

SESIÓN DE PÓSTERES VI

Viernes, 19 de octubre de 2012. 13:30 a 14:30 h

Pantalla 3

Servicios sanitarios y evaluación II

Moderador: Óscar Zurriaga Llorens

135. DE PIONEROS A INSTITUCIONALIZADOS O DECADENTES: UN ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN AMIGABLE PARA ADOLESCENTES EN ECUADOR Y PERÚ

I. Goicolea, A.B. Coe, A.K. Hurtig, M. San Sebastián

Umea University.

Antecedentes/Objetivos: A pesar de que implementar servicios sanitarios amigables para adolescentes (SAA) incrementan su acceso, los sistemas de salud no han logrado institucionalizar este enfoque. En Latinoamérica abundan las políticas destinadas a fortalecer los SAA, pero su sostenibilidad afronta numerosos desafíos. Este estudio explora cinco experiencias de SAA en Ecuador y Perú, para identificar: 1) fases de implementación, 2) factores que promueven o dificultan este proceso y 3) conexiones entre los contextos políticos nacionales y el desarrollo de SAA.

Métodos: Se utilizó una metodología cualitativa. A nivel nacional se recopiló datos secundarios y entrevistas con 17 tomadores de decisión en Ecuador y Perú. En los SAA seleccionados se realizaron: 1) entrevistas con 21 profesionales sanitarios, 2) entrevistas con organizaciones juveniles (25 participantes), 3) observación en los SAA (una semana en cada uno), y 4) datos secundarios. La información se transcribió y analizó según el análisis temático. En primer lugar se codificaron y analizaron por separado las transcripciones de cada caso y se identificaron fases en su evolución. Estas fases se enmarcaron, en un segundo momento, en la evolución de las políticas nacionales, y se establecieron comparaciones.

Resultados: En todos los casos el apoyo sostenido de la cooperación fue clave para implementar SAA, y el tipo de colaboración (duración, tipo de organismo, enfoques) incidió de forma clave en su evolución. Los SAA explorados evidencian diferentes evoluciones, asociadas tanto con condiciones locales específicas como con los cambios en las políticas nacionales. Mientras en Perú se encontraban en un momento de estancamiento, con poco apoyo del nivel nacional y cierto vacío institucional debido al proceso de descentralización a las regiones, en Ecuador mostraban mayores niveles de institucionalización, ligados a un reconocimiento desde el nivel nacional y a procesos de cooperación técnica más continuados. La implementación

de SAA pasa por una primera fase de ser pioneros (innovar, aprender), una segunda fase de estabilización (inserción en la práctica diaria, menor creatividad e innovación) y una tercera fase que puede ser de institucionalización o de declive. Tres elementos son clave en cada una de estas fases: 1) la existencia de un equipo comprometido y abierto en el centro de salud, 2) contar con apoyo continuado y "experto", y 3) trabajar dentro de un sistema de salud que promueve la institucionalidad del servicio.

Conclusiones: Para implementar y mantener SSA es necesario reconocer la complejidad de los procesos y actores a nivel de políticas internacionales y nacionales, de la estructura organizativa de los servicios de salud y de los patrones socioculturales locales.

508. EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA MEJORAR LA HIGIENE DE MANOS HOSPITALARIA

J.L. Valencia Martín, B.I. Indave Ruiz, R. Sánchez Gómez, M. García Contreras, C. Galindo Olmos, A. Martín López, E. Muñoz Rey, J. López Victoriano

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Móstoles.

Antecedentes/Objetivos: Implementar un conjunto de actuaciones para el fomento de la higiene de manos (HM) entre el personal sanitario de un hospital universitario de 400 camas, evaluando su impacto global.

Métodos: En 2009, implantación de soluciones hidroalcohólicas (SHA) en todas las áreas asistenciales del hospital, junto a carteles educativos sobre técnica de HM y recuerdo de su realización. Entre 2010 y 2011: censo y evaluación de los puntos de higiene de manos (PHM) disponibles; realización intensiva de acciones formativas, presenciales y en línea, adaptadas a las distintas profesiones sanitarias. Administración de encuestas sobre percepción y conocimientos en HM con cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS), traducido y adaptado a nuestro medio. Observación directa de ocasiones de HM, realizada en 2010 y 2011 por evaluadores externos entrenados, sobre 72 y 89 sanitarios respectivamente, sobre un total de 498 y 472 ocasiones de HM. Cuantificación del consumo de SHA desde la implantación generalizada de SHA. Autoevaluación del centro con cuestionario de la OMS, basal (en 2009) y final (en 2011).

Resultados: La implantación de SHA incrementó 2,4 veces los PHM disponibles (599 en 2011). Entre 2010 y 2011, se realizaron 44 actividades formativas presenciales, con un total de 651 sanitarios participantes de todos los estamentos (34% de todos los médicos especialistas; 93% de los médicos residentes y 35% del personal de enfermería); el curso en línea registró un total de 398 sanitarios, pero sólo fue superado por el 28%. Se administraron 270 y 313 encuestas respectivamente, con una mejora notable, tanto en conocimientos como en percepción sobre HM. La observación del cumplimiento de HM registró una mejora del 31%, hasta situarse en el 46,4% en el último año (frente al 38% de media en hospitales de la Comunidad de Madrid), mejorando en todos los estamentos y Servicios clínicos estudiados. Tanto el consumo de SHA total como el ajustado por estancias registró un incremento del 30% tras finalizar las acciones formativas (19,8 ml por estancia). La autoevaluación OMS final alcanzó 290 puntos (nivel intermedio o de consolidación del centro en 5 grupos de indicadores de HM), con un aumento de 2,5 veces respecto a la evaluación basal.

