de la región sanitaria, en Catalunya, y de la provincia, en Andalucía, de residencia de la paciente, las diferencias en el porcentaje de reconstrucción se acentuaron. Siendo prácticamente inexistente en zonas como Terres de l'Ebre (2% de los casos en todo el período) o Granada (2%), frente a zonas donde los porcentajes fueron más elevados como Costa Ponent (16%) o Huelva (17%).

Conclusiones: La reconstrucción de la mama se está convirtiendo en un procedimiento más de la gestión del cáncer de mama. En el período de estudio 1996 y 2005 se ha producido un notable incremento en el porcentaje de casos con reconstrucción inmediata de mama tanto en Andalucía como en Catalunya. Se ha identificado una importante variabilidad en la prescripción por grupos de edad, tipo de hospital y territorio.

Financiación. Fondo Investigación Sanitaria PI05/90239.

P-011

ESPECIFICACIÓN DE LA FUNCIÓN DE COSTES PARA LA ETAPA DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

M. Carles, M. Rué, J.A. Espinàs, R. Pla, M. Martínez, E. Vilaprinyo et al
Universitat de Lleida. Departament de Salut. Generalitat Catalunya. Universitat Rovira i Virgili. Institut Català d'Oncologia.

Antecedentes y objetivos: En el análisis de los costes de un programa de cribado deben distinguirse tres etapas: 1) detección, que incluye el tratamiento inicial, 2) seguimiento de la enfermedad y, en su caso, 3) tratamiento avanzado. Por lo tanto, su estudio completo es un estudio temporal. Nuestro objetivo último es incorporar los costes unitarios de cada proceso en un modelo poblacional que sigue la metodología utilizada por el consorcio Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network (CISNET) del National Cancer Institute (NCI) de EE.UU. con el que ya se habrá analizado la efectividad del cribado de cáncer de mama en Catalunya. Añadiendo, de esta forma, un input más a los utilizados hasta ahora. No obstante, en esta primera aproximación, sólo consideraremos el entorno estático de la primera etapa: la de la detección y tratamiento inicial.

Métodos: Seguimos el modelo planteado por Gravelle et al. (1982), que a su vez utiliza la modelización de Kodlin (1972). Ambos formulan sendos árboles de decisión para esta primera fase y coinciden en el diseño de la función de costes de un programa de cribado. Sin embargo, difieren en la manera de tratar la detección asistencial, para la cual nos parece más adecuado el modelo planteado por Gravelle et al. También aceptamos algunos de sus supuestos y admitimos el valor de alguno de los parámetros para los que no hemos encontrado equivalencia en nuestro país. Para estimar los parámetros de la función, utilizamos los resultados del programa de detección precoz de cáncer de mama en Catalunya del año 2004, desagregados por edad. Cuando no se dispone de información necesaria, p. ej., la sensibilidad de la mamografía, se utilizan datos de la literatura.

Resultados: Construimos una función de costes como diferencia entre el coste unitario del programa de cribado y el de la detección asistencial. Los argumentos de dicha función son: los costes iniciales (puesta en marcha del programa o visita, respectivamente), los costes del diagnóstico inicial de los casos positivos más los de su diagnóstico final, y los costes de los tratamientos iniciales de la enfermedad.

Conclusiones: El resultado de la función tendrá, salvo casos extraordinarios, signo positivo como era de esperar. El saldo se debe básicamente a la diferencia de los costes iniciales y, mientras que la desigualdad en los costes de tratamiento de los casos positivos reduce el valor absoluto del resultado, los costes de diagnóstico, de los casos negativos lo incrementan o disminuyen según la franja de edad que se analice.

Financiación. Projectos FIS PI061649/FIS PI0690355IAATRM068-27-06.

PERFIL DE LAS LESIONES OCASIONADAS A PEATONES EN BARCELONA, 2002-2006

J. Mendivil, K. Pérez et al
Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: El objetivo de este estudio es caracterizar las lesiones ocasionadas a peatones en la ciudad de Barcelona en el período 2002-2006.

Métodos: La población de estudio fueron todos los peatones lesionados en la ciudad de Barcelona en el período 2002-2006. Las fuentes de datos fueron las altas de urgencias hospitalarias por accidentes de tráfico (DUHAT) y el registro de Guardia Urbana. Se realizó un análisis descriptivo del tipo, localización y gravedad de las lesiones. La gravedad de las lesiones fue calculada a partir del Injury Severity Score (ISS). Este análisis se hizo para hombres y mujeres por separado.