Conclusiones: El desarrollo de una actuación multimodal sobre la estructura y procesos facilitadores de la HM ha permitido una mejora notable en todos los indicadores estudiados, situando nuestro centro en una posición avanzada en nuestro medio, tras 3 años de intervenciones escalonadas. Pese a su atractivo y comodidad, las actividades en línea (curso online) no han mostrado los resultados esperados de participación.

535. SITUACIÓN ACTUAL DE LA DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD PÚBLICA EN ARAGÓN

M.O. Ladrero Blasco, A. Lázaro Alquezar,
B. Fernández-Velilla Herranz

Sección de Programas de Salud; Dirección General de Salud Pública; Departamento de Sanidad, Aragón; Departamento de Economía Aplicada; Facultad de Derecho, Universidad de Zaragoza; Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios; Departamento de Hacienda y Administración Pública, Gobierno de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: La Dirección General de Salud Pública de Aragón quiere conocer la situación de sus recursos humanos. Los objetivos específicos son estudiar las características de los puestos de trabajo recogidas en la Relación de Puestos de Trabajo (RPT), predecir el recambio generacional y estimar las necesidades de profesionales de salud pública en la próxima década.

Métodos: Estudio descriptivo cuya fuente de datos es el Sistema de Información de Recursos Humanos del Gobierno de Aragón (SIRHGA). Se estudian 16 variables de la RPT, entre ellas, la variable "puesto-tipo" que agrupa los puestos de trabajo con funciones similares. Y 4 variables del registro de personal, persona, sexo, fecha de Nacimiento, número de trienios y fecha de vencimiento de último trienio, se recalculan la edad, antigüedad y recambio generacional. El tratamiento estadístico es en SPSS 15.0.

Resultados: Los puestos de trabajo son 447 (1,9% del sistema sanitario) con 23 puestos-tipo diferentes. El modelo de ordenación territorial es igual al preautonómico, distribuido en zonas veterinarias (27,5% de puestos de trabajo), servicios veterinarios oficiales (9,4%), zonas farmacéuticas (14,5%), tres subdirecciones provinciales (32%) más la Dirección General de Salud Pública (18/3%). Destaca el predominio de veterinarios (43,2%), seguido de farmacéuticos (19,0%), DUEs (6,5%) y médicos (4,7%). Un 72,9% son funcionarios, 23,7% interinos. La edad media es de 48,9 años con una DE = 8,8 años. Marcada feminización en < 45 años mientras que en > 45 años la razón de masculinidad es de 0,9. La pirámide de población en hongo de población regresiva, desequilibrada y envejecida. En 10 años alcanzarán la edad de jubilación un 28,2%, y en 15 años un 57,0%.

Conclusiones: La salud pública en Aragón ocupa en la actualidad una posición marginal con escaso reconocimiento de la profesión y de sus profesionales. Mantiene una naturaleza más administrativa que asistencial con mayor peso de las actividades de inspección y control que de vigilancia y promoción de la salud. No existe un Sistema de Información de Recursos Humanos de salud pública que recoja variables específicas como la formación continuada, tareas desempeñadas o proyectos de investigación. Es necesario buscar la combinación de recursos humanos más adecuada e identificar las competencias profesionales como fase previa para un día poder llegar a realizar una auténtica evaluación del desempeño.

138. COMISIÓN DE CRIBADOS DE ANDALUCÍA: UNA INICIATIVA PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES ESTRATÉGICAS SOBRE LOS CRIBADOS EN ANDALUCÍA

S. Márquez-Calderón, J. Ruiz Fernández, J.M. Mayoral Cortés,
C. Torró García-Morato

Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es presentar una iniciativa para mejorar la toma de decisiones estratégicas sobre los cribados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Métodos: Con el objetivo de mejorar la toma de decisiones estratégicas sobre cribados, se creó la Comisión Autónoma de Cribados Po-

blacionales y Actividades Preventivas de Detección Precoz (CAC) (www.juntadeandalucia.es/salud/comisioncribados), mediante resolución de la Secretaría General de Salud Pública. Se establece como órgano asesor de la persona titular de la Consejería de Salud en las decisiones sobre nuevos cribados y cambios importantes en los programas de cribado existentes. La CAC está formada por personas que son miembros en función del cargo (Direcciones Generales relacionadas con la implantación y gestión de cribados) y personas elegidas por su experiencia en áreas de interés para la toma de decisiones (atención primaria, enfermedades raras, evaluación de tecnologías, economía, ética, epidemiología, etc.). Las normas de funcionamiento de la CAC establecen que la toma de decisiones se basará en los criterios aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS (2010).

Resultados: La primera reunión de la CAC se realizó en octubre-2011. En ella se aprobaron las normas de funcionamiento y priorizaron dos temas para trabajar en el siguiente periodo: 1) Encuesta sobre funcionamiento del programa de cribado de hipoacusia infantil. 2) Análisis de la pertinencia de un programa de cribado de enfermedad celíaca en niños/as (a iniciativa de un hospital). La segunda reunión se realizó en febrero-2012, y en ella se presentaron y debatieron los informes sobre los temas priorizados. Se formularon recomendaciones para mejorar el programa de cribado de hipoacusia y la recomendación de no implantar en Andalucía un programa de cribado de celiaquía (dado que el informe mostraba alta probabilidad de falsos positivos, biopsias innecesarias, etc.). Se priorizaron los siguientes temas para el siguiente periodo: 1) Revisar la literatura sobre el rendimiento diagnóstico de distintas estrategias de cribado de hipoacusia, y analizar su coste. 2) Evaluar el programa de cribado de errores congénitos del metabolismo, incluyendo el primer año desde la inclusión de fibrosis quística. 3) Revisar la literatura científica sobre los puntos clave de la controversia existente sobre el cribado de cáncer de mama.

Conclusiones: Aunque la experiencia aún es corta, la CAC se muestra como una herramienta útil para mejorar las decisiones estratégicas sobre cribados, teniendo en cuenta la evidencia científica, así como los aspectos organizativos y económicos.

260. EVALUACIÓN DEL CRIBADO DE METABOLOPATÍAS EN ANDALUCÍA, 2001-2011

L. Lahera Robles, J.M. Aldana Espinal, C. Salamanca Rivera,
E. Vizuete Rebollo, A. González-Meneses López, C. Cortes Martínez

Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Desde 1978 se lleva a cabo en Andalucía la determinación de fenilcetonuria y de hipotiroidismo congénito mediante la prueba del talón. Se trata de un cribado poblacional que pretende diagnosticar casos antes de que presenten síntomas. En 2010, con la introducción de la espectrometría de masas en tándem (MS/MS) como herramienta en la prueba del talón, se pudo ampliar hasta la detección de 30 enfermedades metabólicas diferentes en la misma muestra. En mayo de 2011, se modifica el tipo de muestra recogida, pasando a ser una muestra única entre el 3º y 5º día de vida del recién nacido. Se designaron dos laboratorios de referencia, el Hospital Virgen del Rocío para Andalucía Occidental y el Hospital Carlos Haya para Andalucía Oriental.

Métodos: Para este análisis se utilizan la base de metabolopatías en Web (MTBnet) y la aplicación para laboratorios de referencia que gestiona la Escuela Andaluza de Salud Pública, y las bases de datos de los laboratorios. Se dispone de datos informativos desde 2001.

Resultados: Hasta el 30 de noviembre de 2011, se habían registrado 1.098.878 formularios. El 58,26% de los formularios de hipotiroidismo y el 59,25% de los de fenilcetonuria contienen datos incompletos o

erróneos. El 0,70% de las muestras para MS/MS y el 1,23% de las de hipotiroidismo son de mala calidad. En el año 2011, este porcentaje supera la media de años anteriores. En 2010, la cobertura por distritos de este programa, alcanza el 99,27% de los recién nacidos, y el 96,97% en cobertura por delegaciones provinciales. El decalaje en días desde el nacimiento hasta la notificación de resultado normal, se ha ido reduciendo en los últimos años, llegando en a 26,91 días de media para hipotiroidismo y 27,03 días para fenilcetonuria. En el periodo de muestra única, la media es de 27,03 días, realizándose el 80% de las notificaciones de resultados normales, en los 40 primeros días. El uso de muestra única de sangre de talón ha disminuido los falsos positivos de hipotiroidismo congénito del 0,9% al 0,2%. En este periodo se han diagnosticado 453 casos de hipotiroidismo congénito y 158 casos de fenilcetonuria y otras patologías detectadas en MS/MS.

Conclusiones: Los formularios mal cumplimentados provocan duplicidades en las bases de datos y dificultan la localización de los recién nacidos en caso necesario. El aumento de muestras de mala calidad en 2011 motivó la revisión del procedimiento. El periodo de notificación se ha acortado permitiendo un diagnóstico precoz, principal objetivo del cribado. El cambio a muestra única en 2011 reduce el porcentaje de falsos positivos en determinadas patologías.

184. EVALUACIÓN DEL PRIMER AÑO DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE FIBROSIS QUÍSTICA EN ANDALUCÍA

L. Lahera Robles, J.M. Aldana Espinal, C. Salamanca Rivera, R.M. Domínguez Gutiérrez de Ceballos, R. Yahyaoui Macías

Plan Andaluz de Personas Afectadas por Enfermedades Raras (PAPER), Servicio Andaluz de Salud (SAS), Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En mayo de 2011, se modifica el cribado neonatal de metabolopatías, pasando a recogerse en una muestra única entre el 3º y 5º día de vida del recién nacido. En junio de 2011 se incorporó el cribado neonatal de fibrosis quística (FQ) al catálogo de enfermedades cribadas en los recién nacidos de Andalucía. Así mismo, se centralizó el análisis de todas las muestras en dos Laboratorios de Referencia, uno para Andalucía Occidental (Hospital Virgen del Rocío) y otro para Andalucía Oriental (Hospital Carlos Haya).

Métodos: El cribado de FQ se ha realizado mediante el análisis de tripsinógeno inmuno reactivo (TIR) en muestra de sangre en papel. En aquellos casos en los que una primera determinación, ha sido positiva, se ha repetido dicha determinación. En el caso de que siga apareciendo alterada, se realiza al recién nacido test de cloro en sudor, y si éste también resulta positivo, se deriva al recién nacido a la Unidad de Genética para confirmación diagnóstica.

Resultados: Con los datos recogidos a 31 de diciembre, en Andalucía Oriental se han detectado 131 pruebas con el primer TIR positivo, 31 con dos TIR positivos, 26 estudios de cloro en sudor, siendo 22 de ellos negativos, 2 con muestra insuficiente y 2 positivos, habiéndose confirmado estos 2 últimos genéticamente. En Andalucía Occidental, se han encontrado 444 pruebas con el primer TIR positivo, 48 con dos TIR positivos, 48 estudios de cloro en sudor, siendo 4 de ellas positivas y confirmadas mediante prueba genética. En total, se han confirmado 6 casos en toda Andalucía hasta el 31 diciembre de 2011.

Conclusiones: Aunque aún es pronto para tener datos consistentes de incidencia, gracias a la implantación de este cribado en nuestra comunidad autónoma, 6 recién nacidos han sido diagnosticados a una edad muy temprana, antes incluso de presentar sintomatología, y por tanto han podido comenzar el tratamiento adecuado inmediatamente. Todo ello mejorará su calidad de vida, evitando futuras complicaciones y disminuirá la ansiedad de los progenitores.