Resultados: El número de accidentes con víctimas registrado en la ciudad de Barcelona fue de 10.312 en 2002, 10.093 en 2003, 9.733 en 2004, 10.128 en 2005 y 9.791 en 2006. Un 15% de las mujeres y el 4,8% de los hombres víctimas de accidentes de tráfico en el período analizado fueron peatones. El 30,6% de los peatones menores de 16 años fue un peatón así como un 30,1% de los mayores de 65 años. Tanto en hombres (50,4%) como en mujeres (48,7%) la causa más frecuente de atropellamiento fue cruzar la calle por fuera del paso de peatones. En 2005 la distribución del tipo de lesiones en hombres fue contusión (56,2%), fractura (14,1%), lesión interna (10,8%) y sin especificar (7,5%), y contusión (58,8%), fractura (14,6%), lesión interna y esguince (8,8% y 8,6%) en mujeres. La localización de las lesiones siguió el siguiente patrón en hombres extremidad inferior (45,3), cabeza (19,3%) y extremidad superior (17,1%), y extremidad inferior (43,1%), extremidad superior (18,3%) y cabeza (16,3%) en mujeres. Tanto en los hombres como en las mujeres el 25% presentaron lesiones clasificadas como moderadas o graves.

Conclusiones: Los peatones representan un grupo importante en el universo de accidentes de tráfico en el ámbito urbano y presentan un perfil de lesiones inherente al contexto en el que se producen, dada su condición de desprotección física frente a los vehículos. La gestión de los programas de movilidad urbana debe contemplar la promoción y prevención de lesiones en usuarios con diferente vulnerabilidad con el fin de contribuir a reducir la carga de morbilidad y mortalidad derivada de los atropellos.

P-013

P-012

LESIONES POR CAÍDAS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA. MAGNITUD DEL PROBLEMA E IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN

J.M. Suelves, V. Martínez Beneyto, A. Medina Bustos et al
DG de Salut Pública. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. DG de Planificació i Avaluació.

Antecedentes y objetivos: En 2005 se registraron en Cataluña 269 defunciones por lesiones derivadas de caídas no intencionadas. La mayor parte de las defunciones se produjeron en personas de 75 años y más. Las lesiones derivadas de caídas y las propias caídas suponen también un elevado uso de recursos sociales y sanitarios, y comprometen la autonomía personal y la calidad de vida de las personas de edad avanzada. En este trabajo se presentan diferentes indicadores del impacto sanitario de las lesiones por caídas entre personas de edad avanzada en Cataluña, y se analizan algunos factores asociados, con el fin de proponer estrategias de prevención potencialmente efectivas y eficientes.

Métodos: Se analizaron datos del registro de altas en hospitales de agudos (CMBD) correspondiente al año 2005, y la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) del año 2006. El CMBD es un registro de las altas en hospitales de agudos gestionado por el Servicio Catalán de la Salud. Incluye datos sociodemográficos y relativos a los diagnósticos y los procedimientos sanitarios correspondientes a cada uno de los episodios notificados. Se analizaron los episodios en los que una persona estuvo ingresada en un hospital de agudos con un diagnóstico de lesión resultante de una caída (códigos CIE E880 a E888). La ESCA es una encuesta domiciliaria desarrollada en una muestra representativa de la población de Cataluña, que recoge datos sobre la salud y el uso de servicios sanitarios. En 2006 se llevó a cabo la tercera edición de la ESCA, incluyendo 15.926 entrevistas a personas de 15 años o más residentes en Cataluña.

Resultados: El 5,9% los residentes en Cataluña afirma haber sufrido lesiones derivadas de caídas a un mismo nivel en los 12 meses previos. Las caídas previas fueron más frecuentes entre las mujeres y entre las personas de mayor edad (13,0% entre las de 65 años en adelante y 16,5% entre las de 75 años en adelante). Diferentes variables están asociadas a una mayor probabilidad de haber referido una caída en los 12 meses previos. En 2005 se registraron 26.426 episodios de hospitalización en unidades de agudos de Cataluña por lesiones causadas por caídas. Los episodios entre personas de 65 años o más representaron el 50,3% de los casos (42,4% en el caso de las de 75 años en adelante).

Conclusiones: Las lesiones derivadas de caídas son un importante problema de salud pública también en Cataluña. Los datos analizados parecen confirmar la importancia de los principales factores de riesgo que descritos en la literatura, y justifican la necesidad de continuar desarrollando diferentes intervenciones preventivas.