275. BALANCE DE LA GESTIÓN DE UN PROYECTO MULTICÉNTRICO SOBRE LA GRIPE PANDÉMICA

M. Baricot, N. Soldevila, N. Torner, E. Borràs, P. Godoy, A. Castro, A. Domínguez

CIBER Epidemiología y Salud Pública; CIBER Enfermedades Respiratorias.

Antecedentes/Objetivos: Durante la pandemia de gripe del 2009 se llevaron a cabo diversos proyectos de investigación relacionados con diferentes aspectos de la enfermedad. Específicamente el CIBER de Epidemiología y Salud Pública desarrolló un proyecto de investigación multicéntrico con el objetivo de estudiar la efectividad de medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir la hospitalización por gripe. El objetivo de este trabajo es discutir las estrategias de gestión utilizadas en un proyecto de casos y controles comparando las dos temporadas de trabajo de campo.

Métodos: En la primera temporada participaron 35 hospitales de 7 comunidades autónomas, y en la segunda temporada lo hicieron 28. Esto involucró la participación de 38 encuestadores en la primera temporada y 32 en la segunda. Se realizaron 10 jornadas de formación online mediante webinars: 7 el primer año y 3 el segundo. Se utilizaron formularios de seguimiento para el trabajo de campo y se diseñaron formularios de recuperación de información que se enviaban a los responsables de los Servicios de Salud Pública de cada comunidad, al momento de recibir las bases de datos con las encuestas informatizadas para disminuir los datos faltantes en las variables del estudio.

Resultados: La implementación de las estrategias de control utilizadas en el proyecto y las modificaciones producto de la experiencia del primer año demostraron ser más eficiente a la hora de gestionar el proyecto. A diferencia de en la primera temporada, el trabajo de campo se realizó en 7 meses en lugar de en 10. Se realizaron 3.790 encuestas en la temporada 1 y 3.456 encuestas en la temporada 2. Esto corresponde a 813 y 712 casos, 1.578 y 1.385 controles hospitalarios, y a 1.407 y 1.359 controles ambulatorios respectivamente en cada temporada. La mitad de las encuestas fueron realizadas al transcurrir el 40% del total del tiempo de trabajo de campo en la temporada 1 y en el 60% del tiempo en la temporada 2. El uso de los formularios de recuperación de información logró reducir los datos faltantes sobre la cobertura vacunal de 7,2% en la primera temporada a 1,5% en la segunda. El porcentaje de datos faltantes en las fechas de vacunación se redujo de 14,3% a 4,4%.

Conclusiones: Las estrategias de control y seguimiento diseñadas para el trabajo en conjunto de los encuestadores y los profesionales de hospitales y de la atención primaria, especialmente de las Redes de Médicos Centinelas, demostraron ser eficientes para la coordinación del proyecto multicéntrico. La colaboración de los servicios de Salud Pública fue fundamental para el desarrollo del proyecto.

Financiación: ISCIII Proyecto Gr09/0030.

387. EXPOSICIÓN A RADIACIÓN IONIZANTE POR PRUEBAS MÉDICAS DIAGNÓSTICAS EN POBLACIÓN ADULTA

C. Martín Tapia, S. Menéndez Tuñón, P. Roces Iglesias, P. Suárez Gil

Centro de Salud de El Coto; Hospital de Cabueñes.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la prevalencia de radiación y la cantidad de radiación ionizante (RI) acumulada en un periodo de 10 años, en la población adulta adscrita a un centro de salud (CS).

Métodos: Estudio descriptivo transversal sobre población entre 20 y 74 años adscrita al CS de El Coto (Gijón) en junio de 2010. Se seleccionó una muestra aleatoria simple de 376 individuos a partir de la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual. Como variables, se recogieron las pruebas médicas diagnósticas con RI (radiografía tórax, abdomen, mamografía...) realizadas en el Sistema Público de Salud del Área Sanitaria

correspondiente, en el periodo comprendido entre 1 de enero de 2001 y 31 de diciembre de 2010, así como la edad y sexo de los individuos. Se obtuvo la distribución posterior de la prevalencia de RI a partir de una previa no-informativa (beta uniforme). Para estimar la cantidad de radiación acumulada se probaron tres modelos (normal, exponencial y log-normal) eligiendo el que presentara menor DIC (Deviance Information Criteria) y usando distribuciones previas uniformes impropias. Se presentan las medias de las distribuciones posteriores y los Intervalos de Credibilidad del 95%. El análisis se realizó con WinBUGS 14 desde R.

Resultados: La media posterior de la proporción de población radiada fue 40,6% (ICred95%: 35,5-45,5). Por sexos fue del 43,3% en hombres (ICred95%: 36,5-50,6) y 37,3% en mujeres (ICred95%: 30,8-44,5). Por edad fue del 36,1% (ICred95%: 27,4-44,8) entre 20 y 39 años; 42% (ICred95%: 34-49,8) entre 40 y 59 años; 43,7% (ICred95%: 34,7-52,3) a partir de 60 años. A partir del modelo log-normal (DIC = 432,8) la media posterior de la media de RI en los individuos radiados fue 5,17 mSv (ICred95%: 4,50-5,85), siendo en hombres de 4,57 mSv (ICred95%: 3,83-5,38) y en mujeres 6 mSv (ICred95%: 4,80-7,42), y por edad: 3,45 mSv (ICred95%: 2,69-4,30) entre 20 y 39 años; 5,64 mSv (ICred95%: 4,51-6,89) entre 40 y 59 años; 7,29 mSv (ICred95%: 5,86-9,02) a partir de 60 años.

Conclusiones: Casi la mitad de la población estudiada ha recibido algún tipo de RI a lo largo del periodo de estudio. Sin embargo, dichos niveles de radiación (equivalentes a 258,5 radiografías de tórax) no suponen ningún daño biológico. A pesar de que el número de varones que reciben RI es mayor, la dosis acumulada tras 10 años es superior en mujeres, lo que indica que las pruebas realizadas en éstas emplean más dosis de RI. Como era esperable, a mayor edad, mayor dosis de RI recibida. En vista de los resultados obtenidos, sería de interés estudiar cuánta RI proviene de pruebas diagnósticas innecesarias.

319. CALIDAD DE VIDA Y ESTADO FUNCIONAL EN ANCIANOS TRAS UNA FRACTURA DE MUÑECA

N. González, U. Aguirre, M. Orive, J. Zabala, S. García, C. las Hayas, J.M. Quintana

Hospital Galdakao-Usansolo; Universidad de Deusto.

Antecedentes/Objetivos: Las caídas en ancianos representan un problema de salud pública. Algunos estudios estiman unas tasas de incidencia de caídas en la comunidad entre el 30 y el 35%, lo que comporta consecuencias para el paciente y para el sistema sanitario. Aunque algunos estudios han analizado la situación de los pacientes antes de la caída y los factores de riesgo que pueden interactuar, no hay consenso, especialmente en lo que respecta a la calidad de vida. El objetivo de este estudio era analizar la situación de los pacientes antes y después de la fractura, y conocer su evolución en cuanto a calidad de vida y funcionalidad.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, en el que se incluyeron pacientes mayores de 65 años, diagnosticados de fractura de muñeca. Se recogieron variables sociodemográficas (género, edad, nivel de estudios, apoyo familiar e institucional), clínicas (comorbilidades y tratamiento farmacológico), de calidad de vida (medida por el QuickDASH y el SF-12) y capacidad funcional (índice de Barthel y Lawton & Brody), antes y a los 6 meses de la caída. Se realizó un análisis exploratorio de datos descriptivos. Se calculó el cambio en las variables resultado (calidad de vida, capacidad funcional) como la diferencia entre las puntuaciones evaluadas 6 meses después y previa a la caída. Para la asociación del cambio medio en las variables resultado con el género y grupos de edad del paciente, se utilizaron los test no paramétricos de Wilcoxon y Kruskal-Wallis respectivamente. Se asumió significación estadística para un p-valor < 0,05.

Resultados: Los pacientes con fractura de muñeca eran mujeres (88,31%), con una media de edad de 76,55 (DE: 6,99) años, con dos o

más comorbilidades (68,08%), convivían con la familia (70,72%) y no recibían ayudas institucionales (89,68%). La calidad de vida y la funcionalidad disminuyeron a los 6 meses, especialmente en el componente físico del SF-12 y el QuickDASH. Esta disminución fue mayor en las mujeres, con diferencias estadísticamente significativas en el componente físico del SF-12 y el QuickDASH. Las personas mayores de 80 años presentaron también menores puntuaciones a los 6 meses y de forma estadísticamente significativa en los cuestionarios de medición de la funcionalidad.

Conclusiones: Si el envejecimiento de la población resulta en un aumento en la incidencia de las caídas y las fracturas, será fundamental conocer el estado de salud de estos pacientes antes y después de la caída, de modo que se puedan establecer acciones preventivas, así como estrategias de optimización de los recursos empleados.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III. PI09/90397.

223. EVALUACIÓN DE LA SALUD BUCAL EN UNA MUESTRA DE PACIENTES PORTUGUESES

P.F. Coelho, R. Costa, P.S. Couto, I.I. Duque, J.R. Torcato, N.J. Veiga, O.A. Ribeiro

Universidade Católica Portuguesa.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades orales –que abarca la caries dental y la enfermedad periodontal– son adversidades de la salud pública mundial. En este contexto, el Índice CPO-D, recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), permite una evaluación de las caries dentales en diferentes poblaciones, expresando el número de dientes cariados, perdidos y obturados. Por lo tanto, es el punto de partida para un diagnóstico de las condiciones bucales de los pacientes y una evolución de los programas de salud bucodental. El propósito del estudio es determinar el Índice CPO-D y el Índice de placa (O'Leary y Silness and Løe), en una muestra de pacientes de la Clínica odontológica de la Universidade Católica Portuguesa en Viseu y asociarlos con factores sociodemográficos.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal que ha incluido pacientes que fueron vistos por primera vez en la Clínica Dental de la Universidade Católica Portuguesa en Viseu. Los datos recogidos abarcaron los valores del Índice CPO-D y los porcentajes del índice de placa de O'Leary y Silness y Løe. Para evaluar las caries dentales, fueron utilizadas sondas periodontales, recomendados por la OMS. La muestra final fue compuesta por 729 pacientes (428 mujeres, 58,8%), con una edad media de 39,6 años. Se realizó un estudio estadístico en que se obtuvieron los índices de prevalencia, que se compararon mediante prueba de chi-cuadrado.

Resultados: Se ha obtenido una media de 5,5 ± 4,3 dientes cariados, 4,1 ± 5,3 dientes perdidos y 2,7 ± 3,3 dientes obturados, lo que resulta en un Índice CPO-D medio de 12,5 ± 6,8. Un Índice CPO-D mayor o igual a 10 se detectó en 64,6% de los pacientes, 8,5% de los pacientes tiene un Índice CPO-D entre 1 y 3, y sólo 2,2% de los pacientes tienen un Índice CPO-D igual a 0. El género se asocia con la prevalencia de más de 5 caries dentales (femenino = 34,2% vs masculino = 42,4%, p < 0,05) y la edad se asocia con la prevalencia de más de 3 caries dentales (≤ 40 años = 60,7% vs > 40 años = 69,8%, p < 0,05) y más de 3 dientes perdidos (≤ 40 años = 15,6% vs > 40 años = 71,9%, p < 0,001). En el Índice de placa de O'Leary y Silness y Løe, los valores medios fueron 69,5% y 74,9%, respectivamente.