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA "SÍ/NO" Y DE LA SUSTITUCIÓN EN ENCUESTA TELEFÓNICA

O. Monteagudo-Piqueras, J.A. Palomar Rodríguez, J.M. Cayuela Fuentes, L. Hernando Arizaleta et al
Servicio de Planificació y Financiación Sanitaria Consejería de Sanidad de Murcia.

Antecedentes y objetivos: Análisis de las características de la respuesta, no respuesta y motivos de sustitución en encuesta telefónica.

Métodos: Entrevista telefónica a 1.500 diabéticos, mayores de 18 años, registrados en Equipos de Atención Primaria. Se establecieron 4 suplentes para cada titular excluido, con la misma edad, sexo y ZBS. Se recurrió a un suplente en aquellos titulares que cumplieron los criterios de exclusión: Número de teléfono erróneo. No obtener contestación telefónica después de cuatro llamadas, en distintas franjas horarias y/o días. Fallecimiento. Personas que presenten cualquier impedimento físico y/o psíquico que impida la respuesta. A su vez los suplentes se clasificaron en "suplentes" propiamente dicho (sujetos, que aún siendo "Suplentes", cumplen los criterios de exclusión) y "suplente-titular" (suplentes que dan "Respuesta" a la encuesta). Como criterio de "No respuesta", se consideró todo personan que no quiere colaborar. Se realizó un análisis descriptivo, con el programa estadístico SPSS vs 12.0®, de la "Respuesta" (titulares y suplente-titular), de los "Suplentes" y de la "No respuesta". Se hizo análisis multivariante con regresión logística (método condicional hacia delante), variables de ajuste (edad, sexo, situación laboral, Área de Salud).

Resultados: Para conseguir 1.500 contactos válidos se utilizaron 2.567 personas, de los que 1.483 (57,8%) corresponden a los que contestaron a la encuesta "Respuesta" (892 titulares y 591 suplentes-titular), 1.067 (41,6%) a los "Suplentes" y 17 (0,7%) a la "No respuesta". La "No respuesta" fueron 6 mujeres (media edad 73,80 ± 23,9 años) y 11 hombres (media edad 57,14 ± 9,06 años). Las causas de ser "Suplente" fueron estar ilocalizable (76%), errores de registro (10,2%), incapacidad física (5,6%), fallecimiento reciente (5,6%) e incapacidad psíquica (2,7%). La "Respuesta" estaba constituida en un 46,8% por hombres y en un 53,2% por mujeres, la media de edad era 66,2 años (DE = 12,7. Mediana = 68). De éstos, 892 eran titulares (60,1%), lo que supone que en un 35% de las ocasiones se contactó con el sujeto elegido, en el resto se necesitó 2,7 contactos para conseguir un sustituto, en un 2,8% de las ocasiones se necesitaron utilizar todos los suplentes. El análisis multivariante de la "respuesta" mostró el rango "18-44 años" como el de más riesgo de ser sustituido (OR = 2,14. IC 95% = 1,3-3,5) que el de "≥ 75 años".

Conclusiones: La fase de diseño de un trabajo es harto importante, ya que de ella dependerá la calidad de los resultados obtenidos. La publicación de resultados útiles en la toma de decisiones en esta fase es escasa, por ello se pretende llamar la atención acerca de la difusión de este tipo de datos.

P-014

P-015

EVALUACIÓN DE SEROPREVALENCIA Y SEROCONVERSIÓN CONTRA SARAMPIÓN Y RUBÉOLA EN DOS CIUDADES DE COLOMBIA

M.M. Mercado Reyes, A.P. Bermúdez Forero, G. Rey Benito, P. Tavera, M.F. Gutiérrez et al

Departamento de Microbiología Pontificia Universidad Javeriana. Grupo de Virología Instituto Nacional de Salud.

Antecedentes y objetivos: El sarampión es una enfermedad viral aguda, responsable de más del 10% de las muertes anuales que se producen en el mundo en menores de 5 años de edad. La rubéola es una enfermedad infecciosa, febril, altamente contagiosa y común en la infancia, que tiene capacidad de producir anomalías en fetos en desarrollo cuando la madre sufre infección. El objetivo de este trabajo fue describir las tasas de seropositividad y seroconversión contra sarampión y rubéola en sujetos sanos entre 14 y 39 años, con el fin de evaluar el impacto de vacunación con vacuna bivalente de virus vivo atenuado en la Campaña Nacional de Vacunación 2005 en dos ciudades de Colombia.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal para determinar los niveles de anticuerpos prevacunales tipo IgG (seropositividad) y un estudio observacional descriptivo longitudinal (cohorte descriptiva) para estimar la tasa de seroconversión contra sarampión y rubéola. Los sujetos participantes fueron reclutados de forma voluntaria en dos ciudades de Colombia se sometieron a un interrogatorio simple y a la toma de dos muestras de sangre venosa, la primera antes de la vacunación y la segunda cinco semanas después de ser vacunados con vacuna bivalente sarampión-rubéola (Vacuna de Virus Vivo de Sarampión y Rubéola USP) fabricada por Serum Institute of India LTD, y MoRu-Viraten Berna fabricado por Berna Biotech S.A. A las muestras recolectadas se les determinó la presencia de anticuerpos IgG contra sarampión usando ELISA Indirecta Enzygnost IgM Anti-Sarampión marca VirionSerion y (Enzygnost Measles IgG, Dade-Behring)®.