Conclusiones: El Índice CPO-D y los índices de placa son altos, lo que prevé un bajo nivel de las conductas de higiene oral en los pacientes de la Clínica Dental de la Universidade Católica Portuguesa. Estos resultados están relacionados con el sexo y la edad. Debemos poner en práctica los métodos de prevención primaria en la comunidad, para mejorar las estrategias de higiene bucal de los pacientes.

544. INFLUENCIA DE CONSUMO DE FÁRMACOS MODIFICADORES ÓSEOS SOBRE LA INCIDENCIA DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA

G. Galindo Ortego, J. Real Gatiús, M.A. Lafarga Giribets, L. Galván Santiago, M. Ortega, M.D. Rodrigo, J. Pujol Salud, I. Cruz Esteve

IDIAP Jordi Gol. USR Lleida; Institut Català de la Salut-Lleida; CAP 1er de Maig; Servicio Catalán de la Salud, Lleida.

Antecedentes/Objetivos: Se sabe que las fracturas osteoporóticas producen una elevada morbi-mortalidad y su prevención y tratamiento un elevado coste en recursos sanitarios. Disponemos hoy en día de herramientas farmacoterapéuticas eficaces, pero desconocemos si todo esto se traduce en una reducción de la incidencia de fractura en condiciones reales. Objetivos: estimar la incidencia de fractura osteoporótica a medio-plazo en relación con la exposición a distintos fármacos modificadores óseos o antiosteoporóticos [antiresortivos, osteoformadores, otros y suplementos (calcio, vitamina D)].

Métodos: Estudio observacional de base poblacional. Seguimiento de 35.675 mujeres posmenopáusicas con información de su exposición a los fármacos evaluados desde el año 2002. Mediciones principales: El evento principal es primera fractura osteoporótica principal (fémur, vertebral, radio distal y húmero proximal) producida entre 2005 y 2010 y exposición previa a fármacos con actividad ósea dispensados en las farmacias de una Región Sanitaria. Fuente de datos: registro clínico de atención primaria, conjunto mínimo básico de datos hospitalario (CMBD) de la región de estudio y base de datos de facturación del Sistema nacional de salud. Análisis: se estiman las tasas de incidencia de fractura y el riesgo de fractura por niveles de exposición previa a estos fármacos global y ajustado por características basales mediante modelos logísticos. Criterios de inclusión: mujeres de la Región sanitaria con edad superior a 60 años el año 2005. Criterios de exclusión: nuevas altas en el registro central de asegurados (> año 2002), código de identificación erróneos, usuarios con insuficiencia renal, diagnosticada de enfermedad de Paget, de mieloma múltiple, con fractura osteoporótica previa.

Resultados: La tasa de nuevos casos de fractura osteoporótica oscila entre 11,1 por 1.000 habitantes-año y 11,9 durante periodo de estudio. La incidencia aumenta con la edad, llegando a multiplicar por 6 en mujeres mayores de 74 años respecto el grupo de mujeres de 60 a 64 años. En cuanto a exposición a fármacos modificadores óseos un 22,7% de esta población presenta exposición a bifosfonatos en algún momento del seguimiento y un 41% a calcio y vitamina. Mujeres con distintos niveles de exposición de fármacos modificadores óseos para la osteoporosis presentan diferente riesgo de fractura a medio plazo (5 años).

Conclusiones: Las reducciones de riesgo reportadas en la literatura científica por parte de los ensayos clínicos no se traducen con una reducción real de la incidencia de fractura osteoporótica con datos de base poblacional.

300. FACTORES PREDICTIVOS DE NEUMONÍA CON AFECTACIÓN MULTILOBULAR Y SHOCK EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR GRIPE H1N1

S. García-Gutiérrez, A. Bilbao, J.M. Quintana, O. Garín, A. Castro, V. Martín, F. González Candelas, A. Domínguez

Unidad de Investigación, Hospital Galdakao-Usansolo; CIBERES-CIBER de Respiratorio; Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona; Unidad de Investigación Hospital de Basurto; Instituto de Biomedicina Universidad de León; Instituto de Investigación IMIM-Hospital del Mar; Centro Superior de Investigaciones en Salud Pública, Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La pandemia de gripe H1N1 de 2009 causó una conmoción considerable sobre los sistemas de salud en todo el

mundo. La neumonía, sea primaria o secundaria a sobreinfección bacteriana es una de las complicaciones más graves de la gripe, afectando en el caso de la gripe A a pacientes de características diferentes a la gripe convencional. Los índices utilizados para valorar la gravedad de la neumonía adquirida en la comunidad cuentan con escasa capacidad predictiva para clasificar a los individuos en función del riesgo de desarrollar neumonía con afectación y shock. Objetivo: identificar factores predictivos de neumonía con afectación multilobular y shock en pacientes infectados por el virus H1N1.

Métodos: Estudio observacional de cohortes prospectivo en el que se reclutaron 618 pacientes infectados por el virus A (H1N1) 2009 ingresados en 36 hospitales españoles entre julio de 2009 y febrero de 2010. Se evaluaron variables sociodemográficas, información sobre factores de riesgo e inmunización previa, estado de salud medido por el EuroQoL5d siete días antes del ingreso y datos clínicos al ingreso. Se creó un modelo de regresión logística siendo la variable dependiente la presencia de neumonía con afectación y shock y las independientes las variables que resultaron significativas en el análisis bivariante previo.

Resultados: La presencia de gripe A confirmada (OR95% 16,32 6,30-42,28), el estado mental alterado (OR95% 2,631,17-5,89) y el nivel de disnea en el momento del ingreso (OR95% 4,041,75-9,33), el número de personas con las que se convive (OR95% 2,581,39-4,79), el estar trabajando en la actualidad (OR95% 2,011,13-3,58) y los que enfermaron en la temporada 2 (OR95% 1,891,06-3,36) resultaron estar relacionados con la probabilidad de desarrollar neumonía con afectación y shock. El estado de salud la semana previa (OR95% 0,261-0,67) y los antecedentes de asma (OR95% 0,27009-0,80) resultaron factores protectores. El estadístico c del modelo fue 0,85.

Conclusiones: La identificación de variables predictoras de mala evolución de la neumonía en pacientes infectados por gripe A puede aportar información adicional al clínico para la toma de decisiones en estos pacientes.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III. Proyecto GR09/0030.

540. EUPRIMECARE: ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO Y PRÓXIMOS PASOS

M.A. Martín-Martínez, V. del Pino-Valero, A. Albertos, J. Prado-Galbarro, S. García-Pérez, A. Sarria-Santamera

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de EUPRIMECARE es mejorar el conocimiento sobre la Atención Primaria (AP) en Europa, explorando la relación que puede existir entre calidad y costes en los diferentes modelos y sistemas AP existentes en Europa. El objetivo de este abstract es presentar los principales resultados alcanzados hasta el momento por el proyecto y las actividades que se están realizando.

Métodos: Este proyecto combina diferentes enfoques metodológicos para medir calidad y costes en AP en Europa. A partir de una revisión de la literatura y de cuestionarios con información de los países EUPRIMECARE (Estonia, Lituania, Finlandia, Alemania, Hungría, Italia y España), elaborados por los socios de la organización, se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo que permitió identificar características para definir modelos de AP a partir de 5 dimensiones: financiación, regulación, pago, organización y comportamiento organizacional. Los costes se exploran desde una doble perspectiva: micro (a través de viñetas clínicas) y macro (modelos econométricos). Mediante grupos focales realizados en los 7 países con pacientes y profesionales de AP se identificaron una serie de criterios claves para medir la calidad en AP. Estos indicadores se evalúan a nivel poblacional (a través de una encuesta poblacional) y a nivel clínico (a través de encuestas a profesionales y de revisión de historias clínicas). Estás últimas actividades se están desarrollando en el momento actual.

Resultados: Se han elaborado 4 viñetas clínicas que representan las principales áreas de actividad en AP (patología aguda, crónica, de prevención y promoción de la salud), que han sido cumplimentadas por 30 profesionales de AP en cada país. Se ha recogido y se está analizando información sobre costes en AP en cada uno de los países. Se ha elaborado una encuesta poblacional con una muestra de 3.020 personas de los 7 países que integran el consorcio, que incluye información sobre estado de salud, utilización de servicios, salud y acceso a servicios de prevención y promoción de la salud. Se están revisando muestras de historias clínicas de los 7 países para medir la calidad de la atención a pacientes con diabetes e hipertensión.

Conclusiones: Este trabajo está permitiendo construir un marco valorar la situación de la calidad y costes en AP en Europa.

Financiación: Este proyecto está financiado por el 7º Programa Marco (Grant Agreement No. 241595).

568. DETERMINACIÓN GLOBAL Y DESAFÍOS DE LA SALUD MUNDIAL

A. Franco

Universidad de Antioquia, Colombia.

Antecedentes/Objetivos: Varios enfoques académicos se han perfilado acerca de la salud global, por parte de centros de formación e investigación según diferentes países. Se destacan varios intereses y orientaciones ideológicas, sobre el surgimiento de este nuevo paradigma de la salud global y las corrientes académicas que se gestan alrededor de ella. **Objetivos:** analizar los desafíos de la salud mundial, a partir de la globalización y su efecto en los determinantes socio-sanitarios de la salud, en la vida humana y en el desarrollo sostenible. Introducir un nuevo concepto en el debate, el de la determinación global de la salud-enfermedad, como eje metodológico.

Métodos: Se hace un análisis documental y teórico de tendencias académicas en salud global. Utiliza una nueva categoría de análisis, la determinación global de la salud, que sirve de eje articulador de las otras consideradas en el trabajo. Tres aristas sirven para una revisión narrativa del tema, en una perspectiva analítica para la salud global: los avances teóricos en relación con la justicia global y la equidad; el debate de los derechos humanos y los derechos sociales en la época de la globalización; la visión holística y sistémica del mundo (enfoque cognitivo, como método).

Resultados: Establece dos tendencias en la salud global: una social democrática, basada en la equidad que viene más de los países del llamado tercer mundo y otra más centrada en los intereses de las superpotencias y agencias internacionales junto a los consorcios privados de orden transnacional, en el campo del conocimiento. Reconoce las principales amenazas: las guerras, la crisis económica mundial, el hambre, la degradación de la biosfera, los desplazamientos étnicos, etc. Destaca los principales retos y problemas de salud: el cambio climático, el colapso de los sistemas de salud, el incremento de la pandemia del SIDA, el incremento de las enfermedades emergentes y re-emergentes, el aumento de las inequidades y desigualdades en salud. Alerta sobre los efectos en el planeta tierra: el saqueo de los recursos, la depredación, la contaminación y el consumismo.

Conclusiones: El más importante desafío de la salud global es la acción global para superar la desigualdad y las inequidades que azotan al mundo actual. Propone soluciones, considerando la gobernanza interna de los países, la cooperación internacional y el cambio de las relaciones de poder en el mundo; y preservar el medio ambiente para enfrentar el calentamiento. El nuevo concepto de salud global va tras la construcción de un paradigma de renovación en la Salud Mundial, aún en un estadio pre-paradigmático. Propende por una respuesta política orientada a reconstruir las relaciones de corte político internacional y crear instancias globales para la salud mundial (políticas globales).