Resultados: La proporción de muestras con anticuerpos prevacunales detectables contra sarampión (seroprevalencia) fue del 98% (IC 95% 96-100) y contra rubéola de 92% (IC 95% 89-96). En cuanto a la seroconversión solo 1 sujeto (0,54%) no presentó evidencia de anticuerpos en la muestra posvacunal para sarampión y en lo que respecta a rubéola el total de los pacientes seroconvirtieron.

Conclusiones: Se observó una alta proporción de anticuerpos prevacunales en la muestra estudiada lo que indica inmunidad previa por contacto con virus salvaje o vacunal, por tanto no fue posible evaluar la proporción de seroconversión en sarampión y no se observó aumento en el título de anticuerpos pre y posvacunales tanto para sarampión como para rubéola.

P-017

EXHAUSTIVIDAD DE LA ESTADÍSTICA OFICIAL DE MORTALIDAD PERINATAL EN LA REGIÓN DE MURCIA DEL AÑO 2003

C. Martínez López, L. Cirera Suárez, D. Salmerón Martínez, O. Cruz Mata, C. Navarro Sánchez et al

Consejería de Sanidad. Murcia.

Antecedentes y objetivos: La mortalidad perinatal ha descendido en España un 28% de 1980 a 2002. Sin embargo persisten dudas sobre la exhaustividad de la estadística oficial de mortalidad perinatal. Estudios epidemiológicos han detectado que las defunciones perinatales están infradeclaradas, como se muestra en Asturias, Barcelona, Cataluña, Navarra, País Vasco y Murcia. Nuestro objetivo es cuantificar la exhaustividad según los criterios OMS, de los boletines estadísticos de defunción (BED) hasta el 7º día de vida, y de los boletines estadísticos de Parto (BEP), en las defunciones perinatales de madres atendidas en las maternidades de la región de Murcia durante el año 2003.

Métodos: Se define caso como la muerte perinatal en los primeros 7 días de vida de 500 o más gramos al nacer o de 22 semanas o más de gestación, de parto asistido en las maternidades y defunción inscrita en la región de Murcia en 2003. La fuente de datos son los boletines estadísticos de parto y de defunción (hasta 7º día), y los libros de parto y registros de neonatología de las maternidades. Se calcula la sensibilidad (tasa de detección) y el valor predictivo positivo (tasa de confirmación) en % e intervalos de confianza al 95%, de los boletines estadísticos de parto y de defunción, frente a los registros de las maternidades.

Resultados: Se han incluido a estudio 96 boletines estadísticos, 78 de parto y 18 de defunción. A su vez se han recogido 87 defunciones en el libro del partorio y 18 muertes en los registros de neonatología. Se han excluido dos casos, uno, por fechas discrepantes, y otro por traslado. Los BEP detectan el 55% (IC 95% 44-66%) de los casos del libro de partos y confirman el 62% (50-73%). Los BED detectan el 62% (38-82%) de los casos de neonatología y confirman el 72% (47-90%). Para ambos boletines (BEP + BED) y ambos registros maternos, la detección es del 57% (48-66%), y la confirmación del 75% (66-84%) de las muertes perinatales.

Conclusiones: Los boletines estadísticos oficiales de parto y defunción infradeclaran la mortalidad perinatal. La infradeclaración es mayor entre los nacidos muertos y en los boletines estadísticos de parto. El libro de partos y los registros de neonatología aportan información de calidad (peso al nacer y las semanas de gestación, entre otras). Sería de utilidad incorporar de forma rutinaria la información de los registros sanitarios a la estadística de mortalidad.

P-016

TAXONOMÍA DE LAS MEDIDAS DE RESULTADO PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES

J.M. Valderas Martínez, J. Alonso, M. Ferrer et al

National Primary Care Research and Development Center. University of Manchester. Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. IMIM-Hospital del Mar.

Antecedentes y objetivos: El término Resultados Percibidos por los Pacientes se ha propuesto con éxito para soslayar la falta de consenso en la definición de conceptos relacionados como los de estado de salud, calidad de vida relacionada con la salud. Pero no se ha establecido su relación con modelos conceptuales válidos de medidas de resultados, lo que ha dificultado hasta la fecha la elaboración de un sistema de clasificación. Nuestro objetivo fue el desarrollo de una taxonomía basada en un modelo conceptual válido.

Métodos: Se integraron los modelos generales de resultados de salud (Donabedian A. Starfield B) con el modelo específico de resultados centrado en el paciente de Wilson y Cleary, cuya validez se ha demostrado empíricamente en diversos estudios. Se revisaron las propuestas previas de clasificación previas y se propuso una taxonomía basada en el modelo integrado que incluyera el mínimo conjunto de criterios empleados de forma consistente en la bibliografía. Se ensayó su aplicación a los 10 instrumentos más usados según una revisión sistemática reciente.

Resultados: Los cuatro criterios de la taxonomía resultante son: a) constructo (objeto de medida); b) población (basada en edad, sexo, enfermedad and cultura); c) puntuación (dimensionalidad y métrica); y d) adaptabilidad (posibilidad de adaptar el contenido del instrumento a cada paciente). La aplicación a los instrumentos más usados demostró que todos ellos miden en realidad más de un constructo de manera simultánea.

Conclusiones: Se ha desarrollado una taxonomía basada en modelos válidos conceptual y empíricamente y en un conjunto mínimo de criterios de amplio consenso. Las actuales dificultades en la clasificación de Medidas de Resultado Percibido por los Pacientes pueden atribuirse en parte a que miden más de un constructo.

P-018

IMPLANTACIÓN DE UN FORMULARIO ELECTRÓNICO PARA LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

V. Pérez Blanco, P. Alarcón Gascuña, I. Rubio Gómez, J. Mateos Rubio, M.E. González Pérez, A. Delgado García et al

Complejo Hospitalario de Toledo.

Antecedentes y objetivos: Con el objetivo principal de la mejora de la seguridad del paciente, y en el marco de un programa para la gestión del riesgo en el Complejo Hospitalario de Toledo, se ha desarrollado un formulario electrónico para la notificación de eventos adversos, accesible a todos los profesionales desde la intranet del centro. Este formulario materializa una de las recomendaciones dadas por la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA), por el Comité Europeo de la Sanidad (CDSP) y por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Métodos: Se forma un grupo de trabajo multidisciplinar para el diseño del formulario, formado por médicos, farmacéuticos y enfermeras pertenecientes a la Unidad de Calidad y al Comité de seguridad del paciente del Complejo Hospitalario de Toledo. Diseño de los contenidos y aprobación por el Comité y por la Dirección. Se envía una carta desde la Unidad de Calidad a supervisores y personal médico para presentar el formulario, sus objetivos y características (confidencialidad, anonimato, voluntariedad, análisis independiente y orientación al aprendizaje y a la mejora continua). La implementación definitiva en la intranet se realizó en Diciembre de 2006. Esta es accesible para los 2.600 profesionales de dos hospitales, una unidad de cirugía mayor ambulatoria y tres centros de especialidades. El Complejo consta de 750 camas, 47 de ellas de cuidados intensivos, y atendió durante 2005, 489.680 consultas externas y 125.542 urgencias.

Resultados: Desde la puesta en funcionamiento del formulario (19/12/06) hasta la fecha de envío de esta comunicación (26/02/07), hemos recibido 4 notificaciones: 2 caídas de pacientes, un extravío de documentación clínica y un problema en la hospitalización. Todos fueron clasificados como eventos sin lesión en el apartado de "consecuencias". En dos de ellas, el notificador realiza sugerencias para evitar un nuevo suceso similar. El 75% fueron notificadas por personal de enfermería.

Conclusiones: La implantación de un sistema de notificación puede ser una herramienta complementaria a otros estudios para un diagnóstico de situación del centro respecto a frecuencia y características de eventos adversos. Puede ayudar a la implementación progresiva de una cultura de seguridad. Fueron notificados 4 eventos adversos en los dos primeros meses de funcionamiento. La infranotificación es un hecho evidente. Que los profesionales de un centro sanitario notifiquen requiere un cambio de cultura de la organización que necesita tiempo y mucha paciencia por parte de los responsables del programa.