278. WIKIURGENCIAS. UN NUEVO RECURSO PARA LA DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES RARAS

C. Salamanca Rivera, J.M. Aldana Espinal, M. Fernández Zurbarán, A. González Meneses López, C. Cortes Martínez

Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras; Hospital Universitario Virgen del Rocío; Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Una de las líneas principales del PAPER es fomentar la formación de los profesionales sanitarios como clave para proporcionar una atención integral al paciente. El Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, referente andaluz para algunas enfermedades raras (ER), ha desarrollado WikiUrgencias, una base de datos con multitud de información para gestionar el conocimiento necesario para los médicos internos residentes en el Servicio de Urgencias, que facilita la atención a los pacientes que acuden a este servicio. **Objetivo:** difundir información certera y actualizada sobre ER a través de la WikiUrgencias del hospital.

Métodos: Para la inclusión de información en la WikiUrgencias, cada residente del hospital desarrolla artículos relacionados con su especialidad. Para cada especialidad hay un tutor encargado de revisar el contenido. Además un grupo de administradores controlan mediante sistema de alertas todo el contenido de WikiUrgencias. Desde el PAPER se ha contactado tanto con residentes como con administradores de la WikiUrgencias para facilitarles información actualizada y veraz sobre determinadas ER, su atención y organización sanitaria en Andalucía.

Resultados: En relación a las ER, actualmente en la WikiUrgencias está disponible información relativa a porfirias, incluida en la guía rápida elaborada desde el PAPER, en la que se recoge por ejemplo como realizar un test de diagnóstico rápido (test de Hoesch). Asimismo está disponible información sobre fibrosis quística. Actualmente se está trabajando para incorporar información sobre el síndrome de Prader Willi y la esclerosis lateral amiotrófica. El Hospital Virgen del Rocío es referente andaluz para algunas de éstas ER por lo que además de información clínica, la WikiUrgencias aporta información práctica sobre localización y teléfonos del referente clínico para dicha ER. Esta información está disponible para los profesionales del Servicio de Urgencias, contexto donde la información debe cumplir unos requisitos: ser concisa, clara, inequívoca, y para no especialistas.

Conclusiones: Aunque aún es pronto para tener datos consistentes sobre la efectividad de la WikiUrgencias en la difusión del conocimiento, si se conoce la gran aceptación que ha tenido por parte de los residentes y demás profesionales del Servicio de Urgencias de Hospital General de Virgen del Rocío. Por ello y dado que las ER afectan frecuentemente a población infantil, actualmente se está trabajando para extender la WikiUrgencias al Servicio de Urgencias del Hospital Materno-Infantil de Virgen del Rocío.

194. VIGILANCIA Y RESPUESTA DE SALUD PÚBLICA EN ACTOS MULTITUDINARIOS. JORNADA MUNDIAL DE LA JUVENTUD 2011, COMUNIDAD DE MADRID

M.A. Lópaz, I. Méndez, C. Ibáñez, S.F. Rodríguez, M.J. Domínguez, J. Astray

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Del 16 al 21 de agosto de 2011 se celebró en Madrid la Jornada Mundial de la Juventud (JM), acto multitudinario que, según la definición del grupo interdepartamental de la OMS "son reuniones a las que asiste un número de personas suficiente para ejercer una presión excesiva sobre los recursos de salud pública de una comunidad, un Estado o una nación". Estos eventos suponen un reto

para los sistemas sanitarios y para los servicios de salud pública. Además, el carácter internacional y religioso suscita un enorme interés político y en los medios de comunicación, que aumenta la complejidad de la comunicación de riesgos y exigen un gran esfuerzo de coordinación y comunicación intersectoriales. El objetivo del trabajo es describir las actividades de vigilancia y preparación y el impacto en salud pública de este acto.

Métodos: Se siguió la guía OMS para actos multitudinarios de junio de 2008. Estudio descriptivo de las actividades de coordinación nacional e internacional, evaluación del riesgo, actividades de planificación incluidas las recomendaciones de OMS, OPS, ECDC y CDC, las inspecciones de riesgos alimentarios y ambientales y el sistema establecido para la atención de alertas de salud pública.

Resultados: El número de inscritos fue de 428.505, hubo 1.500.000 asistentes al acto principal y más de 2 millones de visitantes. El número de personas atendidas por los servicios de emergencia fue de 5.182, de las que 97 se derivaron al hospital. Se registraron 614 episodios relacionados con el calor, 417 accidentes y lesiones, 216 gastroenteritis,

112 infecciones respiratorias agudas y 1.323 otras enfermedades. Se atendieron 2.500 personas en el acto principal de Cuatro Vientos, la mayoría de los episodios estuvieron relacionados con el calor excesivo. Se investigaron 5 alertas de salud pública: 4 brotes de origen alimentario, dos con origen en Madrid y 24 afectados y dos con origen fuera de Madrid y 110 casos y un brote de parotiditis posvacunal en ciudadanos venezolanos.

Conclusiones: El impacto en salud pública ha sido mínimo, teniendo en cuenta la duración de la jornada y el número de participantes. Las actividades de preparación fueron muy efectivas, tanto las recomendaciones en relación con la vacunación frente al sarampión y los consejos de salud, como las actuaciones preventivas de higiene y seguridad alimentaria y sanidad ambiental. La coordinación entre los Servicios de Emergencia y los Servicios de Salud Pública, junto con el refuerzo del Sistema de Alerta Rápida, ha permitido que las actividades de vigilancia y respuesta se hayan desarrollado conforme a lo planificado y con resultado muy satisfactorio, manifestado por los organismos internacionales.